

innovatieplatform werkdokument

Probleemanalyse Nederlandse Gezondheidszorg

Conceptversie 1.0 > 15 oktober 2007

Dit werkdokument bevat een voorlopige probleemanalyse van de Nederlandse gezondheidszorg. De projectgroep Zorg van het Innovatieplatform nodigt het veld uit om voor 14 november 2007 aanvullingen en aanscherpingen te sturen aan www.nederland-innoveert.nl.

Dit document is opgesteld door de projectgroep Zorg van het Innovatieplatform. Dit is een samenwerking tussen de interdepartementale directie Kennis en Innovatie en het Innovatieplatform en bestaat uit:

Piet de Bekker	ministerie van VWS
Marcella Petri	ministerie van EZ
Laura Vis	Senter Novem
Menno Horning	Senter Novem
Jos Lely	ministerie van OCW
Jeannette de Ridder	ministerie van OCW
Erwin Maathuis	ministerie van LNV
Martin Jurgens	projectbureau Innovatieplatform
Barbara van der Linden	projectbureau Innovatieplatform

Waarom deze analyse?

Innovatie in de zorg is dé sleutel tot een houdbare zorg. Dat stelt het kabinet in het coalitieakkoord, het Beleidsprogramma en recente brieven van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Kamer. Innovatie vormt een vitaal onderdeel van de politieke agenda. Pijler 2 van het coalitieakkoord is glashelder en ambitieus: zorgen voor een innovatieve, concurrerende en ondernemende economie. Het kabinet Balkenende IV heeft deze ambities uitgebreid naar innovatie in de maatschappelijke sectoren: water, onderwijs en gezondheidszorg. Deze analyse gaat over de Nederlandse gezondheidszorg.

Het Innovatieplatform

Het Innovatieplatform (IP) biedt het kabinet ideeën en adviezen, vanuit een onafhankelijke rol en op basis van hechte verbindingen met de samenleving. Het IP bestaat uit sleutelspelers uit het bedrijfsleven, de wetenschap en de overheid. Het platform is de aanjager van innovaties en de bedenker van principes, onderwerpen en condities. Doel: het versnellen van innovatie in de zorg door de belangrijkste belemmeringen weg te nemen en de versnellers te faciliteren. Het IP analyseert de belemmeringen en kansen, adviseert over de aanpak daarvan en oefent politiek en maatschappelijk druk uit om verandering tot stand te brengen.

Kennis en Innovatie

Het IP werkt in de projectgroep Zorg samen met de interdepartementale programmadirectie Kennis en Innovatie (KenI). Deze directie is door het kabinet ingesteld om het project Nederland Ondernemend Innovatieland (NOI) uit te voeren. Hiermee wil het kabinet de concurrentiekracht vergroten en maatschappelijke vraagstukken aanpakken. Omdat deze beleidsthema's niet in één departement zijn op te lossen, is gekozen voor een overheidsbrede

aanpak. Het werk van deze interdepartementale directie is aanvullend op het werk van afzonderlijke departementen en organisaties, zoals kennisinstellingen.

Innovatieagenda

Het IP en K en I gaan een maatschappelijke innovatieagenda voor de zorg opstellen. Daarvoor wordt eerst gezamenlijk een probleemanalyse voor de zorg gemaakt. Bij de probleemanalyse voor het thema zorg zijn vier ministeries betrokken: VWS, EZ, OCW en LNV. De probleemanalyse bevat de volgende onderdelen:

- Een SWOT-analyse over de belangrijkste maatschappelijke opgaven, de sterktes en zwaktes van de Nederlandse gezondheidszorg, de meest urgente innovatiebelemmeringen en de kansen voor verbeteringen.
- Een lijst van de belangrijkste uitdagingen voor de zorg in de komende jaren: de gebieden die belangrijk zijn voor het bepalen van de innovatieagenda
- Een inventarisatie van de belangrijkste initiatieven die al bestaan op de terreinen waar de belangrijkste uitdagingen liggen

Dit werkdokument gaat over het eerste onderdeel, de SWOT-analyse. Het is het resultaat van een brainstorm en bureau- en literatuurstudie, gebruikmakend van informatie van het IP en KenI.

Wat zijn de trends en de uitdagingen?

Zoals in andere maatschappelijke thema's als onderwijs, energie en water staat ook de Nederlandse gezondheidszorg de komende jaren een aantal forse uitdagingen te wachten. De huidige structuren en werkwijzen zijn niet toereikend om deze het hoofd te kunnen bieden. Een aantal recente rapporten en nota's geeft glashelder aan waar de uitdagingen voor de zorg liggen (1-20).

