



MEI 2021

VOORKOM DE VOLGENDE GOLF

Waarom arbeidsbesparende innovaties in de zorg
nodig zijn én hoe een innovatief ecosysteem
noodzakelijke vooruitgang mogelijk maakt

GUPTA
STRATEGISTS





VOORKOM DE VOLGENDE GOLF

Waarom arbeidsbesparende innovaties in de zorg
nodig zijn én hoe een innovatief ecosysteem
noodzakelijke vooruitgang mogelijk maakt



INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	04
01. DE UITDAGING VAN DEZE TIJD PERSONEELSCRISIS	08
02. ABSOLUTE NOODZAAK HET TIJ KEREN	12
03. VOLOP VOORBEELDEN AAN INNOVATIEVE IDEEËN IS GEEN GEBREK	16
04. KIJKJE OVER DE SCHUTTING IN DE LANDBOUW EN DE AUTO-INDUSTRIE KAN HET WEL	20
05. VERSNELLEN OF REMMEN INNOVATIES KOMEN TOT BLOEI ALS HET ECOSYSTEEM KLOPT	24
06. BLIK VOORUIT EFFICIËNTIE IS BITTERE NOODZAAK	34
07. OVER DEZE PUBLICATIE	38
BRONNEN	40
BIJLAGEN	42

I SAMENVATTING

DE UITDAGING VAN DEZE TIJD PERSONEELSCRISIS

Het afgelopen jaar scheen een grote spotlight op de zorg. Veel reguliere zorg werd uitgesteld of afgelast, terwijl het belang van goed geschoold medisch personeel (pijnlijk) duidelijk werd. Nu vaccins hoop geven op verlossing dreigt ondertussen de volgende crisis: de personeelscrisis. De zorgvraag groeit zodanig hard, dat in 2040 1 op de 4 werkenden een baan moet hebben in de zorg om aan de vraag te voldoen. Betaalbaarheid is allang niet meer het grootste probleem – op de huidige manier is de zorg straks simpelweg niet meer te bolwerken, met alle gevolgen van dien voor de toegankelijkheid van zorg voor patiënten.

ABSOLUTE NOODZAAK HET TIJ KEREN

Gelukkig hebben beleidsmakers de dreigende personeelscrisis in het vizier. De focus van beleid ligt echter vooral op vergroten van het personeelsaanbod en het inperken van de vraag naar zorg. Opvallend genoeg is er nauwelijks beleid gericht op het stimuleren van toename van efficiëntie of productiviteit van zorg. Daarmee bedoelen we uiteraard niet dat zorgmedewerkers harder zouden moeten werken. Integendeel, we bedoelen juist dat innovaties de efficiëntie van zorgprocessen kunnen verhogen, zodat medewerkers met dezelfde inspanning meer zorg kunnen leveren.

Is het mogelijk om met behulp van slimme innovaties zorgmedewerkers in staat te stellen om meer waarde te leveren voor de patiënt? Triviaal lijkt dit in ieder geval niet: in deze studie laten we zien dat de productiviteit van de gezondheidszorg de afgelopen jaren juist is gedaald, met 1 tot 3 procent per jaar. Als dit zo doorgaat, loopt het tekort aan zorgmedewerkers met nog eens één miljoen op: dan moet in 2040 niet 1 op de 4 werkenden in de zorg werken, maar 1 op de 3.

Het is duidelijk dat het niet zo door kan gaan. Efficiëntieverhogende innovaties zijn essentieel om te zorgen dat de zorg toegankelijk blijft voor alle patiënten. Is het realistisch om te verwachten dat innovaties de zorg productiever gaan maken? Voorbeelden over de gehele linie van de zorg zijn voorhanden. Efficiëntieverhogende innovaties zoals minimaal invasieve chirurgie, telemonitoring van chronisch zieke patiënten en innovatieve wondzorgmaterialen laten zien dat processen vaak wel dertig tot negentig procent efficiënter kunnen worden. Bovendien hebben deze innovaties vaak voordeel voor de patiënt. Denk aan een spoediger herstel na operatie, vroeger risico's detecteren door monitoring aan huis, of minder vaak moeten wachten op de thuiszorg voor een wondbehandeling.

KIJKJE OVER DE SCHUTTING IN DE LANDBOUW EN AUTO-INDUSTRIE KAN HET WEL

Ondanks alle voordelen en stimulerend overheidsbeleid voor digitale zorg, gaat het doorvoeren van innovaties in de zorg maar moeizaam. Wat dat betreft kan de zorg leren van andere sectoren. Neem bijvoorbeeld de dienstverlening: in de reisbranche en de financiële dienstverlening is productiviteit enorm toegenomen, doordat klanten - ondersteund door technologie - steeds meer handelingen zelf zijn gaan doen. Of neem de landbouw en de auto-industrie, beiden kampioen in productiviteitswinst: vorige eeuw lieten ze zien dat productiviteit in de gehele sector met wel 1 tot 2 procent per jaar vooruit kon gaan. Massaproductie is niet een toekomstbeeld dat past bij de zorg, en ook al laten de landbouw en auto-industrie zien dat massa-maatwerk heel goed mogelijk is, gaat de parallel met zorg maar tot op zekere hoogte op. Toch herkennen we meerdere schakels waarop de zorg kan leren van de wereld van landbouw en auto's.

1

Doelstelling: is productiviteit een doel op zich?

- Ook in landbouw en de auto-industrie is het verhogen van efficiëntie bittere noodzaak geweest. Overheden maakten deze urgentie zichtbaar en voelbaar en stelden productiviteitstoename als doelstelling. Dooraandachttevestigen op dreigende voedseltekorten en mobiliteitsproblemen, kwamen arbeidsbesparende innovaties sneller van de grond.
- In tegenstelling tot de wereld van landbouw en auto's is productiviteit in de zorg niet of nauwelijks een thema. Het vergroten van efficiëntie om de groeiende zorgvraag aan te kunnen is in landelijk beleid geen expliciete doelstelling. Ook in meerjarenstrategieën, beleidsplannen of HR-agenda's van ziekenhuizen of andere zorgaanbieders zien we het thema nauwelijks terug.

2 Ontwikkeling: is er voldoende ruimte om tot nieuwe arbeidsbesparende innovaties te komen?

- In de landbouw zagen we decennialang intensieve kruisbestuiving tussen wetenschap, industrie en eindgebruiker. De toepassingsgerichte ontwikkeling gebeurt op allerlei vlakken: van het geschikt maken van Amerikaanse oogstmachines voor de drassige Nederlandse grond, tot het genetisch modifieren van gewassen. Het onderzoek speelt steeds in op de nieuwe maatschappelijk uitdagingen, zoals toenemende droogte of vleesvervanging. Zo sluit onderzoek en ontwikkeling nauw aan bij de behoeftes in het veld.
- In de zorg is de aandacht voor onderzoek naar innovaties die tijd opleveren om meer patiënten te behandelen bijzonder klein. In klinische studies is de tijd die nodig is van zorgverleners – en als gevolg daarvan de toegankelijkheid van zorg – geen uitkomstmaat.

3 Regulering: werken regels stimulerend voor productiviteit, of juist remmend?

- In zowel de landbouw als de auto-industrie zijn strenge normen, maar ze zijn ook voorspelbaar en eenduidig. Bovendien helpt regelgeving in de standaardisering van processen, hetgeen innovatie kan versnellen. Zo zorgde een richtlijn over suikerbietenzaad, gezamenlijk ontwikkeld door de Nederlandse Suikerindustrie en algemene keuringsdiensten, in de jaren '60 voor een uniforme maat van zaden waardoor de prestaties van aaimachines geoptimaliseerd konden worden.
- In de zorg zijn natuurlijk ook strenge normen, maar ze zijn vaak wel meer arbitrair. Het Zorginstituut bepaalt voor elke nieuwe vorm van zorg, of op verzoek van de zorgverzekeraar, of een innovatie toegelaten wordt tot het basispakket. Dat is een lastig en tijdrovend proces. De uitkomstmaten zijn vooraf niet zo helder als bij emissienormen of botsproeven. Wat wel duidelijk is, is dat efficiëntie of arbeidsproductiviteit in verhouding tot zorgkwaliteit geen maat is in de beoordeling. Ook zien we grote verschillen tussen de beoordelingsresultaten tussen instanties of landen. Op basis van dezelfde klinische studies kan een Health Technology Assessment in het ene land veel eerder tot toelating leiden dan in het andere.

4 Toepassing: hoe groot is het enthousiasme om productiviteitsverhogende innovaties ook echt te gebruiken als standaard?

- In zowel landbouw als de auto-industrie zien we dat als een innovatie zich bewezen heeft, de verspreiding over het algemeen vlot gaat. Efficiëntieverhogende innovaties worden snel gekopieerd, ook omdat iedereen het (financiële) belang van efficiëntie ziet. In de auto-industrie is de sector ook nog eens relatief sterk geconcentreerd, met strenge overheidsregels (bijv. de CO2-boete van de EU) en zijn organisaties hiërarchisch, bijvoorbeeld steeds schoner, stiller, en praktischer, en klanten zijn bereid om daar, soms aangespoord met subsidies, voor te betalen.
- In de zorg is niemand echt 'de baas'. Organisaties en zorgprofessionals vullen elk hun eigen zorgproces in. Dergelijke differentiatie is niet uniek – ook onder landbouwbedrijven is veel heterogeniteit – maar het maakt het snel opschalen van gebruik van innovaties wel lastiger. Ook de stem van de patiënt ontbreekt.

5 Financiering: stimuleert de balans tussen financiële risico's en baten partijen om te investeren in productiviteitsverhogende innovaties?

- Daar waar in deze sectoren de baten van investeren in efficiëntie niet (geheel) vloeien naar de partij die de investering moet maken zijn er oplossingen om het investeringsrisico te delen. In veel fases in de ontwikkeling van de auto-industrie is de staat financieel betrokken geweest. In de Verenigde Staten zijn miljarden besteed om autofabrikanten te laten 'vergroenen'. In Europa zijn veel overheden mede-eigenaar van fabrikanten. Zo is de Duitse deelstaat Nedersaksen aandeelhouder van Volkswagen. Daarmee hebben ze 20% stemrecht, en delen ze in de winst maar ook in de risico's.
- In de zorg is de portemonnee waaraan de baten van innovaties ten goede komen vaak niet van dezelfde eigenaar als de portemonnee waaruit de lasten betaald moeten worden. Bijvoorbeeld: minimaal invasieve technieken hebben hogere out of pocket-kosten die op het OK-budget drukken, terwijl de besparing in ligdagen ten gunste komt van de zorgaanbieder kliniek. Of: een geavanceerder verband is duurder voor het ziekenhuis, maar scheelt veel tijd (en dus geld) in de wijkverpleging als verwisselen daardoor minder vaak nodig is. De opgeknijpte budgetten die onderling niet communiceren maken het moeilijk om de business case van een innovatie op te stellen.

BLIK VOORUIT PRODUCTIVITEIT IS BITTERE NOODZAAK

De analyses in deze studie laten zien dat een focus op productiviteit een bittere noodzaak is. We moeten binnen het zorgstelsel niet alleen sturen op het doel - kwalitatief hoogwaardige, toegankelijke en betaalbare zorg - maar ook op de meest efficiënte weg daarnaartoe.

Als we het in de toekomst willen bolwerken met dezelfde hoeveelheid mensen als nu, moeten alle medewerkers over twintig jaar 60% meer zorg kunnen leveren dan nu. Om dat te realiseren volstaat het niet om ons te richten op incrementele verbeteringen. Een ecosysteem dat efficiëntieverbetering op alle schakels stimuleert is nodig om arbeidsbesparende innovaties tot bloei te laten komen.

Alle betrokkenen spelen daarbij hun eigen belangrijke rol. Geïnspireerd door de gesprekken met 14 experts uit het zorglandschap geven we vijf aanbevelingen om de remmen om te zetten in versnellers.

- 1 Beleidsmakers en managers: maak verhoogde productiviteit een expliciete doelstelling, door deze op te nemen in hoofdlijnenakkoorden, subsidies en strategiedocumenten van instellingen. Stuur niet alleen op EUR per QALY¹, maar ook op fte zorgpersoneel per QALY, en maak die transparant. Een landelijke website, zoals nu al bestaat voor zorgkwaliteit, moet inzicht geven in hoe het gesteld staat met de efficiëntie in de zorg.
.....
- 2 Publieke en private partijen: vorm werkgroepen voor efficiëntieverhogende innovaties in het primaire proces. Werk in meerjarige projecten samen aan het ontwikkelen en opschalen van nieuwe arbeidsbesparende innovaties in de gehele patient journey. Wederzijds vertrouwen en het delen van data en inzichten is daarbij cruciaal.
.....
- 3 Regelgevers en toezichthouders: faciliteer innovatie meer. Allereerst door productiviteit of efficiëntie in relatie tot kwaliteit van uitkomsten een expliciet toetsingscriterium te maken bij toelating van nieuwe innovaties. Ontwerp daarnaast een route voor vervroegde toelating (early access pathway) en vergoeding om innovaties in de praktijk door te ontwikkelen. Zorg voor heldere criteria, een transparant proces en frequente informatie-uitwisseling met de innoverende partijen.
.....
- 4 Verenigingen van medisch specialisten: promoot, voed door gesprekken met patiënten, de landelijke implementatie van veelbelovende (bestaande) innovaties. Stel patiënten en zorgverleners in staat om hun stem te gebruiken door zich collectief uit te spreken over de voordelen van efficiëntieverhogende innovaties. Kies bijvoorbeeld binnen de beroepsvereniging elk jaar vijf bestaande innovaties die dit jaar nog de standaard moeten worden.
.....
- 5 Tot slot, financiers: richt de juiste prikkels in, door een nationaal herverdelingsfonds op te richten dat garant staat voor de extra kosten die op andere plekken in de zorg worden terugverdiend. Eis daarnaast transparantie over productiviteit en beloon implementatie van arbeidsbesparende innovaties. Niet alleen in de pilotfase, maar ook de structurele bekostiging.

Door alle betrokkenen – van patiënt tot ziekenhuisbestuurder en van particuliere ondernemer tot beleidsmakers - te mobiliseren vormen we een ecosysteem dat stimuleert. Waarin arbeidsbesparende innovaties worden opgemerkt, ontwikkeld, aangemoedigd en ten volste benut. Uiteraard in aanvulling op het beleid gericht op meer handen en minder zorgvraag. Pas als we slim investeren in arbeidsbesparende innovaties, borgen we de toegang tot zorg – nu, en in de toekomst.

¹ QALY = quality adjusted lifeyear, een maat voor gewonnen gezonde levensjaren als gevolg van geleverde zorg

01.

DE UITDAGING VAN DEZE TIJD PERSONEELSCRISIS

De zorg heeft in tijden niet zo in de spotlights gestaan als het afgelopen jaar, tijdens de coronacrisis. Alle ogen zijn gericht op IC-bedden en opnamecijfers. Honderdduizenden patiënten ervoeren dat zorg werd afgezegd of uitgesteld. Zij hadden geen toegang meer tot zorg^{2,3}. De meningen over hoe de zorg beter, anders, slimmer zou moeten worden georganiseerd buitelden over elkaar heen. En bovenal werd pijnlijk duidelijk dat menskracht in de zorg heel waardevol én schaars is. Het aantal intensivisten en IC-verpleegkundigen was immers de beperkende factor in de beschikbare capaciteit. En hoogopgeleid zorgpersoneel kun je niet zomaar uit de hoge hoed toveren.

