



## Lokale verschillen, de patiënt en de verspreiding van ideeën

**Auteur(s):**

E. Bartelsman

De auteur is hoogleraar macro-economie aan de Vrije Universiteit. [ebartelsman@feweb.vu.nl](mailto:ebartelsman@feweb.vu.nl)

**Verschenen in:**

ESB, 90e jaargang, nr. 4452, pagina D32, 10 februari 2005

**Rubriek:**

Afronding

**Trefwoord(en):**

*Productiviteit is een lokaal fenomeen, dat afhangt van kennis, inzet en een beetje serendipiteit. Keuzevrijheid leidt tot selectie van aanbieders en daarmee tot verspreiding van excellente zorg en stimulering van verdere innovatie.*

Het materiaal in dit dossier overziend, zie ik dat het huidige zorgstelsel de politieke beslissers in een spagaat doet belanden: Hoe kunnen vraag en aanbod van zorg op elkaar worden afgestemd? En: hoe kunnen de totale uitgaven aan zorg worden geminimaliseerd?

Daarna ga ik als econoom nadenken. Wat leert dit dossier ons over het effect van innovatie en productiviteitsgroei op de beleidsproblemen? En, hoe kan het zorgstelsel gewijzigd worden om productiviteitsgroei te bevorderen?

### Begrip

Ik wil allereerst duidelijkheid brengen in wat dient te worden verstaan onder arbeidsproductiviteit en kosten. In mijn lexicon stijgt arbeidsproductiviteit niet als je tijdelijk mensen harder of langer laat werken, maar wel als ze structureel op een slimmere manier werken. Ook stijgt de productiviteit niet als je snel, maar slordig te werk gaat: kwaliteit van productie en product telt mee. Derhalve stijgt de productiviteit wel als de kans op overlijden met een betere behandeling vermindert, zonder evenredige verhoging in inzet van mensen en middelen.

Daarnaast is van belang een onderscheid te maken tussen arbeidsproductiviteit en totale factor productiviteit. Mensen door zorgrobots vervangen zal voorlopig inefficiënt zijn, ook al stijgt daardoor de arbeidsproductiviteit. Anderzijds blijkt dat medicijnen vaak een goed substituuat vormen voor arbeidsintensieve behandelingen. Arbeidsproductiviteit is aldus een slechte indicator om op te sturen, om dezelfde reden dat restricties op een andere input een slechte methode van bezuiniging zouden zijn: hiermee kan de efficiënte allocatie van inputs worden verstoord.

De discussie over kosten loopt ook spaak. Politici en economen lijken allebei de 'kosten' van de zorg te willen drukken, maar de politici bedoelen 'uitgaven'. Economen bedoelen dit zeer zeker niet. De uitgaven aan zorg kunnen omhoog als mensen daar behoefte aan, en middelen voor, hebben. Kosten

per eenheid product zouden wat betreft de economen wel geminimaliseerd moeten worden. Dat betekent efficiënte allocatie van middelen, zowel statisch als door de tijd.

### Afstemmen en uitgeven

Bij het huidige stelsel, en in grote mate ook na de veranderingen in het stelsel in 2006, zit de beleidsmaker in een spagaat. Ten eerste is er een bevolking die behoefte heeft aan 'reële' zorgdiensten en producten, of zorgvolume. Zonder de discipline van persoonlijke budgettaire afwegingen, zal de bevolking politieke druk uitoefenen om snelle en onbelemmerde toegang te krijgen tot de beste en nieuwste zorgdiensten. Omdat de bevolking de kennis ontbeert over wat de juiste en beste behandelwijze is, zal ze moeten vertrouwen op de aanbevelingen van de zorgaanbieders, die dikwijls gebaat zijn bij een hoger volume. Hoe kan in deze omgeving worden gezorgd voor afstemming tussen vraag en aanbod?