Meer ouderen

Nam Nederland enkele decennia geleden nog een topositie in wat betreft levensverwachting, inmiddels zijn we afgezakt naar de Europese middenmoot. Recent scoorde Nederland een 11e plaats in een internationale vergelijking op gezondheidsuitkomsten, achter landen als Italië, Frankrijk en Spanje.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen blijven bovendien onverminderd groot. De bevolking vergrijsst en daardoor stijgt de behoefte aan zorg. In 2030 zal 25% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar (in 2000: 13%). Het beschikbare personeel zal niet evenredig mee stijgen. Bij ongewijzigd beleid zal in 2030 maar liefst 25% van de bevolking in de zorg moeten werken om aan de vraag tegemoet te komen. Het is niet realistisch om te verwachten dat dit zal gebeuren. Nog een trend: de zorguitgaven zullen komende jaren stijgen, niet alleen door deze demografische ontwikkeling maar ook door alle nieuwe technologische mogelijkheden.

Meer chronisch zieken

Door vergrijzing, een verkeerd voedings- en bewegingspatroon, vroege diagnostiek en nieuwe behandelingen stijgt het aantal mensen met een chronische ziekte tussen nu en 2025 met 30-40%.

Tabel 1: Aantal mensen met chronische aandoeningen in 2003 en 2025 (geschat op basis van CBS middenvariant bevolkingsprognose)

(x 1000)	2003	2025	toename
Hartfalen	179	263	47%
Dementie	102	148	45%
Beroerte	229	329	44%
Gezichtsstoornissen	543	779	43%
Coronaire Hartziekten	676	959	42%
COPD	316	438	39%
Artrose	682	929	36%
Ouderdoms- en lawaaidoofheid	534	723	35%
Diabetes	609	807	33%
Reumatoïde Artritis	148	180	22%
Depressie	364	389	7%

Bron: Den Hollander, 2006

Ouderen willen zelf de regie

Ouderen stellen andere eisen aan de zorg: de zorg moet aangepast zijn aan hun wensen en behoeften. Inmiddels is er in Nederland sprake van een omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid. Dit zorgt voor een marktdynamiek waarin mensen zich steeds meer opstellen als zorgconsument. Mensen willen informatie over de geboden kwaliteit en veiligheid, ze willen ook zelf kunnen kiezen waar ze welke zorg afnemen. Internet maakt dat grote groepen burgers en bedrijven zelf de regie in handen kunnen nemen. Deze algemene trend is ook zichtbaar in de zorg.

Nieuwe technologie

Er worden voortdurend nieuwe technieken en behandelingen ontwikkeld. Bij gebleken kosteneffectiviteit moeten die een plek krijgen in het zorgsysteem. Dit laatste gebeurt in Nederland minder snel dan in veel andere landen.

Maatschappelijke opgaven

Het ministerie van VWS heeft een analyse gemaakt van de vijf belangrijkste opgaven:¹

1. Wat te doen met de groeiende en veranderende zorgvraag?
2. Hoe leven we langer gezonder?
3. Hoe maken we de zorg beter en veiliger?
4. Hoe kunnen we omgaan met grenzen aan de zorg?
5. Hoe kunnen ontwikkeling en toepassing van biomedische innovaties worden versneld?

De eerste uitdaging, de groeiende en veranderende zorgvraag, is de centrale uitdaging waar de andere vier uit voortkomen.

Hoe pakken we de zorgvraag aan?

Volgens het Innovatieplatform is de belangrijkste uitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg voor de komende jaren: hoe pakken we de groeiende en veranderende zorgvraag aan? Op deze vraag is maar één antwoord mogelijk: door innovatie. Door innovatie hoeft er minder beslag te worden gelegd op schaarse arbeidskracht en kan er een goede verhouding tussen prijs en kwaliteit ontstaan. Let wel, het gaat niet om het aanpassen en bijstellen van radertjes in het bestaande systeem. Innovatie gaat over het ontwikkelen en toepassen van nieuwe producten en diensten en over het verbeteren van de organisatie van de zorg op micro- en macroniveau. Denk aan het faciliteren van professionals als drijvende kracht achter verbeteringen (sociale innovatie). De innovatie gaat bovendien verder dan de huidige zorg. Het zal belangrijk worden om ziekten en zorgbehoefte te voorkomen. Het zal ook belangrijk worden om succesvolle technieken en werkwijzen uit andere sectoren over te nemen. Innovatie gaat niet vanzelf, stimulans is nodig. Hier ligt een belangrijke rol van de overheid: hoe kan de overheid een klimaat creëren om te innoveren? Hoe kan de overheid innovatie door het bedrijfsleven en kennisinstellingen stimuleren? Daarvoor is het zaak te weten waar de kansen en beperkingen liggen.

¹ Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector, VWS, Den Haag, maart 2006.

SWOT-analyse

Wat zijn de sterktes en zwaktes van de Nederlandse gezondheidszorg? En waar liggen de kansen en bedreigingen? Dat ziet u in deze SWOT.2

1. Wat zijn de sterktes van de gezondheidszorg?

Algemeen

Nederland heeft een toegankelijk zorgsysteem dat is gebaseerd op solidariteit. De prestaties van de zorg zijn redelijk goed. Vergeleken met andere Europese landen hoort Nederland tot de middenmoot. Huisartsen scoren gemiddeld zelfs goed als het gaat om kwaliteit. In de ziekenhuizen is de hospital standardised mortality ratio in tien jaar tijd gedaald. Nieuwe chirurgische dagbehandelingen en minimaal-invasieve technieken worden ruim toegepast. In de langdurige zorg geven cliënten de zorg een rapportcijfer tussen de 7,5 en 8.