ALS WE NIETS DOEN WORDT ZORG ONTOEGANKELIJK

De coronacrisis lijkt de dreiging van een nog veel grotere, structurele crisis in de zorg te onthullen. Een golf die langzaam maar zeker op ons af komt en over ons heen spoelt. Al jaren spreken we over een toekomstbeeld waarin de zorg onbetaalbaar wordt. In 2040 kost de zorg omgerekend tienduizend euro per Nederlander (zie Figuur 1)⁴. De vraag hoe we dit gaat bekostigen is alleen niet de meest urgente. Hoeveel we aan zorg uit willen geven is in feite een keuze, maar zelfs als we zoveel geld uit zouden willen geven aan zorg, hoe zouden we dat kunnen doen? Wie biedt die zorg? Als we op de huidige voet doorgaan, zijn er jaarlijks gemiddeld 30.000 extra zorgmedewerkers nodig. Van 1,4 miljoen zorgmedewerkers nu, naar ongeveer 2 miljoen in 2040. Dat betekent dat tegen die tijd een kwart van alle werkenden actief moet zijn in de zorg, terwijl dat nu 'maar' één op de zeven werkenden is. Dat is onhaalbaar en onhoudbaar. De arbeidsmarkt zal in grote mate de toegankelijkheid van zorg voor patiënten in de toekomst beperken.

Figuur 1 – Als we niets veranderen is zorg in 2040 onbetaalbaar én niet te bemensen⁵

Verwachte vraag naar gezondheidszorg en zorgpersoneel

	2020	2040	jaarlijks
Vraag naar zorg			
Totale kosten	98 mld	175 mld	+ 3%
Aandeel van bbp	13%	16%	+ 0,4ppt
Kosten per persoon	EUR 6.000	EUR 10.000	+ EUR 200
			
Benodigd zorgpersoneel			
Totaal aantal zorgmedewerkers	1,4 mln	2,0 mln	+ 30.000
Aandeel van werkende bevolking	1 op 7	1 op 4	
			

² NZa, analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor verwijzingen naar de medisch-specialistische zorg en inzichten uit Zorgbeeld

³ Gupta Strategists, In de slipstream van corona: een secundaire crisis in de zorg

⁴ RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018

⁵ SER, Zorg voor de toekomst 2020

⁶ Zorgkosten betreffen totale kosten (cure en care) gebaseerd op prijsniveau 2019

HUIDIG BELEID IS GERICHT OP MEER HANDEN EN MINDER ZORG

Natuurlijk zijn deze getallen niet nieuw. Al jarenlang spannen overheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich in om te proberen de kostenstijging af te remmen en de personeelskrapte op te lossen. Het is echter maar de vraag of dat beleid voldoende is.

Om de chronische personeelscrisis in de zorg af te wenden zijn er grofweg drie knoppen om aan te draaien: (1) minder zorg, (2) meer zorgverleners en (3) meer productiviteit (zie Figuur 2). De inzet van de programma's De Juiste Zorg op de Juiste Plek, Zorgevaluatie en gepast gebruik⁵, Passende zorg en het Nationaal Preventieakkoord is om zorg te voorkomen, vervangen of verplaatsen, waardoor onder aan de streep minder zorg nodig is. Het actieprogramma Werken in de zorg, dat sinds 2018 bestaat, zet in op opleiden, aantrekken en behouden van zorgverleners. Al deze programma's zijn zinvol, maar de optie om productiviteit te vergroten blijft vooralsnog volledig onbenut. Met productiviteitswinst bedoelen we dat door de inzet van arbeidsbesparende innovaties meer patiënten kunnen worden geholpen met hetzelfde aantal zorgmedewerkers. Geen van de bestaande programma's zet in op productiviteitsverhoging om de zorg in de toekomst toegankelijk te houden. Bovendien is het huidige overheidsbeleid om innovatie te stimuleren met name gericht op digitale alternatieven voor fysieke zorg (zie bijlage 3).

Figuur 2 – Van de drie knoppen om aan te draaien om het personeelstekort aan te pakken, blijft die van productiviteitsverhoging nog onbenut

Huidig beleid om met toenemende zorgvraag om te gaan



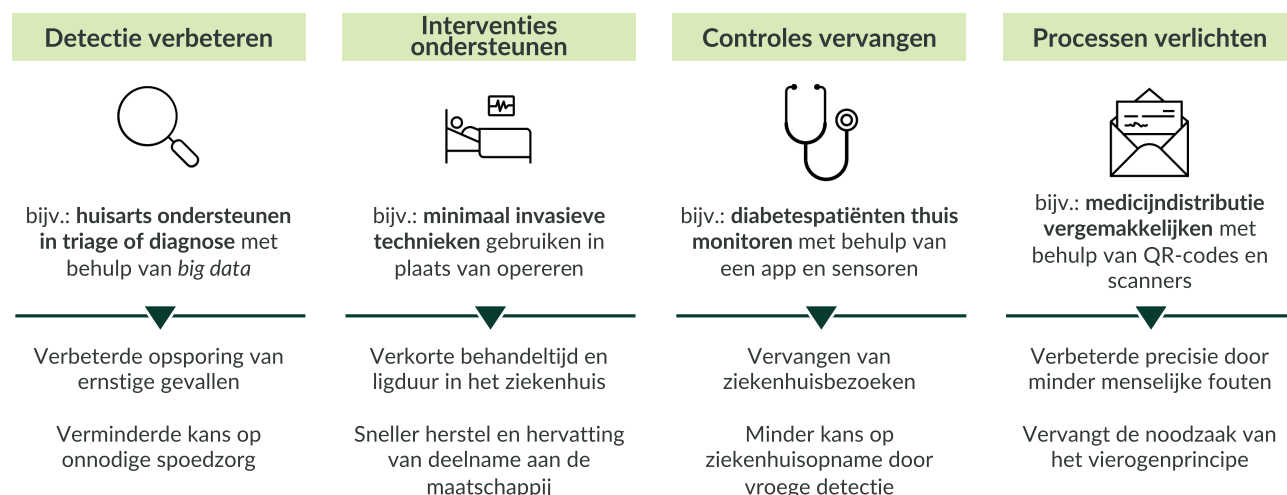
EFFICIËNTIE LIJKT EEN TABOE

Waarom is efficiëntie in de zorg zo'n onderbelicht onderwerp? In de zorg zijn efficiëntie en productiviteit al snel een vies woord. Het riekt naar onpersoonlijk lopendebandwerk. Kan dat wel samengaan met kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke zorg? Bovendien wordt productiviteit geassocieerd met nog harder werken, terwijl de coronacrisis juist de tomeloze inzet van het zorgpersoneel heeft getoond. Het taboe op productiviteit in de zorg is zonde. Productiviteit zegt immers niets anders dan: hoe voegen zorgmedewerkers zoveel mogelijk waarde toe. En dat is precies wat je met zorg beoogt: waarde (namelijk gezondheid en vitaliteit) toevoegen voor patiënten.

Er zijn talloze manieren om zorgpersoneel in staat te stellen nóg meer waarde toe te voegen voor de patiënt. Het gaat hier niet om marginale procesverbeteringen of net een beetje meer hooi op de vork nemen. Efficiëntie verhogen kan namelijk op een veel effectievere manier. Figuur 3 laat zien hoe innovaties kunnen bijdragen aan efficiëntie binnen verschillende onderdelen van de zorg: diagnostiek, behandeling, consulten en registratie. De inzet van (digitale) technologie en big data vergroten niet alleen de kwaliteit van zorg voor patiënten, maar stellen zorgverleners ook in staat om meer en betere zorg te leveren. Arbeidsbesparende innovaties kunnen zorgverlener en patiënt de win-win bieden waar iedereen naar zoekt.

Figuur 3 – Er zijn vele manieren om productiviteit te verhogen én de zorg voor de patiënt beter te maken

Vier mechanismes voor productiviteitstoename



02.

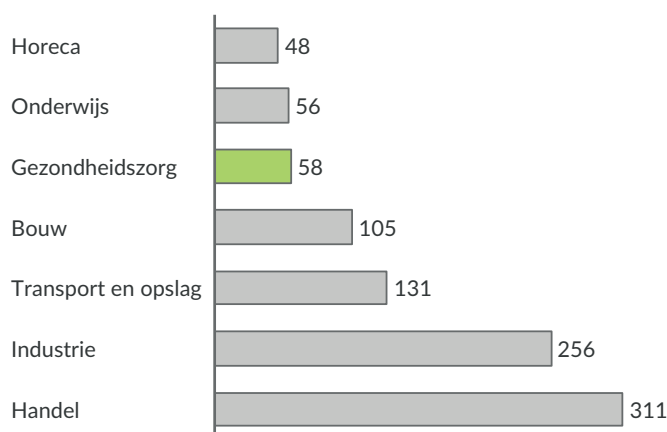
ABSOLUTE NOODZAAK HET TIJ KEREN

Hoe is het nu eigenlijk gesteld met de productiviteit in de zorg? In vergelijking met veel andere sectoren is zorg behoorlijk arbeidsintensief. In een ziekenhuis bestaat ruim de helft van de totale kosten uit personeelskosten. Bij andere sectoren (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, ggz) ligt het aandeel personeelskosten zelfs rond de 75%⁷. Branches zoals handel, bouw of logistiek zijn twee tot vijf keer minder arbeidsintensief (zie Figuur 4)^{8,9}. Opvallend genoeg zijn onderwijs en horeca grofweg even arbeidsintensief als zorg, terwijl de technologische mogelijkheden binnen de zorg toch aanmerkelijk hoger zijn dan in de klas of de kroeg. Technologie en innovaties worden momenteel echter voornamelijk ingezet om kwaliteit te verhogen, maar nauwelijks om efficiëntie te vergroten.

Figuur 4 – Zorg is één van de meest arbeidsintensieve sectoren¹⁰

Productiviteit van sectoren

[Omzet in EUR per uur werk, 2016]



TOEGEVOEGDE WAARDE PER MEDEWERKER IN DE ZORG IS DE AFGELOPEN JAREN GEDAALD

Als we kijken naar de ontwikkeling van de productiviteit in de zorg, geeft dat een alarmerend beeld. Innovaties van de afgelopen decennia hebben kwaliteit van zorg verbeterd, maar hebben niet geholpen om de toegevoegde waarde per zorgmedewerker te vergroten. Sterker nog, de geleverde zorg per fulltime werknemer is de afgelopen decennia gedaald. Dit betekent natuurlijk niet dat zorgverleners minder hard zijn gaan werken, en ook niet dat de kwaliteit van zorg terugloopt. Wel betekent het dat het steeds meer moeite kost om extra gezondheidswinst te realiseren. Hoewel er geen eenduidige maat is om productiviteit uit te drukken, wijzen drie verschillende benaderingen in dezelfde richting: de geleverde zorg uitgedrukt per fte neemt jaar op jaar af met 1% à 3% (Figuur 5). Dit is overigens niet specifiek een Nederlands probleem. Een combinatie van tien onderzoeken laat ook in Canada en de VS een lichte daling in de zorgproductiviteit zien¹¹.

⁷ Jaarverslagen zorgaanbieders 2019

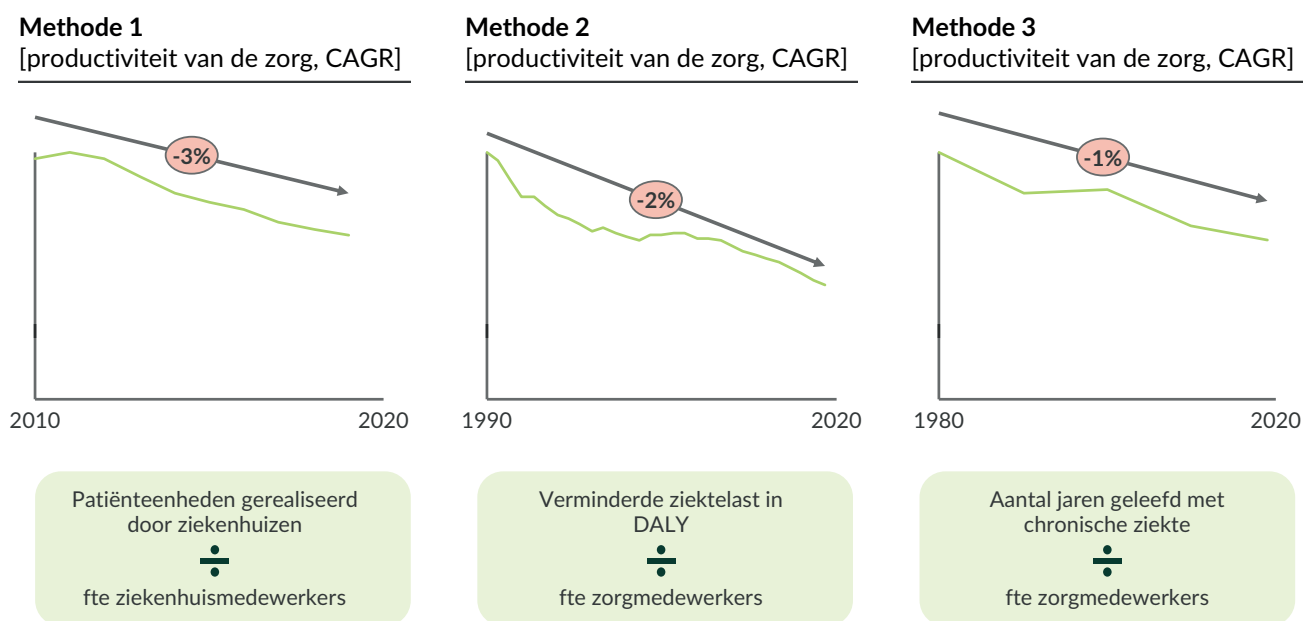
⁸ CBS, Arbeidsvolume per bedrijfstak

⁹ CBS, Omzet per bedrijfstak

¹⁰ Omzet van gezondheidszorg en onderwijs gebaseerd op totale overheidsuitgaven

¹¹ Sheiner et. al., Measuring productivity in healthcare: an analysis of the literature

Figuur 5 - Productiviteit in de gezondheidszorg is gedaald met 1% à 3% per jaar



BOX 1. PRODUCTIVITEIT METEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Productiviteit in de gezondheidszorg is de hoeveelheid geleverde zorg per medewerker. Er bestaat helaas geen algemene eenduidige maat om de output van zorg uit te drukken. Het combineren van drie verschillende benaderingen – die geen van allen perfect zijn – geeft een indruk van de ontwikkeling in productiviteit¹².

Methode 1: De eerste methode kijkt naar ziekenhuisproductie. De productie van een ziekenhuis kan worden uitgedrukt als een combinatie van eerste polikliniekbezoeken, dagbehandelingen, opnames en ligdagen. Door te corrigeren voor de kosten van deze productie-eenheden, kun je per ziekenhuis het jaarlijks aantal “geproduceerde” patiënteenheden bepalen. De ontwikkeling van het totale aantal patiënteenheden, afgezet tegen het aantal (medische en niet-medische) medewerkers in ziekenhuizen¹³, is een maat voor ontwikkeling van de productiviteit (Figuur 18 in bijlage).

Methode 2: De tweede methode focust op de totale vermeden ziektelast als gevolg van gezondheidszorg. De WHO rapporteert jaarlijks de totale ziektelast van inwoners van landen over de hele wereld, uitgedrukt in DALY's¹⁴. Maar hoe bepaal je hoeveel ziektelast er is vermeden door zorg? Daarvoor is een vergelijking tussen landen nodig: het verschil in ziektelast per inwoner tussen Nederland en landen met zeer beperkte gezondheidszorg geeft een indicatie van de impact van onze zorg. De ontwikkeling van het aantal vermeden DALY's¹⁵, afgezet tegen het aantal zorgwerknemers¹⁶, is een tweede manier om productiviteit te meten (Figuur 19 in bijlage).

Methode 3: De laatste methode drukt zorguitkomsten uit in het aantal jaren geleefd met chronische ziekte¹⁷. Het moment waarop mensen ziek worden, wordt grotendeels beïnvloed door genetische factoren en leefstijl. Hoe veel jaren een patiënt na deze diagnose vervolgens nog verder leeft wordt grotendeels beïnvloed door onze gezondheidszorg. De laatste methode drukt zorguitkomsten uit als het gemiddeld aantal levensjaren met chronische ziekte, vermenigvuldigd met het aantal inwoners van Nederland. De ontwikkeling van deze uitkomst, afgezet tegen het aantal werknemers in de zorg, is de derde maat voor productiviteit (Figuur 20 in bijlage).