Vanuit de financiële kant wordt ook aan de beleidsmaker getrokken: hoe kunnen de totale uitgaven aan zorg worden geminimaliseerd? Veel van de wettelijke regelingen zijn *open ended*. Dat kan leiden tot fiscale tegenvallers. Verder is er in de huidige fiscale en economische context weinig ruimte voor het verhogen van de zorgpremies.

### Beperken en groeien

Het beheersen van de spanning tussen deze twee problemen leidt tot de huidige dirigistische zorgstructuur. Er worden enerzijds methoden toegepast om het volume terug te dringen. Dit kan gebeuren aan het begin van de keten door het beperken van het aantal artsen of het uitstellen van investeringen in infrastructuur en apparatuur, in het midden van de keten door het laten oplopen van wachtlijsten of het budgetteren van behandelingsvolume, of aan het einde door bepaalde diensten en middelen uit te sluiten van het verzekeringspakket. Elk van deze opties zal de politieke druk van de vragers doen toenemen. Aan de andere kant wordt veel

overheidsinvloed uitgeoefend op de prijzen: voor medicijnen, behandelingen en inkomens. Als de prijzen 'te laag' zijn dan worden knelpunten zichtbaar: onvervulbare vacatures, actievoerende artsen en uitstel van investeringen en onderhoud. Ook leidt een omgeving waar sommige prijzen administratief worden gezet en andere door de markt, tot inefficiënte allocatie van inputs.

In deze lastige omgeving lijkt productiviteitsgroei inderdaad 'manna uit de hemel'. Het zorgvolume kan omhoog zonder dat het gebruik van inputs hoeft te stijgen, of het gebruik van inputs kan omlaag bij gelijkblijvend volume. Een verbetering in efficiëntie kan echter tot budgettaire problemen leiden als het volume dusdanig stijgt, dat de inputs ondanks de toegenomen productiviteit ook stijgen. Toch is deze vorm van productiviteitsgroei verre van ongewoon. Neem bijvoorbeeld Viagra, een medische innovatie die onvervulde behoefte van klanten heeft opgewekt, waardoor totale zorguitgaven stijgen ondanks tevreden klanten.

### *Inefficiënte innovaties*

Helaas is het ook mogelijk, dat het huidige zorgstelsel innovaties adopteert die de productiviteit doen dalen. Omdat patiënten uitgaven vergoed krijgen van de verzekering, hebben zij vraag naar alle nieuwe behandelingen waarbij de uitkomst beter is dan voorheen, ongeacht de kosten van inputs. In een wereld waar veel landen verzekeringsstelsels kennen, bestaat een grote niche voor dit soort inefficiënte innovaties.

Hoe kan de gunstige soort productiviteitsgroei worden bevorderd? Daarbij is budgettaire druk eigenlijk het enige middel. In een militair veldhospitaal met tekorten aan van alles wordt efficiënt gewerkt en zal de marginale qaly (quality adjusted life year), gewonnen met de ingezette middelen, waarschijnlijk bij alle behandelingen gelijk zijn. Zo ook als een ziekenhuisdirecteur triage pleegt.

Helaas gaat dit vaak ten koste van aandacht en middelen gericht op de toekomst. Er is weinig oog voor innovaties die wereldwijd worden gegenereerd door zorgaanbieders, leveranciers van medicijnen en apparaten, de wetenschap of zelfs uit compleet onverwachte hoek.

### **Lokale variatie**

In het huidige systeem is de verspreiding van efficiënte innovaties lastig. Productiviteit is een lokaal fenomeen, dat berust op lokale kennis en inzet, maar ook op toeval. Het is moeilijk meetbaar behalve voor homogene deelprocessen. Zo valt bijvoorbeeld wel te meten dat afdeling X in ziekenhuis Y in land Z

20 procent productiever is dan eenzelfde afdeling elders. Toch duiden zulke verschillen niet op 'systematische' verschillen tussen zorgsystemen. Uit onderzoek blijkt, dat er zeer veel variatie zit in productiviteit tussen bedrijven en productielocaties van allerlei aard, zelfs waar meetproblemen nauwelijks een rol spelen. Interkwartiele verhoudingen van 2:1 binnen de productiviteitsverdeling zijn de norm. Ook in de zorg kan worden verwacht dat er grote spreiding is. Deze variatie is immers ook zichtbaar in medicijngebruik, behandeltrajecten en intensiteit van gebruik van apparatuur en technieken.