Er is groeiende aandacht voor het meten van en werken aan kwaliteit. Steeds meer gegevens worden bijgehouden en gepubliceerd. Elke sector werkt aan het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitsindicatoren.

Gedrag & cultuur

De Nederlandse burger vindt dat het vernieuwen van de zorg verder moet gaan. Er is een besef dat dit niet alleen een kwestie van geld is maar ook van een betere organisatie. Nederland heeft een sterke patiëntenbeweging.

Patiënten ontwikkelen zich steeds meer tot zorgconsumenten die weten wat ze willen en weten wat er te koop is op de markt van zorg.

De aanbieders in de zorg staan open voor vernieuwing, zowel in de care als in de cure. Zorgverleners hebben een professionele houding, een sterke inhoudelijke drijfveer en intrinsieke motivatie om kwalitatief goede zorg te bieden. De kwaliteit wordt bovendien bevorderd door een systeem van verplichte nascholing voor de registratie in het beroepsregister.

Verzekeraars richten zich bij de inkoop van zorg steeds meer op prijs én kwaliteit. Ze investeren bovendien steeds vaker in gezondheidsbevorderende programma's.

Regels & ruimte

Het zorgsysteem in de cure kantelt van aanbodsturing naar vraagsturing. Basis hiervoor is het nieuwe verzekeringsstelsel waarmee het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering is weggenomen. Verzekeraars worden geprikkeld om een verzekering aan te bieden met kwalitatief goede zorg tegen een aantrekkelijke prijs. De prijs voor geleverde

² Deze SWOT-analyse is tot stand gekomen op basis van literatuur en consultatie van leden van het Innovatieplatform, hun netwerken en het ambtelijk apparaat van de ministeries VWS, EZ, LNV en OCW.

zorg is bovendien niet meer altijd het geldende tarief maar het resultaat van onderhandelen. Ziekenhuizen en ZBC's concurreren op het aanbieden van medisch specialistische zorg. Dit nieuwe systeem kan fungeren als brandstof voor vernieuwing.

Ook in de care worden innovatie en ondernemerschap gestimuleerd, zoals het persoonsgebonden budget en de zorgzwaartebekostiging.

De laatste tijd is er meer aandacht voor de verbindingen tussen preventie en zorg. Het besef groeit dat gezondheid juist buiten de gezondheidszorg kan worden verbeterd.

Kennis & ICT

De medische wetenschappen en academische ziekenhuizen hebben een sterke kennisinfrastructuur en kennisbasis. Onderzoek laat zien dat de universitaire medische centra een derde van de Nederlandse wetenschappelijke publicaties voor hun rekening nemen. De kwaliteit van hun onderzoek ligt boven het wereldgemiddelde, vooral het klinische onderzoek scoort goed. Ziekenhuizen en universiteiten werken goed samen waardoor er een sterke interactie is tussen fundamenteel en klinisch onderzoek.

Er is een transparant systeem van strategisch programmeren van onderzoek door universiteiten en kennisinstellingen. Dit gebeurt via NWO en ZonMw. Er wordt relevant en kwalitatief goed onderzoek uitgevoerd, met de stimulans voor toepassing daarvan door universiteiten en door instellingen als RIVM, TNO en Nivel. Er wordt bovendien gericht en effectief onderzoek uitgevoerd, mede door publiek-private samenwerking, bijvoorbeeld in de pas opgerichte topinstellingen.

De samenwerking tussen bedrijfsleven en kennisinstellingen is goed georganiseerd als het gaat om translationeel onderzoek. Op het gebied van life sciences en gezondheid is eveneens een innovatieprogramma in ontwikkeling, gericht op de doorgroei van life sciences-bedrijven. Verder is er een innovatieprogramma op het gebied van voeding.

Universiteiten, de Gezondheidsraad en het College voor Zorgverzekeringen beschikken over een goede kennisinfrastructuur voor Health Technology Assessment (HTA) en Medical Technology Assessment (MTA). Het systeem van het bepalen en handhaven van productveiligheid is goed geborgd waardoor er veel vertrouwen is in nieuwe producten. Nederland registreert relatief veel patenten op het gebied van biotechnologie en beschikt over veel expertise op raakvlakken van humane en diergezondheid.

Nederlandse huisartsen komen internationaal sterk naar voren als gebruikers en toepassers van ICT in hun patiëntendossiers. Door de beschikbaarheid van patiëntendata heeft Nederland een belangrijke bron voor biomedisch onderzoek (biobanken). Hierdoor ontstaan grote netwerken voor dataverzameling en verwerking, gestimuleerd door de overheid.