¹² Bij alle benaderingen zijn uitkomsten van zorg in brede zin (ouderenzorg, gehandicaptenzorg, jeugdzorg) buiten beschouwing gelaten

¹³ Jaarverslagen zorgaanbieders 2019

¹⁴ De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: jaren geleefd met ziekte en jaren verloren door vroegtijdige sterfte

¹⁵ WHO, Global Burden of Disease study

¹⁶ CBS, arbeidsvolume per bedrijfstak

¹⁷ CBS, gezonde levensverwachting

DE TOEKOMST VAN DE ZORG STAAT OF VALT MET INZET OP PRODUCTIVITEIT

De alarmerende trend van productiviteitsontwikkeling heeft grote gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg in 2040. Denk eens terug aan de naar inschatting benodigde zeshonderdduizend extra arbeidskrachten (Figuur 1). Deze inschatting gaat uit van een constante hoeveelheid geleverde zorg per zorgverlener. Bij een dalende productiviteit – in lijn met de ontwikkeling in de afgelopen decennia¹⁸ – zijn echter 1,6 miljoen extra zorgmedewerkers nodig ten opzichte van de huidige 1,4 miljoen (Figuur 6). Dat betekent dat niet 1 op de 4, maar zelfs 1 op de 3 werkenden in 2040 een baan moet hebben in de zorg. Een onhaalbare situatie, die benadrukt hoe belangrijk het is om in te zetten op efficiëntieverbetering. Zonder deze inzet hebben patiënten in 2040 sterk verminderde toegang tot zorg, net zoals tijdens de coronacrisis.

Figuur 6 – Als productiviteit blijft dalen zijn in 2040 3 miljoen zorgmedewerkers nodig

Verwachte vraag naar zorgpersoneel in 2040 in verschillende scenario's

	Baseline: productiviteit stabiliseert	Productiviteit blijft dalen met 2% per jaar	Productiviteit terug naar niveau van 10 jaar geleden	Alle nieuwe vraag gecompenseerd door toename productiviteit
Productiviteit in 2040 t.o.v. 2020	+0%	-30%	+15%	+60%
Benodigd zorgpersoneel in 2040	2,0 mln	3,0 mln	1,6 mln	1,2 mln
Aandeel van totaal aantal werkenden	1 op 4	1 op 3	1 op 5	1 op 7
				

Wat kunnen we bereiken wanneer de toegevoegde waarde per zorgverlener toeneemt? Als we het in de toekomst willen bolwerken met dezelfde hoeveelheid mensen als nu, moeten we met alle medewerkers over twintig jaar 60% meer zorg kunnen leveren dan nu. Dat zal niet eenvoudig zijn, maar ook een kleinere stap in de juiste richting helpt. Stel dat het lukt om de geleverde zorg per medewerker terug te brengen naar het niveau van 2010, zo'n 20% hoger dan nu¹⁴. Dan zijn in 2040 nog 'slechts' tweehonderdduizend extra zorgverleners nodig. De inzet op productiviteitsverbetering maakt het probleem in de toekomst een heel stuk behapbaarder. Op die manier hebben patiënten ook in de toekomst toegang tot zorg.

¹⁸ Uitgaande van het gemiddelde van de drie methodes, oftewel een productiviteitsafname van 2% per jaar

03.

VOLOP VOORBEEDEN AAN INNOVATIEVE IDEEËN IS GEEN GEBREK

Hoe kan het dat de productiviteit in de zorg is gedaald? Gelukkig ligt het niet aan een tekort aan innovatieve ideeën. Op verschillende plekken in het zorglandschap ondersteunen nieuwe technieken en technologieën professionals bij het leveren van meer en betere zorg.

INNOVATIES IN DE VOLLE BREEDTE VAN DE ZORG

In verschillende onderdelen van de gezondheidszorg zijn voorbeelden van arbeidsbesparende innovaties te vinden. Niet alleen in de chirurgie, maar ook op andere plekken binnen en buiten het ziekenhuis. Zo levert het op afstand monitoren van COPD-patiënten een besparing in opnameduur van wel 45%¹⁹. En de inzet van innovatieve wondmaterialen zorgt ervoor dat een thuiszorgmedewerker niet tweemaal daags, maar slechts één keer per week het verband hoeft te verschonen. Voorbeelden uit het gehele zorglandschap laten zien dat met innovatieve toepassingen een zorgmedewerker wel 30% tot 90% meer waarde kan toevoegen (Figuur 7).

Kortom, aan innovatieve ideeën geen gebrek. Wat zou er gebeuren als het zou lukken om dit type innovaties in te zetten in alle denkbare hoeken en gaten van de zorg? In het eerste hoofdstuk lieten we zien dat, zonder inzet van extra personeel, een productiviteitsstijging van 60% nodig is om alle patiënten in 2040 van voldoende kwalitatieve zorg te voorzien (Figuur 6). Met de voorbeelden uit Figuur 7 lijkt dit ambitieuze doel ineens een stuk realistischer.

Figuur 7 – Arbeidsbesparing is mogelijk in de gehele breedte van de zorg

Vier mechanismes voor productiviteitstoename

Detectie verbeteren	Interventies ondersteunen	Controles vervangen	Processen verlichten
			
80% Productiviteitswinst bij MRI-scans met behulp van nieuw algoritme MR-STAT	45% Kortere ligduur na galblaasverwijdering bij gebruik van laparoscopie 90% Minder tijd kwijt aan wondzorg met innovatieve verband-materialen	45% Verkorte gemiddelde opnameduur bij tele-monitoring voor COPD-patiënten 30% Kortere ligduur op IC bij gebruik van tele-ICU	30% Personeelsreductie in huisartspraktijk als een app de dokters-assistent vervangt

¹⁹ Isala Klinieken, Proef met telemonitoren COPD-patiënten

BOX 2. VERHOOGDE ARBEIDSPRODUCTIVITEIT: WAT LEVERT HET OP VOOR DE PATIËNT?

Inzet van arbeidsbesparende innovaties hoeven niet ten koste te gaan van de kwaliteitsbeleving van de patiënt. Natuurlijk zijn er voorbeelden met ongelukkige bijeffecten. Een bezoek aan een one-stop-shop-polikliniek voor oncologie waarin de patiënt binnen één bezoek zowel een diagnose hoort als een behandelplan uitwerkt, kan het proces van ziekteacceptatie vermoeilijken. Gelukkig is er meestal wel sprake van win-win. Arbeidsbesparende innovaties brengen vaker juist voordelen voor de patiënt met zich mee:

- **Diagnostiek en triage** - Het gebruik van algoritmes is als het ware alsof er honderden collega's meekijken over de schouder van de arts – een veilig gevoel voor de patiënt. Bovendien kan de diagnose sneller worden gesteld en de behandeling daarmee tijdig starten.
- **Ingreep** - Innovatieve ingrepen verkorten vaak de behandelduur. De patiënt brengt minder tijd door in het ziekenhuis, of hoeft minder vaak thuis te wachten op de thuiszorg. En door deze besparingen kan de zorgpremie laag worden gehouden.
- **Monitoren** - Inzet van technologie geeft een veilig gevoel. Niet alleen bij de maandelijkse controleafspraak, maar elk moment op de dag kunnen sensoren vertellen hoe het met bijvoorbeeld de suikerspiegel of de bloeddruk gesteld is. Dit voorkomt weer complicaties op de langere termijn.
- **Proces** – direct en snel contact met de arts, zonder tussenkomst van een assistente, past bij de manier waarop service in andere sectoren zijn ingericht en sluit aan bij de wens van de patiënt.

TER ILLUSTRATIE: KORTERE LIGDUUR DOOR NIEUWE HARTKLEPPROCEDURE

Een ander illustratief voorbeeld van een innovatie met hoge productiviteitswinst zien we in de hartzorg, bij hartklepafwijkingen. Twintig jaar was voor patiënten met aortaklepstenose²⁰ een openhartoperatie de enige mogelijkheid. Sinds een aantal jaar is het echter mogelijk om de hartklep via een katheter in de lies te vervangen (Figuur 21 in bijlage). Deze procedure, genaamd TAVI²¹, is veel minder ingrijpend voor de patiënt. Het hart hoeft niet te worden stilgelegd en de borstkas hoeft niet open. Patiënten herstellen daardoor veel sneller en kunnen kort na de ingreep alweer naar huis.

Wat zijn de voordelen van deze innovatie in de hartzorg? De traditionele maat waarmee innovaties beoordeeld worden is kosteneffectiviteit, gemeten als kosten per gewonnen levensjaar. Een onafhankelijke beoordeling in Ierland²² vindt dat de resultaten van TAVI niet onder doen voor traditionele hartklepvervangings (Figuur 8). Zowel de gezondheidswinst (in QALY) als de kosten zijn vergelijkbaar. Op sommige aspecten scoort de innovatie echter beter. De benodigde inzet van personeel is bij TAVI namelijk wel zes keer lager dan bij de traditionele ingreep, oftewel een productiviteitswinst van meer dan 80%. De redenen zijn onder andere een verkorte ligduur in het ziekenhuis en verminderde kans op IC-opname (Figuur 22 in bijlage). Met het oog op de dreigende personeels crisis is deze innovatie dus revolutionair: niet alleen is de patiënt gebaat bij een snel herstel en snellere terugkeer naar deelname aan de maatschappij, maar met een zelfde personeelsinzet kunnen zes keer meer patiënten worden geholpen.

²⁰ Een aortaklepstenose is een vernauwing van de aortaklep. De hartklep gaat niet goed meer open. Hierdoor stroomt het bloed minder gemakkelijk van de linkerhartkamer naar de aorta.

²¹ TAVI staat voor Transcatheter Aortic Valve Implantation

²² Health Technology Assessment voor TAVI bij aortastenose in Ierland

Figuur 8 – TAVI geeft een enorme productiviteitswinst ten opzichte van traditionele openhartoperaties

Vergelijking van TAVI en openhartoperatie bij aortastenose

	TAVI	Aortakleppervanging (open hart)
QALY-winst ten opzichte van geen behandeling	6,20	6,18
Totale kosten per patiënt inclusief ziekenhuisopname en -heropname	€ 38,3 K	€ 38,6 K
Benodigde arbeid voor totale procedure (inclusief ligduur)	~12u	~75u
Kosteneffectiviteit in € / QALY	6,2 K	6,3 K
Arbeidsproductiviteit in uren / QALY	~2	~12

04.

KIJKJE OVER DE SCHUTTING IN DE LANDBOUW EN DE AUTO-INDUSTRIE KAN HET WEL

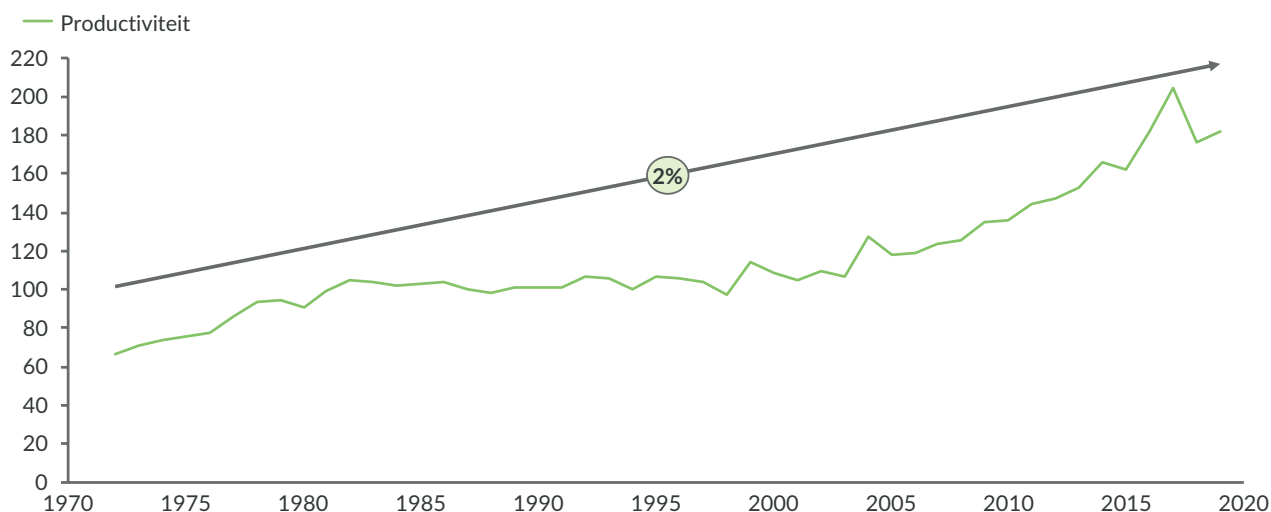
Er zijn genoeg voorbeelden van arbeidsbesparende innovaties, maar desondanks is het de afgelopen decennia niet gelukt om de zorg als geheel productiever te laten zijn. Wat is hier dan nog meer voor nodig? Gelukkig kunnen we leren van andere sectoren. In de dienstverlening is de klant, ondersteund door technologie, steeds meer zelf gaan doen (zie bijlage). Ook sectoren zoals de landbouw en de auto-industrie zijn kampioen in het optimaliseren van productiviteit. Natuurlijk is de massaproductie die kenmerkend is voor grote delen van deze sectoren niet per se een wenselijk toekomstbeeld voor de zorg. Toch kunnen we, door te bestuderen hoe arbeidsbesparende innovaties in de landbouw en auto-industrie in de afgelopen eeuw van de grond kwamen, inspiratie opdoen over hoe de zorg efficiënter kan worden.

MEER LANDBOUWOPBRENGST MET MINDER MENSEN

In de afgelopen 150 jaar zijn de landbouwopbrengsten in Nederland vertwintigvoudigd (Figuur 23 in bijlage). Ondertussen neemt het aantal mensen dat werkzaam is in de landbouw gestaag af. Sinds de jaren zeventig is het aantal landbouwwerkers ongeveer gehalveerd (Figuur 23 in bijlage). In dezelfde periode is de productiviteit, uitgedrukt in het aantal kilogrammen landbouwproduct per medewerker, bijna verdrievoudigd (Figuur 9). Dat komt neer op een jaarlijkse productiviteitsverbetering van ongeveer 2%²².

Figuur 9 – Productiviteit in de landbouw is bijna verdrievoudigd in de afgelopen 50 jaar ²³

Productiviteit in de landbouw [Product (x 1.000 kg) per fte]



²² CBS, arbeidskrachten en productie in de landbouw

²³ Aanname dat gemiddelde contractomvang in landbouw constant is op 1 fte

BOX 3. PRODUCTIVITEITSWINST IN DE LANDBOUW

De Nederlandse landbouw heeft in de afgelopen eeuw verregaande veranderingen meegemaakt met grote productiviteitswinst tot gevolg. In het begin van de twintigste eeuw bestond de sector nog uit kleine bedrijfjes. Een boer bezat slechts een paar dieren en een enkele hectare grond. Het melken van de koeien en het oogsten van het graan deed hij met de hand, slechts geholpen door handwerktuigen. Tegen het einde van de twintigste eeuw is het beeld radicaal veranderd: de kleine boerderijen van toen zijn uitgegroeid tot boerenbedrijven en de boer maakt zowel bij akkerbouw als veeteelt gebruik van indrukwekkende machines.

Een actieve landbouwpolitiek gericht op arbeidsproductiviteit was een belangrijke drijvende kracht achter deze ontwikkelingen. Aan het einde van de 19e eeuw werd de eerste Landbouwcommissie ingesteld. Het credo was "OVO", oftewel Onderzoek, Voorlichting en Onderwijs. Onderzoek richtte zich niet alleen op biologische processen, maar was ook specifiek gericht op productiviteitsverhoging in de praktijk. Boeren kregen voorlichting over nieuwe ontwikkelingen door de Rijkslandbouwleraar uit hun eigen provincie. Tot slot vormde de opening van de Landbouwhogeschool, de voorloper van de Wageningen Universiteit, in 1918 de eerste zet naar een breed opgezet onderwijsstelsel in de landbouwsector²⁴.