Vaak wordt gedacht dat het wegwerken van deze variatie de gewenste oplossing vormt. Als de productiemethode van de meest productieve aanbieders gecodificeerd kon worden, dan zou het door anderen worden overgenomen en zou het hele systeem pakweg 30 procent productiviteitswinst kunnen pakken. Hierbij spelen enkele problemen. Ten eerste is een complex productieproces moeilijk te codificeren. Ten tweede is het vanwege meetproblemen moeilijk voor beleidsmakers om uit te maken welke productie-eenheden en welke methoden men moet overnemen. Maar meer fundamenteel is het feit dat de heterogeniteit van productiviteit zelf de bron is van productiviteitsgroei. Als het zorgstelsel goede mechanismen heeft ter bevordering van selectie en adoptie van efficiënte methoden, is er een prikkel voor potentieel grensverleggend experimenteren. Deze speurtocht naar betere werkprocessen, middelen, apparatuur en behandeltrajecten leidt tot succes en falen, dus tot spreiding in productiviteit. Af en toe leidt het tot het verleggen van de grens. Met goede selectie en adoptie gaat de cyclus vanzelf door.

### **Conclusie**

In het huidige stelsel worden middelen 'eerlijk' verdeeld en bestaat er nauwelijks selectie. Er is daarom weinig te winnen met experimenteren. Ook adoptie van bestaande ideeën gaat niet vanzelf, maar moet met moeite worden aangemoedigd of afgedwongen. De cruciale verandering in het stelsel is de mogelijkheid van klanten om te selecteren. Via het systeem van *managed competition* zoekt de klant een verzekeraar en zoekt de verzekeraar zorgaanbieders. Vooral dit laatste, waarbij verzekeraars bepaalde aanbieders kunnen uitsluiten of slechts voor een gedeelte vergoeden, creëert de selectie die nodig is. Voorts kunnen de verzekeraars hun eigen kennis over wat waar werkt verspreiden onder de aan hun verbonden of gelieerde aanbieders. Dit bevordert adoptie van productiviteitsbevorderende ideeën. Hopelijk zal er hierbij een vergaande internationalisering plaatsvinden, zodat klanten in een regio kunnen kiezen tussen concurrerende verzekeraars die wereldwijd ervaring en kennis hebben opgedaan.

**Eric Bartelsman**

---

### **Dossier: Arbeidsproductiviteit in de zorg**

O. van Hilten, F. Kleima, H. Langenberg en P. Warns: [Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector](#)

L. Vandermeulen: [Zorg rond arbeidsproductiviteit](#)

P.P.T. Jeurissen: [Zorgmarkt en arbeidsproductiviteit](#)

R.F. Mouton: [Schaarste in de AWBZ: van capaciteitsprobleem naar markttuitdaging](#)

E.J. Pommer, A.G.J. van der Torre en B. Kuhry: [Zorg in internationaal perspectief](#)

J.N.M. Schumacher en H.L.G.R. Nies: [Samenhang in innovatie: kwetsbare ouderen en chronische problemen](#)

E.A.A. Broers: [Vakmanschap en ondernemerschap](#)

J.A.M. Maarse en W.J.N. Groot: [Productinnovatie en arbeidsproductiviteit in de zorg](#)

M. Schoone en J.A.M. van Boxsel: [Kansen voor technologische innovatie](#)

J. Blank: [Arbeidsproductiviteit in de zorg: who cares?](#)

E. Bartelsman: [Lokale verschillen, de patient en de verspreiding van ideeën](#)

J.J.M. Theeuwes: [Een wasstraat voor Alzheimer](#)