2. Wat zijn de zwaktes van de gezondheidszorg?

Algemeen

Ook al scoort de Nederlandse gezondheidszorg gemiddeld goed, de sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn nog steeds groot.

Ook al is er steeds meer aandacht voor kwaliteit, kwaliteitsgegevens zijn nog niet altijd beschikbaar en helder. De kwaliteitsgegevens worden bovendien nog te weinig gebruikt door verzekeren en patiënten bij het maken van keuzes.

Het ontbreekt aan een wetenschappelijk objectieve set van genormaliseerde outputindicatoren waardoor de prestaties van instellingen niet goed met elkaar kunnen worden vergeleken. Er is nog geen harde weging van criteria geweest zodat soms het oordeel op basis van volume/routine plaatsvindt ('de hoeveelheid uitgevoerde oesofagus operaties') en soms op basis van efficiëntie ('echo's door de huisarts'). Naast dat er nu een mix bestaat van throughput en output indicatoren is de hoeveelheid zo groot dat de informatie onoverzichtelijk en minder bruikbaar wordt, terwijl het lasten met zich meebrengt voor de professionals. De verantwoordelijkheid voor een goed systeem van kwaliteitsmeting is versnipperd: elke wetenschappelijke vereniging doet haar deel.

Kosteneffectief gebleken maatregelen en nieuwe therapieën worden nog niet altijd systematisch ingevoerd. Denk aan preventieve maatregelen en aan ketenzorg. Daarbij is de overheid niet altijd duidelijk over wat er aan het veld wordt overgelaten en wat de overheid doet.

Er is in de zorg steeds meer schaarste aan geld en aan mensen. Terwijl de vraag toeneemt, zijn er jaarlijkse budgetplafonds. De personeelsschaarste neemt toe. Voor artsenopleidingen geldt nog steeds de numerus fixus.. Schaarste bij verplegenden en verzorgenden heeft te maken met het slechte imago van het vak, de beperkte carrièremogelijkheden, het moeilijk kunnen combineren van werk en privé en de lage beloning. Er is gebrek aan voldoende en gekwalificeerde allochtone artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. De doorstroming van basisartsopleiding naar specialistenopleidingen duurt te lang. Ondanks dit alles is er weinig besef van urgentie om voldoende personeel aan te trekken en te behouden. Arbeidsbesparende innovaties blijven daardoor achter bij de mogelijkheden.

Er zijn te weinig verbindingen binnen de zorgsectoren, zoals de GGD'en en de eerste lijn. Er zijn ook te weinig verbindingen tussen de zorg en andere domeinen zoals wonen, werk, onderwijs, natuur, wijken/buurtten, landbouw en voedselproductie. Er is nog geen sprake van automatische samenwerking.

Gedrag & cultuur

Ook al heeft de zorgconsument de laatste jaren een sterkere rol gekregen, hij stelt zich nog weinig kritisch op, ook richting de eigen individuele zorgverlener. Mensen maken nog weinig gebruik van beschikbare kwaliteitsinformatie.

Hoewel zorgverleners een professionele houding hebben, blijft verouderde kennis vaak te lang in gebruik. Vooral artsen hechten aan ingesleten manieren van werken. Professionals in de zorg worden vaak als eigenwijs gezien, niet geneigd om nieuwe dingen snel over te nemen. Er is weerstand tegen standaardisatie.

De interactie tussen specialismen is beperkt. Maatschappen lijken soms net ondernemingen met een gesloten bedrijfscultuur. Er is een verschil tussen 'maatschapbelang' en organisatiebelang', waardoor bestuur en medische staf niet altijd op één lijn zitten en de verdeling van verantwoordelijkheden niet altijd goed is geregeld. Het gevolg is dat slordig werken soms lang ongecorrigeerd blijft en dat het personeel zich niet altijd richt op de mens achter de patiënt.

In de zorg ontbreekt het vaak aan een ondernemende, zakelijke instelling. Innovatie wordt niet als vanzelfsprekend onderdeel van de bedrijfsvoering gezien. De sector is tamelijk gesloten en weinig toegankelijk voor nieuwe beroepen. Vooral medisch personeel heeft vaak weinig affiniteit met ICT en technologische innovaties. Hier is ook weinig aandacht voor in bijscholing.

De zorgsector is sterk gericht op evidence based werken. Hoewel dit een goed streven is, worden waardevolle vernieuwingen soms buiten de deur gehouden omdat de effectiviteit nog niet honderd procent is aangetoond.

Regels & ruimte

De overheid heeft veel invloed in de zorg. Denk aan kwaliteitscontrole, financiering, regulering, kostenbeheersing en verantwoording. Er zijn signalen van concurrerende, overbodige, contraproductieve en tegenstrijdige regelgeving, overmatige controle en verstikkende bureaucratie. Met de omslag naar vraaggestuurde zorg, wordt de invloed van de overheid kleiner en de rol van verzekeraars en klanten groter.