De opkomst van de maaidorser in de jaren '50 en '60 is een goed voorbeeld van een arbeidsbesparende innovatie. Waar het een boer voorheen nog zeven à tien dagen kostte om een hectare graan te maaien en te snijden, kon dezelfde klus met een maaidorser in slechts één uur worden geklaard. In eerste instantie leek deze techniek uit de VS niet geschikt voor het Nederlandse landbouwklimaat. Gedreven door personeelstekorten kwamen er echter machines op de markt die optimaal uitgerust waren voor de natte Nederlandse omstandigheden. Bovendien kwamen de hoge aanschafkosten door de opkomst van landbouwcoöperaties niet op de schouders van individuele boeren terecht. Door samenwerking tussen boeren en industrie werd de innovatie uiteindelijk breed toegankelijk²⁴.

Een ander voorbeeld van nauwe samenwerking zagen we in de suikerbietenenteelt: wetenschap en industrie speelden beide een grote rol in de opkomst van de zaaimachines. Onderzoekers uit Wageningen publiceerden veelvuldig over de inzet van deze nieuwe techniek. Bovendien ontwikkelden de gezamenlijke Nederlandse Suikerindustrie en algemene keuringsdiensten een richtlijn voor zaden. Een uniforme maat zorgde ervoor dat de prestaties van de zaaimachines geoptimaliseerd konden worden, met grote productiviteitswinst tot gevolg²⁴.

MEER MENSEN IN DE AUTO-INDUSTRIE, MAAR VOORAL HEEL VEEL MEER AUTO'S

In de auto-industrie is eveneens een indrukwekkende productiviteitswinst geweest in de afgelopen decennia. Daar verdrievoudigde het aantal auto's per medewerker per jaar sinds 1950: bij Volkswagen was het aantal afgeleverde auto's per medewerker per jaar gemiddeld zes in 1950, tegen zestien nu (Figuur 10)²⁵. En dan te bedenken dat auto's in de afgelopen jaren vele malen complexer en geavanceerder zijn geworden. De absolute productie van auto's door Volkswagen steeg in de afgelopen zeventig jaar met een factor 120, terwijl het aantal medewerkers 'slechts' verveertigvoudigde (Figuur 24 in bijlage).

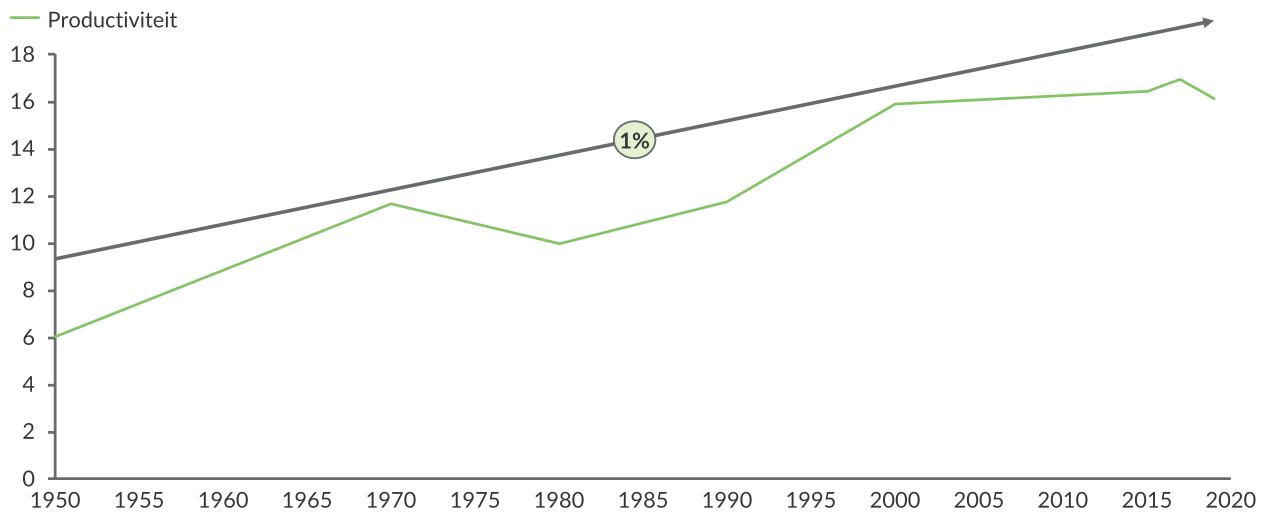
²⁴ A.A.A. de la Bruhèze, H.W. Lintsen, A. Rip & J.W. Schot, *Techniek in Nederland in de twintigste eeuw. Deel 3. Landbouw, voeding*

²⁵ *Jaarverslagen Volkswagen Group*

Figuur 10 – Productiviteit in de auto-industrie (Volkswagen als voorbeeld) is bijna verdrievoudigd in de afgelopen 70 jaar

Productiviteit in de auto-industrie (Volkswagen)

[aantal geproduceerde auto's per medewerker Volkswagen Group]



BOX 4. PRODUCTIVITEITSWINST IN DE AUTO-INDUSTRIE

De productiviteitstoename in de auto-industrie is toe te schrijven aan een aaneenschakeling van innovaties. De belangrijkste waren de overstap van handwerk naar massaproductie en jaren later de doorontwikkeling naar lean productie. De eerste auto's, eind negentiende en begin twintigste eeuw, waren uitgelezen luxeproducten die volledig met de hand werden gemaakt. Geen twee auto's waren hetzelfde, eenvoudigweg omdat men niet in staat was om onderdelen precies te reproduceren²⁶.

In 1908 introduceerde Ford de model T ("Any customer can have a car painted any colour that he wants, as long as it's black"), één van de eerste massa-geproduceerde auto's. In het productieproces verrichtte elke medewerker één eenvoudige handeling. Door dat proces steeds verder te verbeteren en steeds meer stappen machinaal uit te voeren, werd de productiviteit jaar op jaar beter. Bijvoorbeeld: in 1914 was per auto nog maar een kwart van de tijd nodig, vergeleken met 1913. Daardoor konden auto's steeds goedkoper worden en werd de model T voor steeds meer mensen betaalbaar, waardoor de vraag verder toenam. In 1918 was de helft van alle auto's ter wereld een Ford model T. In de jaren vijftig van de vorige eeuw was massaproductie gemeengoed in de auto-industrie. Het werk was echter saai en medewerkers kwamen steeds vaker in opstand²⁶.

De volgende baanbrekende procesinnovatie, die niet alleen productiviteit verhoogde maar ook de kwaliteit en de medewerkerstevredenheid ten goede kwam, was de ontwikkeling van lean productie door Toyota. Terwijl het bij massaproductie het allerbelangrijkste was dat de productieketen ('de lopende band') nooit stil kwam te staan, staat bij lean productie het zo ver mogelijk reduceren van verspilling centraal. Na de Tweede Wereldoorlog was in Japan, de thuishaven van Toyota, noodzaak om verspilling terug te dringen omdat er schaarste aan grondstoffen was. Bij lean productie staat de waarde voor de klant hoog in het vaandel en al snel lukte het Toyota om kwalitatief veel betere auto's te produceren dan met het 'oude' proces van massaproductie. Tegenwoordig is lean productie bij vrijwel alle autofabrikanten het standaard principe van hun productieproces en tot op de dag van vandaag weten zij hun productiviteit verder te verbeteren²⁶.

²⁶ J.P. Womack, D.T. Jones & D. Roos, *The machine that changed the world*

05.

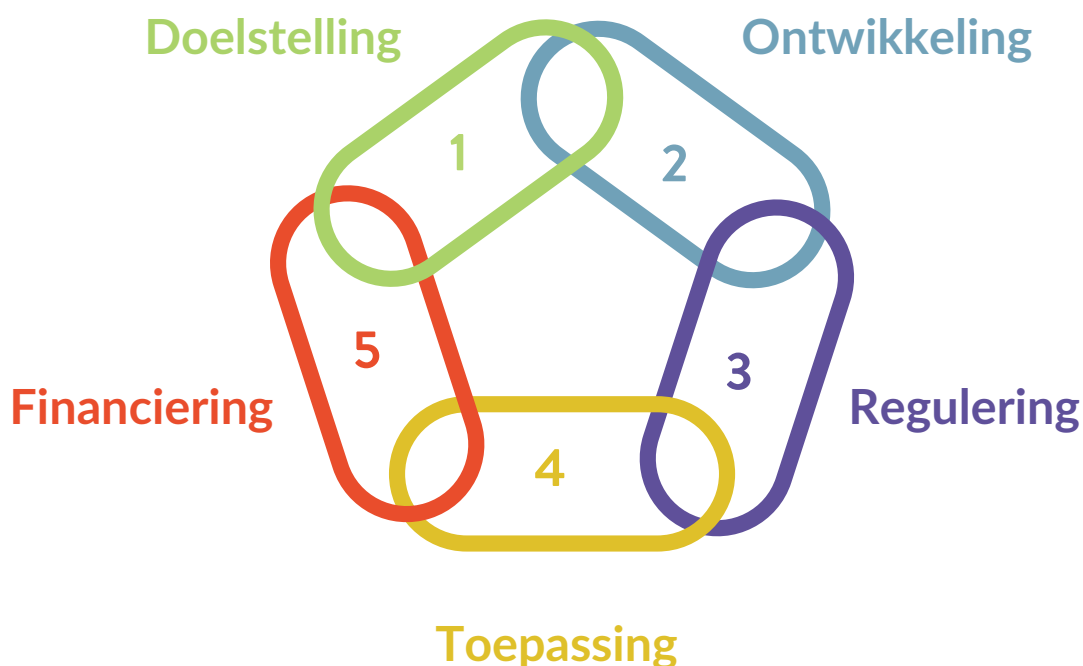
**VERSNELLEN OF
REMMEN
INNOVATIES KOMEN
TOT BLOEI ALS HET
ECOSYSTEEM KLOPT**

De enorme productiviteitswinst in de landbouw en de auto-industrie spreekt tot de verbeelding, maar de vertaalslag naar zorg is niet meteen voordehandliggend. De verschillen tussen de sectoren zijn immers groot. Bovendien is de massaproductie in deze industrieën voor de zorg realistisch noch wenselijk. Toch herkennen we meerdere schakels waarop de zorg kan leren van de wereld van landbouw en auto's (zie Figuur 11).

- 1 Doelstelling:**
is productiviteit een doel op zich? Is het überhaupt een factor van betekenis?
.....
- 2 Ontwikkeling:**
is er voldoende ruimte om tot nieuwe arbeidsbesparende innovaties te komen?
- 3 Regulering:**
werken regels stimulerend voor productiviteitsverhoging, of juist remmend?
.....
- 4 Toepassing:**
hoe groot is het enthousiasme om productiviteitsverhogende innovaties ook echt te gebruiken als standaard?
.....
- 5 Financiering:**
stimuleert de balans tussen financiële risico's en de verwachte baten partijen voldoende om te investeren in productiviteitsverhogende innovaties?

In dit hoofdstuk gaan we aan de hand van deze schakels dieper in op welke lessen de zorg kan trekken uit de ervaringen in andere sectoren.

Figuur 11 – De schakels van een innovatief ecosysteem



DOELSTELLING

Figuur 12 – Doelstelling: versnellers en remmers



Doelstelling

Versnellers in andere industrieën

- Focus op productiviteit helpt om tekort aan arbeidskrachten af te wenden
- Productiviteitstoename brengt zowel economische als maatschappelijke waarde

Hordes in de zorg

- Geen expliciete ambitie om productiviteit in te zetten om toegankelijkheid tot zorg te verhogen
- Productiviteitsdoelstellingen alleen zichtbaar op microniveau

ANDERE SECTOREN PRODUCTIVITEIT IS NOODZAAK, EN GEEFT MAATSCHAPPELIJKE EN CONCURRENTIËLE MEERWAARDE

In de landbouw is het verbeteren van productiviteit bittere noodzaak geweest. Door de jaren heen is het aantal monden om te voeden natuurlijk steeds groter geworden. Tegelijkertijd was er, vooral vanaf de jaren zestig, een tekort aan arbeidskrachten. Productiviteit vergroten, zowel door opbrengsten per hectare te verhogen als door benodigde mensuren te verlagen, was de enige manier om in de groeiende behoefte naar voedsel te voorzien.

Ook in de auto-industrie heeft productiviteitsverbetering de afgelopen eeuw centraal gestaan. Het was en is een expliciete doelstelling in die sector. Het geeft niet alleen concurrentiële meerwaarde, maar ook maatschappelijke. Door productiviteit te verhogen, zoals Ford deed met massaproductie, werden auto's goedkoper en voor meer mensen bereikbaar. Dat leidde tot meer mobiliteit en welvaart voor de bevolking. De lagere prijzen leidden tot meer vraag, waardoor – ondanks de arbeidsbesparing – meer medewerkers nodig waren om aan die vraag te voldoen. Arbeidsbesparing leidde hier dus tot meer werkgelegenheid, wat eveneens maatschappelijk van belang was en ook weer tot meer welvaart leidde. En deze maatschappelijke meerwaarde ging prima samen met de bedrijfseconomische en concurrentiële belangen. Door productiviteit te verhogen konden autofabrikanten meer verkopen en/of meer winst behalen ten opzichte van concurrenten die daarin minder ver waren.

ZORG PRODUCTIVITEIT IS NAUWELIJKS IN HET VIZIER

In tegenstelling tot de wereld van landbouw en auto's is productiviteit in de zorg niet of nauwelijks een thema. Het vergroten van productiviteit om de groeiende zorgvraag aan te kunnen is in landelijk beleid geen expliciete doelstelling (zie Figuur 2). Ook in de meerjarenstrategieën, beleidsplannen of HR-agenda's van ziekenhuizen of andere zorgaanbieders zien we het thema nauwelijks terug²⁷. Als het in de zorg al gaat over productiviteit, is dit vaak op microniveau, zoals de gedeclareerde uren per wijkverpleegkundige. Expliciete ambities op het gebied van innoveren om productiviteit significant te vergroten lijken te ontbreken. Wat zijn dan wel doelstellingen waaraan zorginnovaties moeten voldoen? In de praktijk ging het in het afgelopen decennium om het vergroten van kwaliteit, bij gelijke of lagere kosten. Natuurlijk is dat een belangrijk streven. Maar ook een doelstelling als het vergroten van toegankelijkheid (door meer patiënten te helpen met hetzelfde aantal zorgverleners), bij gelijke of hogere kwaliteit, zou heel terecht zijn. Ook dat is nodig voor de toekomstbestendigheid van de zorg. En terwijl de geldkraan in uiterste gevallen altijd nog extra open kan, is arbeid op een gegeven moment echt op. Net als bij de landbouw kan een gebrek aan menskracht een enorme versneller voor innovatie zijn. Toch zien we dat bij innovatieprogramma's (zoals de subsidieregeling Veelbelovende zorg) en het toetsingskader van het Zorginstituut arbeidsbesparing of productiviteit niet als criterium wordt meegenomen.

²⁷ In het rapport van de commissie Werk in de zorg "Over sociale en technologische innovatie" wordt voor het eerste opgeroepen te richten op innovaties die arbeidsbesparing tot gevolg hebben. Ook in sommige ICT-strategieën van ziekenhuizen of zorgaanbieders kiest men expliciet voor arbeidsbesparende technologie in plaats van welzijnsbevorderende technologie.