Adequate financiering voor innovaties is vaak niet voorhanden. Zorghotels komen daardoor moeilijk van de grond, net als bijvoorbeeld nieuwe vormen van borstkankeroperaties en scopieonderzoeken door de huisarts. Zorgverleners zullen de verzekeraars ervan moeten overtuigen dat vernieuwingen de moeite waard zijn om aan mee te betalen.

Er is veel controle, maar toch wordt er niet daadwerkelijk afgerekend. Slecht functionerende aanbieders gaan niet failliet.

De structuren van zorginstellingen belemmeren innovatie. Het toezicht is te uitgebreid en pluriform. Tegelijk werkt de belangenstrijd tussen ziekenhuizen, maatschappen en medische staven innovatie tegen. Door de enorme schaalgrootte zijn zorginstellingen vaak complexe organisaties. Het is moeilijk om snel in te spelen op innovaties en de organisatie daarop aan te passen.

Wetgeving is van nature conservatief. De Wet BIG, het tuchtrecht en daarmee samenhangende kwaliteitsregels, en andere wetten, zijn geen stimulans voor technologische ontwikkelingen en het ontstaan van nieuwe beroepen.

De budgetsystematiek staat innovatie in de weg. Het vasthouden aan de BKZ-systematiek (budgetten) werkt belemmerend, budgetplafonds geven niet voldoende ruimte om goede prestaties te belonen. Opbrengsten van innovatie worden snel afgeroomd. De kosten en opbrengsten van innovaties liggen vaak niet in één hand. Innoveren in preventie loont niet omdat het niet wordt vergoed in het zorgverzekeringspakket. Doordat vrije prijsvorming nog maar beperkt is toegestaan, loont ook het innoveren in de eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg niet. Door schotten in de financiering zijn er te weinig prikkels om integrale zorg tot stand te brengen en is de organisatie van ketenzorg lastig, bijvoorbeeld doordat niemand zich eindverantwoordelijk voelt. Tijdelijke projectfinanciering bestaat wel, maar experimenteeruimte in de reguliere bekostiging ontbreekt of wordt nauwelijks gebruikt.

Innoveren in langdurige zorg is moeilijk. De intramurale AWBZ-zorg kent nog geen prestatiegerichte bekostiging. Prestaties worden soms gedefinieerd op basis van input- of throughput-indicatoren in plaats van output- en outcome-indicatoren. Inkopers voor de AWBZ hebben te weinig financieel belang bij cliëntgerichte zorginkoop. Toetreding is moeilijk voor nieuwe initiatieven en spelers, bijvoorbeeld als het gaat om het leveren van verblijfszorg in de AWBZ. Doordat de overheid het 'wonen' uit de AWBZ betaalt, zijn er weinig prikkels om vraaggerichte woon-zorgcombinaties aan te bieden.

Verouderde behandelingen blijven gefinancierd, terwijl innovaties maar langzaam in het pakket komen. In beleidsregels en standaarden worden vaak input- of throughputwaarden gebruikt die de bestaande praktijk bevestigen en innovatie remmen

Bijbetaling voor luxe is slechts beperkt mogelijk, de zorgsector heeft weinig ruimte voor het aantrekken van risicodragend kapitaal. Verder staan overheidsinstrumenten als de BBMKB (Borgstellingsregeling voor het MKB) en de groeifaciliteit niet open voor de zorgsector. Deze instrumenten verbeteren de toegang van het midden- en kleinbedrijf tot de kapitaalmarkt.

Kennis & ICT

Ook al wordt er veel en goed onderzoek gedaan, toch zijn er onderinvesteringen op dit gebied. Nog steeds lijken de Verenigde Staten een interessanter onderzoeksklimaat te hebben dan Nederland. Verder is er weinig financiële ruimte voor innovatie in onderwijs en onderzoek zelf, grootschalige experimentele investeringen in onderwijsinnovatie komen weinig voor.

Het onderzoeksgeld wordt in brokken verdeeld over de kennisketen. De resultaten van fundamenteel onderzoek worden niet automatisch omgezet in toegepast onderzoek en implementatie. Dit heeft te maken met de hoge investeringsrisico's bij medische producten en de beperkte mogelijkheden voor onderzoekers om deze risico's te nemen.

Er zijn weinig verbindingen tussen gezondheidszorgonderzoekers en onderzoekers van andere domeinen, vooral als het gaat om preventie van volksgezondheidsrisico's met veterinaire en landbouwkundige kennisinstellingen (gezond voedsel, overdraagbare infectieziekten van dier op

mens, gedragsgerelateerde volksgezondheidsrisico's, voedselaanbod). Er is behoefte aan meer onderzoek naar de relatie tussen groen en gezondheid.

Er is nog geen optimale kruisbestuiving tussen gezondheidszorg en technologie. Zorgverleners hebben weinig kennis van technologie en technologische toepassingen. Technologen beschikken doorgaans over weinig medische kennis. Bovendien is er weinig instroom in het medisch onderzoek vanuit de klinische kant in het onderzoek. Medici doen minder vaak onderzoek.

Het ontbreken van het elektronisch patiëntendossier is een grote makke in de gezondheidszorg. Dit belemmert de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, integrale patiëntenlogistiek, transmurale informatie-uitwisseling en een adequate zorgadministratie. Afgezien van de huisartsen lopen de zorgverleners in Nederland internationaal gezien achter als het gaat om gebruik van ICT en technologische mogelijkheden. Er wordt te weinig geïnvesteerd in ICT voor de zorg. Het budget dat organisaties reserveren voor IT is erg laag (2% van de omzet) en de zorg kampt met jarenlange onderinvesteringen in ICT.

Er is nog geen gestandaardiseerde, brede ICT-infrastructuur. Deze infrastructuur stimuleert effectiever en efficiënter werken in de zorg, maar ook de ontwikkeling van biobanken die een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het biomedisch onderzoek. Er zijn geen verplichtingen om volgens bepaalde afgesproken standaarden te werken, zoals in Canada en Engeland.

Een echte opbouw voor het elektronisch patiëntendossier ontbreekt doordat er geen onderliggende standaarden zijn. Door de opzet van geïsoleerde systemen (ingericht per vakgebied) kost het zeer veel moeite om een integrale blik op informatievoorziening te geven. Elke instelling heeft zijn eigen systeem. Veel ziekenhuizen werken met een erfenis van zelf in elkaar geknutselde applicaties of een wirwar aan bestaande applicaties die met moeite in de lucht worden gehouden. Daardoor lopen we achter bij de ontwikkeling en toepassing van innoverende vormen van zorgverlening zoals zelfzorg, telemonitoring, domotica en arbeidsbesparende technologieën. Een van de remmen op goede ICT ontwikkeling is het problematiseren van het privacyvraagstuk dat grotendeels een ICT governance en organisatie- (en niet technisch-) probleem is. De instellingen zijn nog niet in staat de technologische ontwikkelingen en uitdagingen te borgen binnen hun eigen organisaties waardoor de werkelijke innovatie achterwege blijft.

Het ICT-niveau is in de zorg laag. In zorginstellingen wordt weinig projectmatig gewerkt waardoor ICT-ontwikkelingen moeizaam verlopen en niet worden geborgd.

Weinig ziekenhuizen zijn in staat om de eigen zorgverleners goed te bedienen, het serviceniveau is bedroevend laag. Dit wordt versterkt doordat de principes van een servicegeoriënteerde bedrijfsvoering niet worden toepast. De zorginstellingen hebben geen idee van hun huidige serviceniveau. Dit wordt nog eens versterkt door het ontbreken van een consistente prioriteitstelling, met oog voor zowel de korte als de lange termijn.

3. Waar liggen de kansen?

Algemeen

De gezondheidszorg is een grote sector met meer dan 800.000 werkers. De vraag naar zorg groeit en is in feite een kans om te ondernemen. Burgers zijn steeds meer mate geïnteresseerd in nieuwe producten en diensten en ook bereid om daar geld aan uit te geven. Kortom, gezondheid kan gezien worden als economische parel. Er is bovendien een toenemende hoeveelheid kapitaal beschikbaar. Voor zowel de huidige aanbieders als de nieuwe spelers liggen er kansen in deze groeiende markt.

Er komt meer sturing op output en zelfs outcome. Daardoor wordt innovatie belangrijker. Er komt meer ruimte voor vernieuwende concepten om gezondheidsresultaten te bereiken.

De aandacht verschuift van geneeskunde naar gezondheidskunde, van specialisme georiënteerde zorg naar integrale gezondheidszorg. Deze integrale aanpak strekt zich uit tot preventie en publieke gezondheid en biedt kansen om de zorgvraag te verkleinen of in ieder geval af te remmen.

Het gezondheidsdomein wordt breder dan de curatieve gezondheidszorg en het verzekeringsstelsel. Preventie van risico's is een natuurlijk onderdeel van het gezondheidsdomein en diverse volksgezondheidsrisico's kunnen goed bij de bron worden aangepakt. Daardoor worden verbindingen mogelijk met bijvoorbeeld groen (natuur/platteland/landbouw), gezonde voeding, vitamines, sport/bewegen, wonen/dienstverlening, arbeid/gezondheid. Het bedrijfsleven kan hiermee terrein winnen in de zorg.

Gedrag & cultuur

Vanuit de zorg is grote belangstelling voor de innovatieve kracht van het bedrijfsleven. Er zijn honderden vernieuwende initiatieven. De zorg wordt steeds vaker gezien als normale economische sector. Daarmee wordt het mogelijk om het reguliere EZ-instrumentarium in te zetten voor stimulering van innovatie in plaats van alleen zorgspecifieke regelingen.