ONTWIKKELING

Figuur 13 – Ontwikkeling: versnellers en remmers



Versnellers in andere industrieën

- Praktische toepasbaarheid van nieuwe technologie is centraal thema op landbouwuniversiteit
- Wetenschappelijke onderzoekers werken samen met overheden en bedrijven aan de ontwikkeling van innovaties voor procesoptimalisatie

Hordes in de zorg

- Samenwerking met private partijen in de onderzoeks- en ontwikkelfase komt niet vaak voor
- ‘*Not invented here*’-syndroom: ziekenhuizen ontwikkelen procesinnovaties liever zelf

ANDERE SECTOREN DIEPGAANDE SAMENWERKING TUSSEN PUBLIEK EN PRIVAAT

Waar innovaties ingrijpen op het primaire proces, is kruisbestuiving tussen wetenschap, industrie en eindgebruiker nodig om een zo goed mogelijk resultaat te behalen. Binnen de landbouwsector staat onderzoek en ontwikkeling sinds jaar en dag in het teken van praktische toepassing, veelal gericht op het optimaliseren van productiviteit. De Wageningen Universiteit (WUR, Wageningen University & Research) speelt daarin een centrale rol. Onderzoekers van de WUR werken bovendien actief samen met bedrijven, overheden en maatschappelijke organisaties. De toepassingsgerichte ontwikkeling gebeurt op allerlei vlakken: van het geschikt maken van Amerikaanse oogstmachines voor de drassige Nederlandse grond, tot het genetisch modifieren van gewassen. Het onderzoek speelt steeds in op de nieuwe maatschappelijk uitdagingen, zoals toenemende droogte of vleesvervanging.

Ook in de auto-industrie is er intensieve samenwerking tussen autobedrijven en universiteiten, om toepassingsgericht te innoveren en ontwikkelen. Zo werkt Volkswagen nauw samen met de Ostfalia University of Applied Sciences in Wolfsburg, onder meer met werk- en opleidingsprogramma's gericht op het toekomstige productieproces van hun auto's.

ZORG SAMENWERKING MET PRODUCTIVITEITSVERHOOGING ALS DOEL NOG IN DE KINDERSCHOENEN

Bij Nederlandse universiteiten, ziekenhuizen en andere onderzoeksinstituten wordt veel en goed medisch onderzoek gedaan. Het merendeel van dat onderzoek is gericht op verbeteren van kwaliteit en uitkomsten: nieuwe behandeltechnieken, -protocollen en geneesmiddelen. De aandacht voor toepasbaarheid van wetenschappelijk onderzoek is groeiende²⁸, maar je wordt als wetenschapper primair beoordeeld op basis van je publicaties en binnengehaalde beurzen.

De aandacht voor onderzoek naar innovaties die tijdsbesparing opleveren is bijzonder klein. In klinische studies is de tijd die nodig is van zorgverleners – en als gevolg daarvan de toegankelijkheid van zorg – geen uitkomstmaat. Samenwerking tussen academische instituten en bedrijven in de onderzoeks- en ontwikkelfase van arbeidsbesparende innovaties, zoals gebruikelijk bij landbouw en auto's, zijn voor de zorg nog schaars.

Waar komen innovaties op het gebied van processen of technologie dan vandaan? Over het algemeen zijn dat bedrijven: van kleine start-ups tot grote multinationals. De samenwerking tussen eindgebruikers (zorgverleners) en ontwikkelaars komt veelal pas in de fase van pilots en implementatie van de grond. Het initiatief daarvoor ligt doorgaans bij de ontwikkelaars: zij gaan op zoek naar zorgaanbieders en zorgverleners om het proces of product mee te testen. De samenwerking komt daarmee pas laat van de grond. Soms wordt samenwerking zelfs expliciet gehinderd, bijvoorbeeld doordat bedrijven geen partij mogen zijn bij de aanvraag of opzet van beoordelingen van medische technologie. Dit is een schril contrast met de landbouw en auto-industrie, waar de ontwikkeling vaak vanaf de tekentafel in gezamenlijkheid plaatsvindt.

Daarnaast is het 'not invented here'-syndroom hardnekkig in de zorg. Waar men in de autowereld juist de kunst afkijkt bij anderen en men ook bij de landbouw graag voortbordurt op ontwikkelingen elders, lijkt er in de zorg de neiging te zijn om zelf het wiel opnieuw te willen uitvinden. Veel ziekenhuizen willen bijvoorbeeld maatwerkmodules in hun epd (waardoor het duur en veelal minder gebruiksvriendelijk wordt) of een eigen pilot voor thuismonitoring voor hartfalen (terwijl er al vele ziekenhuizen daarmee bezig zijn). De ziekenhuizen beogen hiermee vaak betere aansluiting bij de specifieke omstandigheden in de organisatie of regio en een groter draagvlak onder de gebruikers. Hoewel het cruciaal is om zorgverleners en patiënten te betrekken in het doorontwikkelen van een innovatie, kan het ook doorschieten. Een afweging tussen de verschillen in omstandigheden binnen Nederland en het belang van vlotte toegankelijkheid en toepasbaarheid van innovaties is daarbij van groot belang.

REGULERING

Figuur 14 – Regulering: versnellers en remmers



Regulering

Versnellers in andere industrieën

- Standaarden en regulering, ontwikkeld door samenwerkingen van diverse stakeholders, zijn praktisch en stimuleren innovatie
- Focus op standaardisering van het proces helpt om innovatie te versnellen

Hordes in de zorg

- Toetsing voor toelating is een lastig en tijdrovend proces, waarbij criteria niet altijd helder zijn
- Interpretatie van studieresultaten kan verschillen tussen landen of tussen verschillende partijen binnen Nederland

²⁸ Rathenau Instituut, *Totale Investerings in Wetenschap en Innovatie 2017-2023*

ANDERE SECTOREN STRENGE, MAAR PRAKTISCHE EN WERKBARE NORMEN CREËREN VOORSPELBAARHEID

Binnen de landbouwsector is het gebruikelijk dat partijen samenwerken in de ontwikkeling van regels en normen. Op die manier komt de sector tot regelgeving die praktisch en werkbaar is. Bovendien speelt regelgeving een rol in de standaardisering van processen, hetgeen innovatie kan versnellen. Zo zorgde een richtlijn over suikerbietenzaad, gezamenlijk ontwikkeld door de Nederlandse Suikerindustrie en algemene keuringsdiensten, in de jaren '60 voor een uniforme maat van zaden waardoor de prestaties van zaaimachines geoptimaliseerd kon worden. Een ander voorbeeld is het Platform Landbouw, waarin de Belastingdienst en Land- en Tuinbouworganisatie (LTO) Nederland samen jaarlijks de Landelijke Landbouwnormen vaststellen.

Iets soortgelijks zien we terug in de auto-industrie. De Europese Commissie stelt emissienormen waaraan autofabrikanten moeten voldoen. De manier waarop je zorgt dat je binnen die norm blijft (een aerodynamischer ontwerp of toevoeging een elektromotor bijvoorbeeld), staat vrij. Emissienormen en de bijbehorende meetmethoden worden bovendien continu bijgesteld. Dit stimuleert om de ontwikkeling van schonere auto's.

Ook op het gebied van veiligheidseisen zien we in de autobranche een goed werkende combinatie van samenwerking die leidt tot uniforme regels, waaraan autofabrikanten naar eigen inzicht invulling aan kunnen geven. De Euro NCAP (European New Car Assessment Programme) is een onafhankelijk testinstituut, dat een samenwerking is tussen Europese overheden en organisaties zoals de ANWB. Euro NCAP heeft een gestandaardiseerde botsproef ontwikkeld, waarin verschillende botsingen worden nagebootst. Het resultaat van de proef wordt uitgedrukt in een aantal sterren. Fabrikanten spannen zich in om te blijven innoveren om zo hun testresultaat te verbeteren. En ook hier geldt: beter goed gejat dan slecht verzonnen.

ZORG STRENGE, MAAR OOK MEER ARBITRAIRE, TOETSING WAARIN PRODUCTIVITEIT GEEN ROL SPEELT

In zowel de landbouw als de auto-industrie worden door onafhankelijke Europese of landelijke instituten eisen gesteld aan de uitkomsten, zoals uitstoot of veiligheid. In de Nederlandse zorg zien we een andere manier van werken. Het Zorginstituut bepaalt voor elke nieuwe vorm van zorg, of op verzoek van de zorgverzekeraar, of een innovatie toegelaten wordt tot het basispakket. Dat is een lastig en tijdrovend proces. De toetsingscriteria zijn vooraf niet zo helder als bij emissienormen of botsproeven. Wat wel duidelijk is, is dat tijdswinst of arbeidsproductiviteit geen maat is in de beoordeling.

Ook zien we in de zorg dat toelatingen veelal op landelijk niveau gebeuren, in plaats van Europees of wereldwijd. Op basis van dezelfde klinische studies kan een Health Technology Assessment in het ene land veel eerder tot toelating leiden dan in het andere. Niet alleen bij innovatieve technologieën, maar ook bij geneesmiddelen moeten patiënten in Nederland vaak langer wachten dan in andere landen tot ze ervan kunnen profiteren²⁹. Dit probleem speelt overigens zelfs binnen ons land. Vaak gebeurt het dat verschillende partijen (zoals Zorginstituut, RIVM en artsen) op basis van dezelfde studieresultaten tot verschillende aanbevelingen komen.

²⁹ Geneesmiddelen in Nederland steeds later beschikbaar', VIG, 7 juli 2020

TOEPASSING

Figuur 15 – Uitvoering: versnellers en remmers



Toepassing

Versnellers in andere industrieën

- Individuele boeren kiezen of ze een innovatie gebruiken, gebaseerd op economische en fundamentele overwegingen
- Autofabrikanten kopiëren elkaars successen om aan de vraag van de consument te blijven voldoen
- Massamaatwerk zorgt voor efficiënte productie terwijl product aansluit bij wens klant

Hordes in de zorg

- Doorvoeren van innovaties is lastig in een gefragmenteerd en weinig hiërarchisch zorglandschap
- Roep om innovatie vanuit de patiënt ontbreekt
- Zorgverleners zijn terughoudend, gedreven door angst om baan te verliezen
- Overtuiging dat vrijgekomen capaciteit wordt ingezet voor 'opvulzorg' weerhoudt mensen van het doorvoeren van innovaties

ANDERE SECTOREN VLOTTE TOEPASSING O.B.V. BEDRIJFSECONOMISCHE ÉN FUNDAMENTELE AFWEGINGEN

In de landbouw maakt uiteindelijk elk boerenbedrijf zelf de afweging hoe het zijn bedrijfsproces inricht en welke innovaties daar wel of niet bij passen. Er zijn natuurlijk een aantal no-brainers, innovaties waardoor je productiviteit zoveel beter wordt dat vrijwel elk bedrijf ervoor kiest. Denk daarbij aan melkmachines of machinaal ploegen. Bedrijven maken daarnaast keuzes die passen bij hun overtuigingen als bedrijf: van vrije uitloop van dieren tot het beperken van bestrijdingsmiddelen of het laten staan van bloemen in de wei. Zolang die keuzes aansluiten bij wat consumenten belangrijk vinden, zijn ook dergelijke fundamentele, principiële afwegingen uiteindelijk bedrijfseconomisch interessant.

ZORG VERSNIPPERD LANDSCHAP EN TERUGHOUDENDHEID VOOR INNOVATIES

De zorg is wat betreft hiërarchie het tegenovergestelde van de auto-industrie. Er zijn in Nederland meer dan 80 ziekenhuizen en nog eens duizenden andere zorgaanbieders (ouderenzorg, ggz, huisartsen etc. etc.). Elk van deze organisaties is autonoom in het invullen van het zorgproces. Niemand is in Nederland echt 'de baas van de zorg'. Bovendien vinden partijen het spannend om voorbij hun eigenlijke rol te treden, uit angst om op elkaars stoel te gaan zitten. Zelfs binnen bijvoorbeeld een ziekenhuis is de hiërarchie zeer beperkt. Veel beslissingen vinden plaats op het niveau van vakgroepen of zorgeenheden. Dergelijke differentiatie is niet uniek – ook onder landbouwbedrijven is veel heterogeniteit – maar het maakt het snel opschalen van gebruik van innovaties wel lastiger.

Ook het ontbreken van een sterke roep om innovatie vanuit de patiënt bemoeilijkt innovatie. Producenten in de auto-industrie zijn continu genoodzaakt hun product door te ontwikkelen, gedreven door de veranderende vraag van hun klanten. Doen ze dat niet, dan kunnen ze zich niet meer onderscheiden ten opzichte van de concurrentie. In de zorg is dat anders: ondanks de toenemende mogelijkheden om zorg (online) te vergelijken, hebben patiënten in vergelijking met andere sectoren weinig inzicht in de verschillen tussen aanbieders. De patiëntenfederatie zet zich, bijvoorbeeld op gebied van digitale zorg, wel actief in op efficiëntieverbetering, maar over het algemeen is de stem van de patiënt niet overtuigend gericht op het verhogen van efficiëntie.

Door de versnippering in de zorg en het ontbreken van vraag naar innovatie vanuit de patiënt is het veelal nodig om individuele artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners te overtuigen van de meerwaarde van een innovatie. Allemaal maken ze een afweging vanuit hun professionele autonomie. En vaak gaan ze - vanuit de macht der gewoonte of vanwege een systeem om hen heen dat al ingewikkeld genoeg is - verder met de bekende werkwijze. Zelfs als de toegevoegde waarde van een innovatie heel sterk onderbouwd is, zoals blijkt uit een publicatie over mijnIBDcoach uit 2017 in het gerenommeerde *The Lancet*³⁰, duurt het jaren voordat die innovatie echt de nieuwe standaard is geworden. Sterker nog, dat punt is anno 2021 nog niet bereikt. Door de decentrale organisatie van zorg, in combinatie met het ontbreken van een expliciete productiviteitsdoelstelling én het 'not invented here'-syndroom, gaat opschaling van innovaties traag en blijft een groot deel van de toepassingen steken op het niveau van pilots.

Ook de angst voor broodroof speelt in sommige gevallen mee bij de terughoudendheid. Zorgmedewerkers vrezen dat technologie hen overbodig maakt en dat ze daardoor hun baan verliezen³¹. Bovendien worden technologische innovaties vaak bij voorbaat afgeschoten vanuit de gedachte dat 'een robot nooit een arts of verpleegkundige kan vervangen'. Beide gevoelens en gedachten zijn begrijpelijk, maar liggen in de praktijk genuanceerder. Het zal niet snel gebeuren dat technologie de mens echt overbodig maakt in de zorg. Integendeel, onze analyses laten juist zien dat we de zorgvraag in 2040 zonder productiviteitswinst überhaupt niet kunnen bolwerken. Innovaties kunnen zorgmedewerkers wél ontlasten. Op die manier wordt het zorgproces efficiënter en productiever en het werkplezier groter.

Tot slot lijkt een deel van de terughoudendheid om zorg efficiënter en productiever te laten zijn terug te voeren tot een risico op 'opvulzorg'. Leidt meer toegankelijkheid van zorg (door meer te kunnen doen met het huidige aantal zorgmedewerkers) niet tot het ontstaan van nieuwe zorgvraag? Oftewel: is er een risico aan 'opvulzorg', of aanbodgedreven zorgvraag? Dat is natuurlijk precies wat er gebeurde in de auto-industrie: door hogere productiviteit werden auto's goedkoper, voor meer mensen toegankelijk, groeide de vraag en waren er uiteindelijk juist nóg meer medewerkers in de autofabrieken nodig. Ook in de zorg speelt dit risico, en is het goed om te monitoren of significante arbeidsbesparingen (minder ligdagen door minimaal-invasief opereren, minder tijd van de radioloog nodig door inzet van kunstmatige intelligentie, minder administratieve last voor wijkverpleegkundigen etc.) daadwerkelijk verzilverd worden of dat het wordt opgevuld door niet-nuttige zorg.