Binnen de zorg ontstaan nieuwe opleidingen en meer diversiteit in beroepen en beroepsprofielen. Zo zijn er gespecialiseerd verpleegkundigen, nurse practitioners, zorgmakelaars en biofysici in zorg. Dit levert ruimte op voor diversiteit tussen zorginstellingen en daarmee keuze voor de zorggebruiker.

Burgers worden kritischer: ze gaan bewuster kiezen en nemen geen genoegen met minder. De consument ontwikkelt zich tot driving force. Sterke patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties worden volwaardige gesprekspartners. Via een andere aanvliegroute wordt dit ook mogelijk gemaakt door vermogende ouderen die hun eigen woon/zorg-combinatie gaan organiseren of inkopen. Ouders van kinderen met een verstandelijke beperking hebben al dergelijke kleinschalige woonvormen opgezet.

Er komt steeds meer aandacht voor kwaliteit van leven en voor langer thuis wonen. Hierdoor is een enorme potentiële markt voor domotica en zelfzorg ontstaan.

Regels & ruimte

Nog altijd heerst het beeld dat innovatie leidt tot kostenopdriving, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn. Innovatie kan juist een kans zijn om de zorgvraag en daarmee de kosten van de zorg te verminderen.

Het nieuwe stelsel biedt meer ruimte voor vernieuwing. Dit kan leiden tot meer diversiteit die tegemoet komt aan de veranderende zorgvraag (burgers kiezen, verzekeraars kopen in, aanbieders willen onderscheiden). Het nieuwe stelsel biedt ook kansen op het terrein van de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren. Om de kracht van het stelsel optimaal te kunnen benutten, zijn kritische cliënten nodig.

Per 1 januari 2007 zijn de NZa-beleidsregels van kracht die bekostiging van nieuwe zorgproducten mogelijk maakt. Hierdoor ontstaan nieuwe kansen voor experimenten met innovaties. Het gaat om kleinschalige, kortdurende experimenten in de cure en ketenzorg. Het is de bedoeling dat er in 2008 ook experimenten mogelijk worden voor de AWBZ.

Er is gezondheidswinst te halen door meer samenwerking in de eerste lijn en door ketenzorg, bijvoorbeeld procesinnovaties zoals behandelstraten en CVA-ketenzorg. Preventie wordt steeds vaker onderdeel van de reguliere zorg doordat het geleidelijk aan opgenomen wordt in standaarden en in pakketten, als onderdeel van de keten.

Momenteel wordt geëxperimenteerd met keten- en cliëntvolgende financiering. Dit zijn innovaties die mogelijk interessante kansen voor de toekomst bieden. Hetzelfde geldt voor de mogelijkheden voor kleinschalig wonen. Kansen worden ook gecreëerd door financiële ontwikkelingen. Instellingen dragen steeds meer risico. Mogelijk wordt vanaf 2012 winsttoegestaan. Dit alles biedt instellingen financiële ruimte voor vernieuwingen, bijvoorbeeld de mogelijkheid tot het aantrekken van venture capital.

Kennis & ICT

Nederland heeft een goede basis voor medische, technologische innovaties. Er is immers een sterke kennisbasis in de medische wetenschap, bedrijven zijn actief op het gebied van life sciences en er is goede samenwerking tussen het bedrijfsleven en kennisinstellingen. Nieuwe producten en technologieën kunnen zorgen voor vroegtijdige diagnostiek en voor nieuwe, kosteffectieve en minder intensieve behandelmethodes. Hierdoor kan een langdurig ziekteproces voorkomen of verkort worden.

De ontwikkeling van producten en therapieën wordt versneld door translationeel onderzoek en door de toegenomen aandacht voor personalized medicine: kortere klinische testen door een kleinere, specifieke patiëntengroep.

Er is meer private interesse om bij te dragen aan medisch onderzoek, denk aan het nieuwe Kankercentrum aan de VU.

Er zijn nieuwe kansen voor de kennisdomeinen hersenen en cognitie (Nationaal Initiatief Hersenen & Cognitie), materialen, en arbeid en gezondheid.

Een sectoroverstijgende aanpak biedt kansen voor vernieuwing, bijvoorbeeld bij 'groen en gezondheid'. Vanuit de zorgsector is behoefte aan praktijkonderzoek dat de sector verder helpt op dit gebied. Er is ook behoefte aan onderzoek naar de effectiviteit van bestaande voorbeelden en aan fundamenteel onderzoek voor wetenschappelijke onderbouwing. De afgelopen jaren zijn overigens al bruggen geslagen tussen onderzoek op het gebied van volksgezondheid en aanpalende domeinen als het veterinaire en landbouwkundige veld (met name voedselkwaliteit, volksgezondheidsrisico's).