Toch kun je je afvragen of het risico op opvulzorg een reden mag zijn om geen arbeidsbesparende innovaties te realiseren. Dat wat erbij komt is lang niet altijd 'opvulling' – het kan juist ook die zorg zijn waarvoor nu steeds minder tijd is. Er is vandaag de dag bijvoorbeeld al een enorme behoefte aan extra tijd voor zorgprofessionals om het echte gesprek met patiënten te voeren om erachter te komen dat sommige problemen een betere oplossing hebben dan een medische behandeling. Het landschap wordt ook steeds complexer, en met meer partijen betrokken bij zorg voor kwetsbare ouderen ontstaat ook steeds meer noodzaak tot afstemming. Dat kan alleen als andere dingen efficiënter gaan.

Bovenal is het tekort aan zorgverleners in 2040 omvangrijk, en het risico dat de vrijgemaakte capaciteit door opvulzorg in beslag wordt genomen, lijkt daarom slechts gering. Wie alsnog bang is voor opvulzorg, kan inzetten op gerichte maatregelen (specifieke contractafspraken met verzekeraars, zorgvraagsturing, preventie, etc.) om dit fenomeen tegen te gaan.

³⁰ De Jong et. al., *Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial*

³¹ Ictivity, *Zorgmedewerkers vrezen verlies baan door digitalisering*

FINANCIERING

Figuur 16 – Financiering: versnellers en remmers



Financiering

Versnellers in andere industrieën

- Leaseconstructies helpen individuen om investeringsrisico te delen
- Subsidies maken investeringen mogelijk, daar waar algemeen belang niet in lijn is met belang van de investeerder
- Overheden delen mee in financieel risico door middel van belangen in bedrijven

Hordes in de zorg

- Financiële baten komen meestal niet ten goede aan dezelfde portemonnee als waaruit de investering wordt betaald
- Een kostenbesparing of vrijgespeelde capaciteit leidt vaak tot korten van budgetten
- Veel subsidies zijn gericht op de pilotfase, maar zijn niet toereikend om de ontwikkeling van pilot tot standaardzorg te ondersteunen

ANDERE SECTOREN FINANCIËLE CONSTRUCTIES OM RISICO'S TE DELEN EN CONSUMENTEN TE STIMULEREN

De landbouwsector laat mooie voorbeelden zien van financiële oplossingen om investeringen of risico's die te groot zijn voor één boerenbedrijf toch te kunnen dragen. Denk bijvoorbeeld aan het leasen van machines, het pachten van grond of het gebruik maken van loonwerkers. Op die manier hoeft een boer zich niet diep in de schulden te steken. Bovendien zijn risico's op het gebied van omzet gedeeltelijk afgedicht met Europese subsidies voor de landbouw. Bijna 40% van de EU-begroting gaat naar landbouwbeleid³². Subsidies zijn gebaat bij een zo gericht mogelijke inzet om marktverstoring te voorkomen. Ook daar zijn voorbeelden van in de landbouw, zoals het ontstaan van overschotten: de boterberg en de melkplas.

Het beginsel van risico's delen zien we ook terug in de auto-industrie. In veel fases in de ontwikkeling van de auto-industrie is de staat financieel betrokken geweest. In de Verenigde Staten zijn miljarden besteed om autofabrikanten te laten 'vergroenen'. Vanwege het grote maatschappelijk belang van autofabrikanten als grote werkgevers, hebben (lokale) overheden vaak een belangrijke rol bij de betreffende fabrikant. Zo is de deelstaat Nedersaksen aandeelhouder van Volkswagen. Daarmee hebben ze 20% stemrecht, delen ze in de winst maar ook in de risico's.

Ook zien we in de autowereld duidelijk het effect van financiële prikkels, vooral gericht op de consument. Met bpm (belasting op personenauto's en motorrijwielen) die afhangt van de CO2-uitstoot van auto's stimuleert de overheid zuinige auto's via de portemonnee van de autorijder. De bijtellingsregeling voor zakelijk rijders laten de overtreffende trap daarvan zien. Door de lage bijtelling zijn auto's als de Mitsubishi Outlander PHEV en de Tesla een tijd lang niet aan te slepen geweest, maar zodra die wagens 'uit de lease' gaan, verdwijnen ze veelal naar Oost-Europa.

³² Europa Nu, Europees Gemeenschappelijk Landbouwbeleid

ZORG DISBALANS IN BATEN EN LASTEN

De zorg is stukken minder financieel gedreven dan andere sectoren. Over het algemeen zijn puur financiële prikkels dan ook niet de oplossing. Wel staan financiële hobbels of zelfs negatieve prikkels het tot bloei laten komen van innovaties in de weg.

De portemonnee waaraan de baten van innovaties ten goede komen is vaak niet van dezelfde eigenaar als de portemonnee waaruit de lasten betaald moeten worden. Bijvoorbeeld: minimaal invasieve technieken hebben vaak hogere out of pocket kosten die op het OK-budget drukken, terwijl de besparing in ligdagen ten gunste komt van de zorgeenheid kliniek. Of: een geavanceerder verband is duurder voor het ziekenhuis, maar scheelt veel tijd (en dus geld) in de wijkverpleging als verwisselen daardoor minder vaak nodig is. De opgeknijpte budgetten in medische en langdurige zorg en het gemeentelijke domein maken het moeilijk om de business case van een innovatie op te stellen.

Ook in gevallen waar het gebruik van innovaties wel leiden tot een besparing van capaciteit of kosten, levert dat uiteindelijk niet altijd een voordeel op. Een vakgroep of zorgeenheid die op kosten weet te besparen wordt het jaar erop nog wel eens gekort in de begroting. En wanneer capaciteit wordt vrijgespeeld om meer omzet te behalen, volgt een berisping vanwege de begrenzingen van de zorgbudgetten. Dit strakke regime stimuleert niet om te veranderen en innoveren.

Er zijn in de zorg diverse subsidieregelingen om ontwikkeling en pilots van innovatieve toepassingen te stimuleren en te financieren. Zo zijn er diverse voorbeelden van financieringsimpulsen voor digitale zorg, of het ontwikkelen van initiatieven die personeelsbehoud aanpakken. Helaas blijft het vaak bij financiering voor deze eerste fase. De mogelijkheid om een succesvolle innovatie als nieuwe standaard op te nemen ontbreekt, omdat het niet binnen de huidige betaaltitels valt. Een innovatie sterft jong, terwijl deze met de juiste structurele financiering doorontwikkeld had kunnen worden om nog meer waarde op te leveren.

06.

BLIK VOORUIT EFFICIËNTIE IS BITTERE NOODZAAK

Een stimulerend ecosysteem is nodig om innovaties op het gebied van productiviteit tot bloei te laten komen. Alle betrokkenen spelen daarbij hun eigen belangrijke rol (zie Figuur 17). Geïnspireerd door de gesprekken met 14 experts uit het zorglandschap geven we vijf aanbevelingen om langs alle schakels de remmen om te zetten in versnellers. Door slim te investeren in arbeidsbesparende innovaties, naast de al ingezette beleidsfocus op meer handen en het afremmen van de zorgvraag, hebben patiënten toegang tot zorg – nu, en in de toekomst.

Beleidsmakers en directies: stel een doel en regisseer ons daarnaartoe

Neem een productiviteitsdoelstelling op in het hoofdlijnenakkoord en in de strategie van zorginstellingen
Gebruik een heldere en eenduidige definitie van productiviteit en maak productiviteit transparant op een website

Financiers: prikkel en beloon

Stel een herverdelingsfonds op, met gegarandeerde uitbetaling voor zorgverleners die hogere kosten maken om op een andere plek arbeidsbesparing te realiseren



Zorgverleners en patiënten: kies voor versnelling

Kies elk jaar vijf innovaties die doorgevoerd moeten worden en promoot net zolang tot deze de nieuwe gouden standaard zijn

Publieke en private partijen: bundel jullie krachten

Stel vijf werkgroepen samen, elk gericht op een eigen ziektegroep, bestaande uit publieke en private partijen, met als doel om innovaties te ontwikkelen en/of op te schalen.

Toeziethouders: stimuleer en faciliteer

Neem productiviteit op als aanvullend toetsingscriterium voor nieuwe innovaties
Ontwerp een route voor vervroegde toelating om innovaties in de praktijk door te ontwikkelen

1. Beleidsmakers en directies: Stel een doel en regisseer ons daarnaartoe

Neem een productiviteitsdoelstelling op in het hoofdlijnenakkoord, bijvoorbeeld: 'Om de toegankelijkheid van zorg voor onze patiënten ook de komende tien jaar te garanderen, werken we actief aan het vergroten van de efficiënte inzet van onze schaarse zorgmedewerkers. We stellen ons tot doel om in 2030 door de inzet van innovatieve manieren van zorgverlening 30% meer patiënten te helpen met hetzelfde aantal zorgverleners als nu.'

Maak daarbij gebruik van een heldere en eenduidige definitie van efficiëntie. Bijvoorbeeld: aantal fte aan zorgmedewerkers per QALY. Maak een landelijke website waarop efficiëntie inzichtelijk is, net zoals bestaat voor kwaliteit van zorg, en die zorgaanbieders stimuleert om van elkaar te leren.

Neem tot slot productiviteitsdoelstellingen op in de strategie van zorginstellingen, bijvoorbeeld: 'We beseffen ons dat om te voorkomen dat wachtlijsten oplopen, arbeidsbesparende innovaties nodig zijn. We gaan aan de slag om de komende vijf jaar ieder jaar drie projecten tot een succes te maken die elk een productiviteitsverbetering van minstens 25% hebben. Daarmee streven we naar een gemiddelde jaarlijkse productiviteitsverbetering van ten minste 2% in de hele organisatie.'

Hét startpunt om met arbeidsbesparende innovaties echt impact te realiseren, is door niet langer te schromen dit als expliciete doelstelling uit te spreken. Formuleer een stip aan de horizon die inspireert én uitdaagt. Die specifiek is én meetbaar. Dergelijke expliciete doelstellingen horen thuis op alle niveaus in het zorgstelsel. Bijvoorbeeld in de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden, maar ook in de strategie van een ziekenhuis of de HR-plannen van een ouderenzorgorganisatie. Door te inspireren en uit te dagen leiden beleidsmakers en directies ons de weg naar nieuwe arbeidsbesparende innovaties.

2. Publieke en private partijen: Bundel jullie krachten

Stel vijf werkgroepen samen, elk gericht op een eigen ziektegroep. Elke werkgroep bestaat uit publieke organisaties (Zorginstituut, NZA, verenigingen van medisch specialisten, ziekenhuizen en instanties voor langdurige zorg), patiënten-organisaties en private partijen. Tot aan 2025 werken deze partijen samen aan het ontwikkelen en opschalen van nieuwe arbeidsbesparende innovaties en kwaliteitsverbeteringen in de gehele patient journey.

Om de ontwikkeling van innovaties in de zorg in een stroomversnelling te brengen is het belangrijk om de krachten te bundelen. Aan goede ideeën is geen gebrek, maar door vanaf de beginfase samenwerking te zoeken tussen private en publieke partijen én gebruikers van zorg kunnen initiatieven veel sneller van de grond komen. Dit is in het bijzonder van belang bij innovaties die helpen om processen te verkorten of vereenvoudigen. Juist wanneer innovatieve partijen zoals bedrijven of universiteiten nauw samenwerken met het primaire proces ontstaat een optimaal klimaat voor creativiteit en innovatie.

Het bundelen van krachten vraagt een andere mindset. Van de landbouw en de auto-industrie kunnen we leren hoe waardevol het is om private partijen te zien als volwaardig en betrouwbaar partner. Maar niet alleen bij publieke partijen is een verandering in mindset nodig. Een betere toegang voor private partijen tot de markt vraagt ook om transparantie over kwaliteit, uitkomsten en kosteneffectiviteit van zorg. Bedrijven kunnen samenwerkingen stimuleren door sterker in te zetten op het aantonen van de waarde van innovaties in de praktijk, en deze transparant te maken voor het brede stakeholderveld dat hier belang bij heeft.

3. Toezichthouders: Stimuleer en faciliteer

Neem productiviteit op als onderdeel van de toetsingscriteria voor nieuwe innovaties. Toets niet alleen op EUR per QALY, maar ook op fte aan zorgmedewerkers per QALY.

Ontwerp daarnaast een route voor vervroegde toelating (early access pathway) en vergoeding om innovaties in de praktijk door te ontwikkelen. Zorg voor heldere criteria, een transparant proces en frequente informatie-uitwisseling met de innoverende partijen³³.

Om productiviteitsverhogende innovaties in de praktijk te kunnen brengen moet de productiviteitsdoelstelling allereerst worden vertaald in een meetbaar streefdoel. De SROI-methode biedt inspiratie: ook hier wordt efficiëntie meegenomen als uitkomstmaat.³⁴ In het proces tot toelating van nieuwe producten of processen is tijdsbesparing een onmisbare aanvulling op andere toetsingscriteria, waaronder kwaliteit en veiligheid. Regulering kan niet alleen faciliteren dat innovaties worden ingevoerd, maar ook een belangrijke bijdrage leveren aan het versnellen van de ontwikkeling. Beleidsmakers en toezichthouders kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het versnellen van innovaties. De mogelijkheid om nieuwe ideeën in een relatief vroeg stadium op een veilige manier in de praktijk uit te proberen zorgt voor een snelle leercurve. Door omstandigheden te creëren waarbinnen die proeven mogelijk (en gefinancierd) zijn, kunnen innovaties sneller en beter doorontwikkeld worden.

4. Zorgverleners en patiënten: Kies voor versnelling

Kies binnen de beroepsvereniging elk jaar vijf bestaande innovaties die dit jaar nog doorgevoerd moeten worden. Nodig patiënten uit en formuleer gezamenlijk een helder statement over de voordelen voor de patiënt én de efficiëntie van het zorgproces. Promoot net zolang tot deze innovaties de nieuwe gouden standaard zijn in de Nederlandse zorg.

Als we de huidige organisatie van het Nederlandse zorgsysteem met de bijbehorende versnippering zien als een gegeven, zit de oplossing om innovaties sneller grootschalig toe te passen niet in verplichting maar in bewuste keuze. Daarvoor is een lonkend perspectief nodig voor zorgverleners. Hoe ziet het werk eruit over vijf jaar na toepassing van arbeidsbesparende innovaties? Hoeveel stress en werkdruk kan dat verminderen? Hoeveel meer tijd voor de patiënt kan dat opleveren? Hoeveel meer kwaliteit én meer werkplezier? Innoveren en efficiëntie verhogen is voor

³³ EMA, adaptive pathways

³⁴ Zorg+Welzijn, Social Return on Investment laat maatschappelijke waarde zien: winst maken met sociaal werk

de zorgverlener geen last, maar juist een lust. Arbeidsbesparende innovaties kunnen enorme voordelen hebben voor patiënten. Waar bijvoorbeeld telemonitoring van chronisch zieken door sommigen wordt gezien als 'zorg op afstand', wellicht in te brengen als een argument tegen deze vorm van schaalvergroting, ervaren patiënten dat misschien juist als 'zorg dichtbij'. Het gedeelde perspectief kan heel verhelderend zijn.

Het verhogen van productiviteit is in het belang van zorgverlener én patiënt. Het zou waardevol zijn wanneer ook belangenverenigingen dit als doel zouden uitdragen. Als de vertegenwoordigers van bijvoorbeeld specialisten of verpleegkundigen sterker uitdragen wat de waarde van bepaalde innovaties is, hoeft niet ieder individu zelf die afweging elke keer te maken. Patiëntenverenigingen kunnen bovendien nog luidruchtiger eisen dat productiviteitsinnovaties bovenop de agenda staan. Zonder deze innovaties staat de toegang tot zorg op termijn immers op de tocht.

5. Financiers: Prikkel en beloon

Stel een herverdelingsfonds op, analoog aan het vereveningsfonds of een clearinghouse in de financiële sector. Garandeer uitbetaling voor zorgverleners die hogere kosten maken om op een andere plek arbeidsbesparingen te realiseren. Het fonds neemt de verantwoordelijkheid om de besparingen bij andere afdelingen of instellingen te verzilveren en verdere transitieafspraken te maken. Start met een aantal prominente ziektebeelden.

Financiering is in de zorg niet de enige drijvende kracht achter innovatie, maar wel het sluitstuk om het ecosysteem werkend te krijgen. Bovendien fungeert het ontbreken van financieringsstructuren voor zorg die wel geleverd wordt als een handrem voor innovatie. Toegankelijkheid van zorg is per definitie niet een kwestie van een individuele partij of patiënt, het is een collectief belang. Door de versnippering van het zorgveld strookt dit collectieve belang lang niet altijd met de belangen van de partij waar de investering gedaan moet worden. Het is zaak om de juiste prikkels in te richten om de business case van arbeidsbesparende innovatie sluitend te krijgen. Een goed voorbeeld zien we terug in het wetsvoorstel voor samenwerking tussen zorgdomeinen wlz, zvw en wmo³³, waarin communicatie tussen budgetten mogelijk wordt.

Verzekeraars kunnen een rol spelen door transparantie over productiviteit te eisen bij aanbieders, projecten te ondersteunen, besparingen tussen zorgdomeinen over te hevelen en succesvolle verbeterinitiatieven te belonen. Op hoger niveau zijn de hoofdlijnenakkoorden hiervoor het geijkte instrument – het opnemen van een doelstelling over productiviteit kan helpen om het gesprek aan de individuele onderhandelstafels te ondersteunen.

Wanneer innovatieprikkels niet binnen de reguliere marktmechanismen sluitend te krijgen zijn kunnen gerichte subsidies helpen, zoals ook bij de Juiste Zorg op de Juiste Plek is gebeurd. Daarbij is het wel belangrijk dat niet alleen pilots worden gefinancierd, maar al bij aanvang wordt uitgewerkt over hoe deze bij succes de standaard kunnen worden gemaakt - en als zodanig betaald.

³³ <https://www.internetconsultatie.nl/domeinoverstijgendesamenwerking>

07. I OVER DEZE PUBLICATIE

Deze publicatie is het resultaat van een coproductie van Gupta Strategists en Edwards Lifesciences. We hebben de krachten gebundeld en gelijkgerichtheid opgezocht. Allebei willen we namelijk innovaties in de zorg helpen versnellen, waar uiteindelijk patiënten én de maatschappij de vruchten | van plukken.

Voor deze publicatie interviewden we 14 experts binnen de gezondheidszorg (zie bijlage). Daarnaast zijn verdere inzichten naar voren gekomen bij gesprekken die Gupta Strategists en Edwards Lifesciences met regelmaat voeren met diverse stakeholders, waaronder VWS. De tekst in deze publicatie is geenszins bedoeld als exacte weergave van de bijdrage van individuele betrokkenen. De inzichten uit de gesprekken en discussies met deze betrokkenen hebben de tekst echter op vele punten verrijkt. Wij bedanken iedereen voor hun belangeloze bijdrage.

OVER GUPTA STRATEGISTS EN EDWARDS LIFESCIENCES

Gupta Strategists is een onafhankelijk adviesbureau voor organisaties in de zorgsector, in binnen- en buitenland: “Voor alles wat we doen geldt: het moet de zorg aantoonbaar beter maken. Kenmerkend aan onze werkwijze is dat we inhoudelijk, diepgaande kennis op creatieve wijze combineren met een praktische insteek.” Nienke Visser, Lisa Vogelpoel en Daan Livestro voerden analyses uit, hielden interviews en schreven de tekst van deze publicatie. Edwards Lifesciences is wereldwijd marktleider op het gebied van patiëntgerichte innovaties voor hartklep-aandoeningen en hemodynamische monitoring. “Wij worden gedreven door een passie voor patiënten. We werken samen met artsen en stakeholders in het hele zorglandschap. Met de toenemende vergrijzing van de bevolking zien wij het als onze verantwoordelijkheid om het leven van mensen te helpen verbeteren en bij te dragen aan het creëren van een duurzamere samenleving. Wij innoveren voortdurend om levensbedreigende ziekten aan te pakken, actief en gezond ouder worden mogelijk te maken en de gezondheidszorgsystemen te transformeren door het bieden van efficiënte levensreddende behandelingen.” Ward Bijlsma en Pascal Candolfi hielden interviews en verzamelden gegevens over innovaties op het gebied van hart- en vaatziekten. Edwards Lifesciences financierde de totstandkoming van deze publicatie.

CONTACT EN SAMENWERKING

Het doel van deze publicatie is om iedereen die bezorgd is over de toekomst van ons zorgsysteem te inspireren, een spiegel voor te houden én perspectief te bieden. We gaan graag in gesprek en samen met anderen aan de slag. U kunt daarvoor contact opnemen met:

- **DAAN LIVESTRO, PARTNER BIJ GUPTA STRATEGISTS**
DAAN.LIVESTRO@GUPTA-STRATEGISTS.NL
+31 6 23 85 28 54
- **WARDS BIJLSMA, COUNTRY DIRECTOR BENELUX BIJ EDWARDS LIFESCIENCES**
WARD_BIJLSMA@EDWARDS.COM
+31 6 52 74 12 78

I BRONNEN

- NZa, Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor verwijzingen naar de medisch-specialistische zorg en inzichten uit Zorgbeeld, 3 februari 2021
- Gupta Strategists, In de slipstream van corona: en secundaire crisis in de zorg, 24 maart 2020
- RIVM, Volksgezondheid Toekomst Verkenning, 2018
- SER, Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van zorg, 2020
- De juiste zorg op de juiste plek (<https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/>)
- Zorgevaluatie gepast gebruik (<https://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl/>)
- Nationaal preventieakkoord (<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gezondheid-en-preventie/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord>)
- NZa en Zorginstituut, Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú; actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg, november 2020
- Actieprogramma werken in de zorg (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>)
- WHO, Global burden of disease database (<https://healthdata.org/gbd/data>)
- Sheiner et. al., Measuring productivity in healthcare: an analysis of the literature (2016)
- Isala Klinieken, Resultaat proef met telemonitoring voor COPD-patiënten (<https://www.isala.nl/nieuws/telemonitoring-copd-patienten-wint-isala-s-kwaliteitsprijs/>)
- UMC Utrecht, 'Tijd in de MRI-scanner verkort tot vijf minuten', 27 februari 2020 (<https://www.umcutrecht.nl/nieuws/tijd-in-de-mri-scanner-verkort-tot-vijf-minuten>)
- Medeiros et.al., Laparoscopic versus open cholecystectomy: complications and costs, Journal of surgical and clinical research (2013)
- Philips, Calculating the value of a tele-ICU investment, 2018
- Lilly et. al., Hospital Mortality, Length of Stay, and Preventable Complications Among Critically Ill Patients Before and After Tele-ICU Reengineering of Critical Care Processes, JAMA (2011)
- Landelijke huisartsenvereniging, Kerncijfers huisartsenzorg (<https://www.lhv.nl>)
- De Groene Amsterdammer, 'Op digitaal consult', 22 april 2020 (<https://www.groene.nl/artikel/op-digitaal-consult>)
- Health Information and Quality Authority, Health Technology Assessment of transcatheter aortic valve implantation (TAVI) in patients with severe symptomatic aortic stenosis at low and intermediate risk of surgical complications, November 2019
- A.A.A. de la Bruhèze, H.W. Lintsen, A. Rip & J.W. Schot, Techniek in Nederland in de twintigste eeuw. Deel 3. Landbouw, voeding, 2000
- Volkswagen Group, Jaarverslagen, 1950 - 2019
- J.P. Womack, D.T. Jones & D. Roos, The machine that changed the world, 2007
- Commissie Werken in de zorg, Advies over Sociale en technologische innovatie, 2020
- Rathenau Instituut, Totale Investerings in Wetenschap en Innovatie 2017-2023
- Vereniging Innovatieve Geneesmiddelen, 'Geneesmiddelen in Nederland steeds later beschikbaar', 7 juli 2020
- MJ de Jong et al. Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial, The Lancet (2017)
- Ictivity, Onderzoek onder medewerkers gezondheidszorg (<https://www.icthealth.nl/nieuws/zorgmedewerkers-vrezen-verlies-baan-door-digitalisering-robotisering/>)
- Europa Nu, Europese Gemeenschappelijk landbouwbeleid (GLB) (https://www.europa-nu.nl/id/vg9pir5eze8o/landbouwbeleid_glb)
- EMA, Adaptive Pathways (<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/adaptive-pathways>)
- Zorg+Welzijn, 'Social return on investment laat maatschappelijke waarde zien' (<https://www.zorgwelzijn.nl/social-return-on-investment-laat-maatschappelijke-waarde-zien-winst-maken-met-sociaal-werk-zwz012566w/>)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking, 1 maart 2020
- Nederlandse hartregistratie, NHR Rapportage, 2020
- Mack et. al., Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients, The New England journal of medicine (2019)
- De Nederlandse Hartstichting, Informatie over de hartklepoperatie (<https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/behandelingen/hartklepoperatie>)
- A. Wood et. al. , The Vancouver 3M study, Cardiovascular interventions (2019)
- Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de zorg, 27 529, nr. 218 (inclusief bijlage 2, Nadere toelichting actielijnen innovatie en zorgvernieuwing)

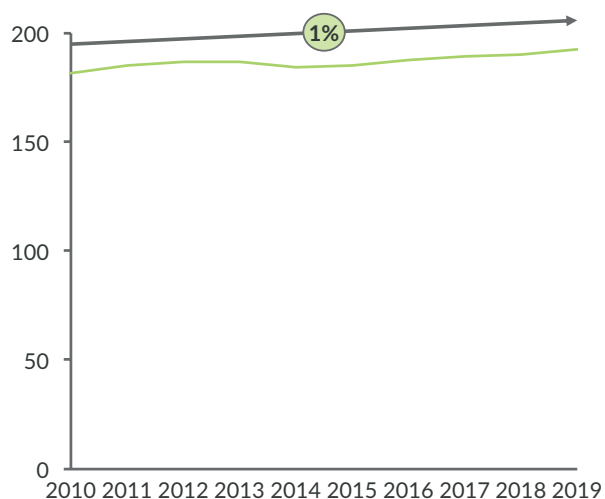
I BIJLAGEN

Bijlage 1

Figuur 18 – Methode 1: aantal werknemers en productie van ziekenhuizen

Methode 1

Werknemers in Nederlandse ziekenhuizen
[fte x 1.000]



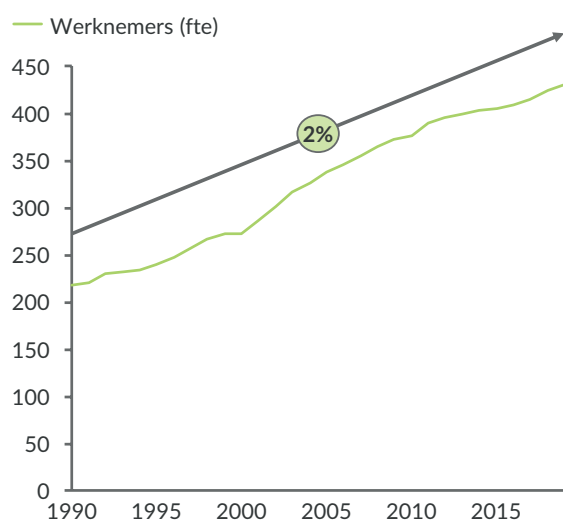
Productie in Nederlandse ziekenhuizen
[patiënteenheden x 1 mln]



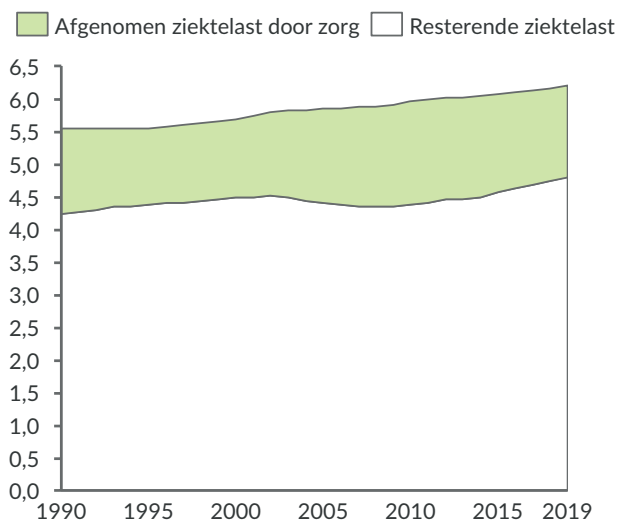
Figuur 19 – Methode 2: aantal zorgwerknemers en afname ziektelast³⁵

Methode 2

Werknemers in de Nederlandse gezondheidszorg
[fte x 1.000]



Resultaat gezondheidszorg
[Afgenomen ziektelast in DALY]

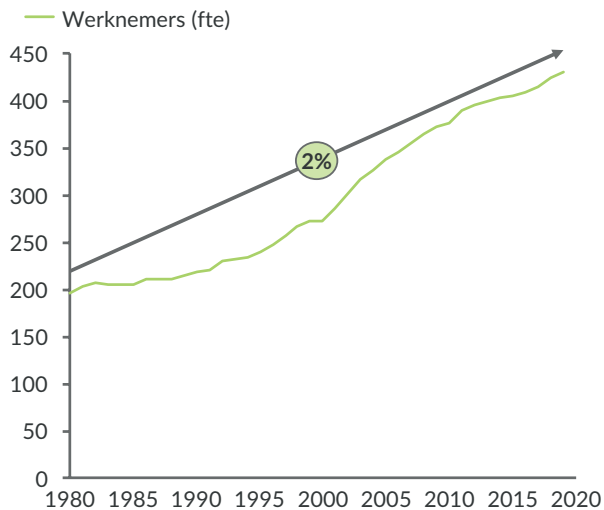


³⁵ Afname ziektelast als gevolg van gezondheidszorg berekend door DALY's in Nederland te vergelijken met DALY's in een situatie zonder goed functionerend zorgsysteem, gebaseerd op analyse tussen verschillende landen ter wereld

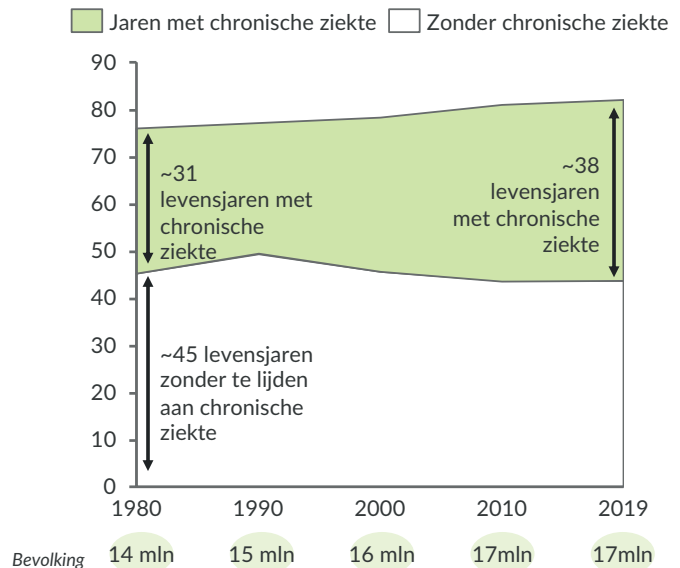
Figuur 20 – Methode 3: aantal zorgwerknemers en levensverwachting met chronische ziekte

Methode 3

Werknemers in de Nederlandse gezondheidszorg [fte x 1.000]

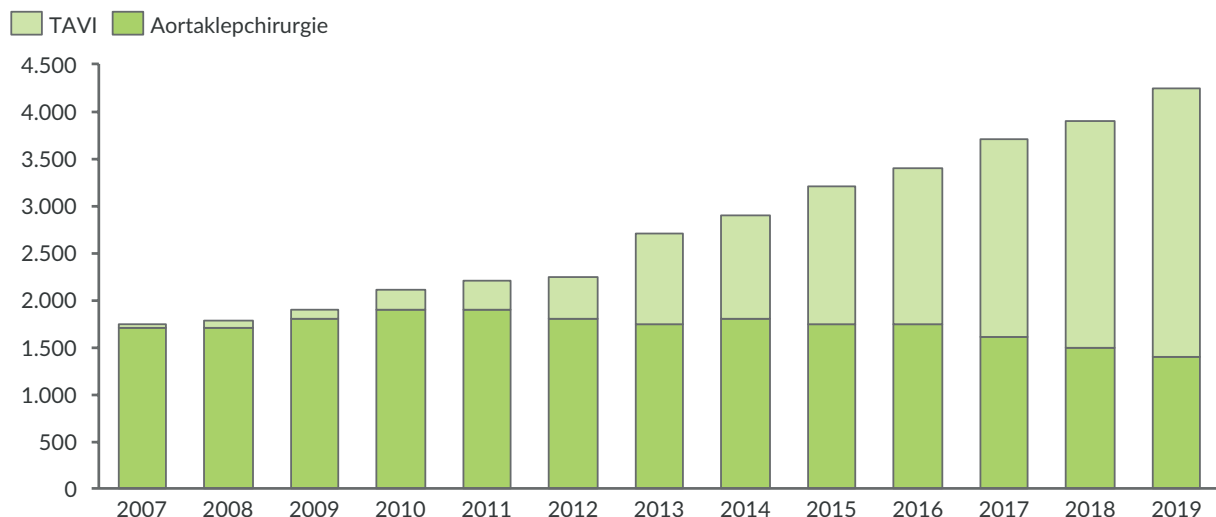


Levensverwachting in Nederland [gemiddeld aantal jaar, geboortjaar]



Figuur 21 - Het aantal patiënten behandeld met TAVI is de afgelopen jaren geleidelijk toegenomen³⁶

Behandeling van aortakleplijden in Nederland [aantal behandelde patiënten]



³⁶ Nederlandse Hartregistratie (NHR)

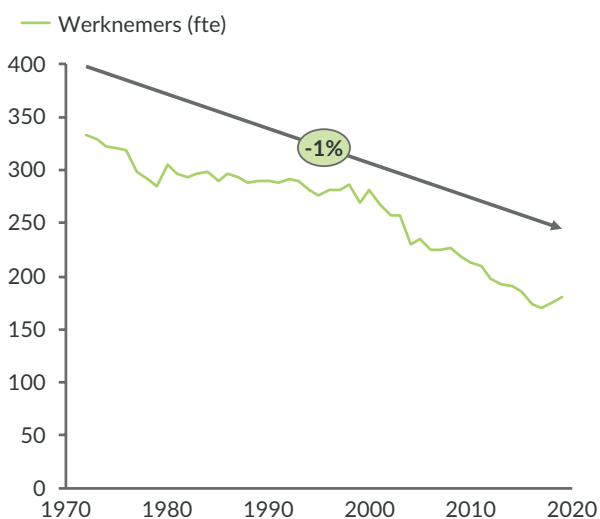
Figuur 22 – TAVI heeft onder andere een kortere ligduur, verblijfsduur en IC-opname ten opzichte van traditionele openhartoperaties³⁷

Vergelijking van factoren onderliggend aan arbeidsintensiteit

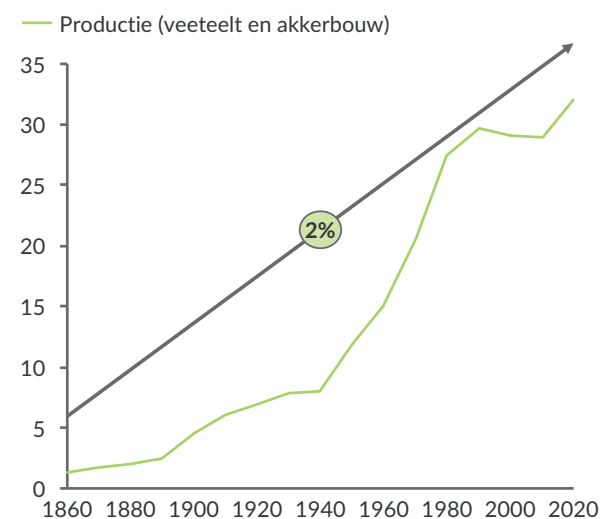
Factoren van invloed op arbeidsintensiviteit	TAVI	Aortaklepvervangings (open hart)
Duur ingreep 	58 minuten	210 minuten
Verblijf op IC 	2 uur	72 uur
Verblijf in ziekenhuis 	1 - 3 dagen	5 - 10 dagen
Kans op niet thuis herstellen 	0.6%	7.5%
Kans op heropname 	7.2%	11%

Figuur 23 – Aantal werknemers in de landbouw is gedaald, terwijl productie is gestegen

Werknemers in landbouw in Nederland [fte (x 1.000)]



Landbouwproductie in Nederland [product (x 1 mld kg)]

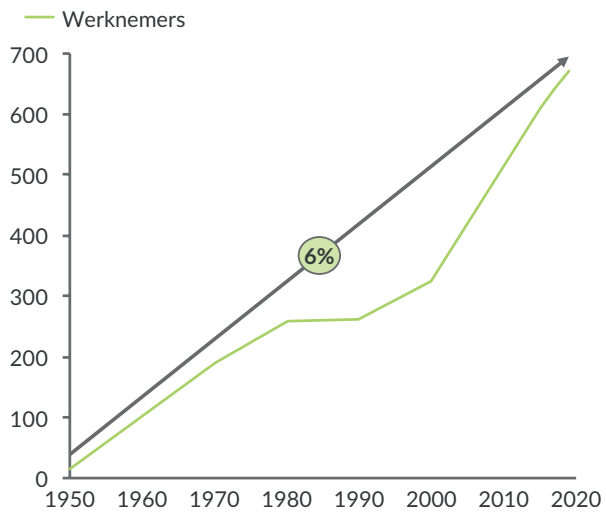


³⁷ Mack et. al., Transcatheter or Surgical Aortic Valve Replacement in Low-Risk Patients; De Nederlandse Hartstichting; A. Wood et. al., The Vancouver 3M study; Analyse op basis van expert opinie

Figuur 24 – Aantal werknemers Volkswagen is gestegen, maar productie is nog harder gestegen

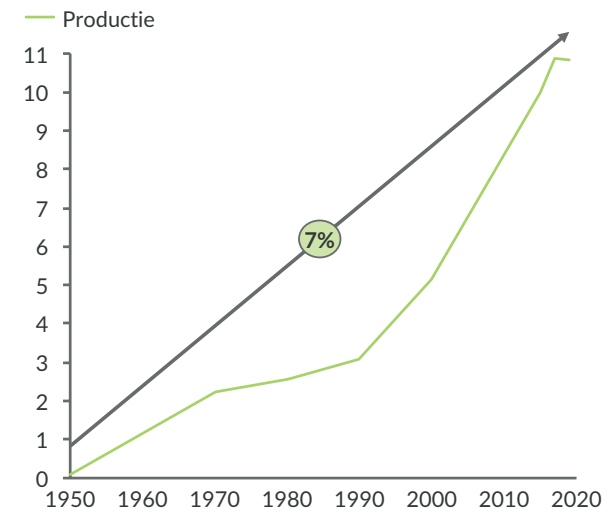
Werknemers Volkswagen

[werknemers (x1.000) Volkswagen Group per 31/12]



Productie Volkswagen

[aantal geproduceerde voertuigen (x 1 mln)]



IN DE DIENSTVERLENING DOET DE KLANT HET ZELF

In de landbouw en de auto-industrie namen grote machines in de afgelopen eeuw het zware werk van de medewerker over, waardoor opbrengsten per medewerker verveelvoudigden. Maar ook in de dienstverlening is de productiviteit in de afgelopen 30 jaar flink gestegen. Steeds minder medewerkers zijn nodig om dezelfde (of zelfs grotere) hoeveelheid diensten te leveren. Maar in plaats van grote machines heeft in dit geval de klant, ondersteund door digitale technologie, zélf het werk van de medewerker overgenomen.

Een goed voorbeeld zien we in de reisbranche. Nog maar relatief korte tijd geleden was er veel meer personeel nodig om een reis te organiseren. Bij een treinreis kocht je een kaartje bij een medewerker op het station en liet je dit controleren door de conducteur. Voor het boeken van een vliegvakantie ging je naar een fysiek reisbureau. En op het vliegveld assisteerde een baliemedewerker bij het inchecken en het afgeven van bagage. Deze voorbeelden laten een wereld van verschil zien ten opzichte van nu: sinds introducties van de OV-chipkaart, online boeken en inchecken is een reiziger veel minder afhankelijk van personeel.

Een ander voorbeeld is de financiële dienstverlening. Vroeger was tussenkomst van een medewerker voor allerlei financiële diensten noodzakelijk. Denk bijvoorbeeld aan het openen van een rekening, het aanvragen van een hypotheek, of zelfs voor het overschrijven en opnemen van contant geld. Voor al deze diensten was de klant aangewezen op de hulp van een medewerker, tijdens een bezoek aan een fysiek bankkantoor. Die situatie is nu nog nauwelijks denkbaar. De toenemende digitalisering van dienstverlening stelt de klant in staat om de meeste bankzaken direct te regelen, zonder tussenkomst van personeel. Productiviteit is dusdanig toegenomen dat een groot deel van de bankkantoren gesloten kon worden, zonder af te doen aan de kwaliteit van de dienstverlening.

Bieden deze voorbeelden ook perspectief voor de zorg? Wanneer een patiënt meer delen van het zorgproces zelf zou kunnen doen, zou dat betekenen dat er minder zorgpersoneel nodig is. Verschillende voorbeelden laten zien dat dit nu al kan. Voorafgaand aan het polikliniekbezoek beschrijft een patiënt zelf alvast zijn klachten in een digitale vragenlijst. Bij aankomst in het ziekenhuis vindt hij zelf zijn weg met behulp van het interactieve informatiebord, zonder de baliemedewerker te hoeven aanspreken. En in plaats van regelmatig terugkomen op controle, kan de diabetespatiënt thuis zelf zijn bloedsuikerwaarden prikken. Dit zijn allemaal voorbeelden waarin een onderdeel van het zorgproces door de klant wordt overgenomen. Maar het kan nog extremer: met behulp van e-healthprogramma's in de GGZ kan een cliënt soms van begin tot eind geholpen worden, zonder direct contact met een zorgverlener. Toch zijn dit allemaal voorbeelden op relatief kleine schaal. Het overgrote deel van de zorg wordt nog steeds verleend door zorgpersoneel en een grotere rol voor de patiënt is soms moeilijk voorstelbaar.

In de dienstverlening werkten twee belangrijke ontwikkelingen versnellend voor de toenemende rol van de klant: de klant moet zelf kunnen beschikken over informatie én rechtstreeks toegang hebben tot transactiesystemen. Als we dit vertalen naar de zorg, dan is het kunnen beschikken over de eigen medische gegevens en het slim gebruiken van andere (waar nodig anonieme) patiëntgegevens cruciaal. Dit zou de patiënt in staat stellen om met meer informatie eigen keuzes over zijn gezondheid te maken. Bovendien stelt het artsen in staat om meer te doen aan populatiemanagement, in plaats van het behandelen van individuele gevallen. Hoe meer digitalisering en beschikbaarheid van gegevens mogelijk worden in de zorg, des te groter de rol voor de patiënt in zijn eigen zorgproces kan worden.

BESTAAND BELEID OVER ZORGINNOVATIE

De noodzaak voor investeren in innovatie om de kwaliteit, betaalbaarheid, en toegankelijkheid van het gezondheidssysteem te verbeteren is niet nieuw. Het is onderdeel van het huidige beleid van het ministerie van VWS. Opvallend genoeg is een groot deel van het dit beleid gericht op digitale zorg. Digitaal lijkt een doel, in plaats van een middel om zorgprocessen efficiënter in te richten. Het gevaar is dat we hiermee het potentieel van andere zorginnovaties onvoldoende herkennen. Toch kan het beleid voor stimuleren en opschalen van digitale zorg inspiratie bieden voor een breder innovatiebeleid. In deze bijlage geven we een overzicht van de lopende initiatieven die - op vijf verschillende manieren - digitale zorg stimuleren.

1. Innovatoren ondersteunen

- **Zorg voor Innoveren** is een samenwerking tussen VWS, het Zorginstituut, NZa, ZonMw en Raad voor Ondernemend Nederland waarmee zorginnovatoren de weg wordt gewezen in het zorglandschap. Het programma is later uitgebreid met praktische hulp en ondersteuning, bijvoorbeeld coaching bij implementatie en opschaling.

2. Inkoop van digitale zorg bevorderen

- VWS maakt, in context van de hoofdlijnenakkoorden, afspraken met koepelorganisaties en zorgverzekeraars over digitale zorg in de zorginkoop. Met behulp van de **e-healthmonitor** monitort VWS de voortgang van deze afspraken.

3. Patiënten en professionals enthousiasmeren

- Het **Vliegwiel voor digitale innovatie in de zorg** is een samenwerking tussen patiëntenorganisaties, verzekeraars en zorgaanbieders. De coalitie werkt als katalysator om bewezen effectieve digitale zorginnovaties op te schalen.
- **Zorg van Nu** en de **Slimme Zorg Estafette** zijn initiatieven om slimme zorgoplossingen te delen en bekend te maken bij een breder publiek.

4. Belemmeringen wegnemen

- De NZA heeft de mogelijkheid om digitale zorg te kunnen vergoeden verruimd
- De **ZorgZandbak** (gebaseerd op de Sandbox-methode) is een initiatief van het Zorginstituut om te leren hoe digitale zorgvormen grootschalig landelijk geïmplementeerd kunnen worden. kansrijke
- ZonMW gebruikt het programma **Actieonderzoek Innovatieve Zorg** om kennis te ontwikkelen over innoveren in de zorg, met als doel om innovaties beter aan te laten sluiten bij behoeften van patiënten.
- In de taskforce **Samen Vooruit** werken ICT-leveranciers samen om uitdagingen voor de digitale infrastructuur in de zorg aan te pakken. Dit is één van de voorbeelden van initiatieven waarin verbinding wordt gelegd voor publiek-private samenwerking tussen industrie, werkgevers en private financiers. In "Samen Vooruit" werken ICT-leveranciers samen voor inrichting van digitale infrastructuur in de zorg.
- **Digicoaches** helpen zorgmedewerkers en burgers om digitale vaardigheden te vergroten

5. Digitale zorg opnemen in bestaande programma's

- Digitale zorg wordt een van de focuspunten voor de volgende fase van de **Juiste Zorg op de Juiste plek**.

OVERZICHT VAN INTERVIEWS MET EXPERTS

Anke Vervoord

Directeur Harteraad

Annelien Bredenoord

Hoogleraar ethiek van biomedische innovatie en Eerste Kamerlid namens D66

Bart van Bruggen

Adviseur patiëntbelang, Patiëntenfederatie Nederland

Caroline Emmen

Directeur Nefemed

Fenna Heyning

Zorginnovator en directeur Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ)

Hayke Veldman

Tweede Kamerlid namens VVD

Jan Kremer

Hoogleraar patiëntgerichte innovatie, Radboud Universitair Medisch Centrum.

Jan Tebbens

Projectmanager digitale zorg, Menzis

Jasper Levink

Directeur ttopstart

Marco Bloemendaal

Marketing manager wondproducten, ConvaTec

Marjan Kaljouw

Voorzitter Nederlandse Zorgautoriteit

Nico van Meeteren

Directeur Topsector Life Sciences and Health

Robert Wisse

Oogarts, Universitair Medisch Centrum Utrecht en medisch adviseur, Eassee

Xander Koolman

Hoogleraar health economics, Vrije Universiteit Amsterdam