Er liggen kansen voor globalisering en internationalisering: kennisuitwisseling over de grenzen heen wordt gestimuleerd doordat de EU geld beschikbaar stelt voor samenwerking, zoals KP7. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling op het gebied van Priority Medicines (geneesmiddelen voor neglected and emerging infectious diseases). Via een model van open innovatie wordt hier gewerkt aan een terrein wat voor meerdere westerse landen van belang is. Als we ons internationaal sterker profileren, kunnen we zelfs een braingain krijgen in plaats van een braindrain, en onze kennis en diensten exporteren. ICT kan helpen bij het optimaliseren van de processen en betere logistieke oplossingen bieden. ICT is een enorme drive in de hele maatschappij (videoconferentie, internettelefonie, hyves, chatbox), en leidt tot teleconsultatie, telemedicijnen en internetdiagnostiek. De thuissituatie wordt een verlengstuk van het ziekenhuis. Bij zorg zijn er bovendien vele mogelijkheden voor gerichte ICT-investeringen, zoals voor point-of-care toepassingen (informatie direct aan bed via een handheld-computer).

Een goede inrichting van het elektronisch patiëntendossier biedt mogelijkheden voor onderzoek. Richtlijnen voor een goede ICT-infrastructuur ontbreken nog, maar worden mogelijk geleverd door projecten als Parelsnoer en CTMM. Principes zoals Service Oriented Architecture bieden de mogelijkheid om vanuit een achterstandssituatie een nieuw begin te maken. Dit kan alleen als ze zowel in de besturing als in de organisatie, uitvoering en technologie van de zorginstellingen toegepast worden.

Partnering op basis van moderne concepten, zoals outsourcing, outtasking, (on demand) managed application services, shared service centres, bieden de zorginstellingen de mogelijkheid om anders om te gaan met ICT. en met de verantwoordelijkheid, regie en uitvoering van ICT processen. Het is niet meer noodzakelijk om al deze processen per definitie in eigen hand te houden en zelf uit te voeren. om de doelstellingen te optimaliseren.

4. Wat zijn de bedreigingen?

Algemeen

Een van de belangrijke uitdagingen in de gezondheidszorg is inspelen op de toenemende zorgvraag van met name mensen met chronische aandoeningen. Deze ontwikkeling wordt een bedreiging als we hier niet voldoende financiële middelen en personeel voor hebben. (denk aan het ontstaan van wachtlijsten en andere onwenselijke situaties).

Het huidige personeelstekort dreigt sterk op te lopen door vergrijzing en ontgroening van het personeelsbestand en door de veranderende zorgvraag (vraag naar kleinschalig wonen). Daarnaast heeft de zorg last van een imago probleem waardoor het lastig is personeel binnen te halen en te houden. De zorg wordt niet als aantrekkelijk werkveld gezien waar men zich kan ontplooien, maar komt vooral negatief in het nieuws met ontslagen in de thuiszorg en medische missers. Het aantrekken van buitenlandse kenniswerkers en gediplomeerden stuit op bureaucratische barrières, taal- en cultuurproblemen. Efficiënter werken en het vervangen van personeel door techniek zijn maar beperkt mogelijk: de zorg blijft een arbeidsintensieve sector door zijn hoge 'hands-on' karakter.

Er komen signalen dat de rek er bij instellingen uit raakt omdat er zoveel tegelijk van hen wordt verwacht: marktwerking én bezuinigen én transparantie én kwaliteitsverbetering én verandering van de financiering.

Gedrag & cultuur

Ondanks de hoge verwachtingen van het nieuwe stelsel en de bijbehorende prikkels voor kwaliteitszorg en innovatie, is er een risico dat het niet op die manier zal uitpakken. Bijvoorbeeld omdat consumenten niet-kritisch blijven of weinig te kiezen hebben door gebrek aan transparantie of door capaciteitstekorten. Er kan bovendien maatschappelijke onrust over marktwerking ontstaan. Mensen krijgen een onderbuikgevoel over het loslaten van de menselijke maat: zorg is emotie, zorgverlening is mensenwerk (voor mensen, door mensen) en vergt empathisch vermogen.

Door toenemende transparantie komen de zwakke schakels en de risico's in de zorg beter in beeld. Tegelijk accepteren we steeds minder risico's en onveiligheden. Van de arts wordt niet langer een inspanning verwacht, maar een gegarandeerd resultaat. Het aansprakelijkheidsvraagstuk zal de komende jaren steeds belangrijker worden. Dit kan ertoe leiden dat artsen hun keuzes meer laten afhangen van de angst voor mogelijke risico's. Vanwege het risico dat iets mislukt, is er weinig gelegenheid om te experimenteren.

Regels & ruimte

Onzekerheid over overheidsbeleid remt innovatie. Overheid/politiek zijn niet altijd koersvast en duidelijk.

Er is een risico dat overheidssturing via grote programma's (Sneller Beter, Zorg voor Beter, Beter Voorkomen, de Nieuwe Praktijk) zijn effect gaat verliezen. Het veld wordt geleidelijk projectmoe.

Kennis & ICT

Komende jaren nemen de arbeidsmarktproblemen naar verwachting op alle onderwijsniveaus toe. (MBO-niveau: zowel zorg als medisch onderzoek, HBO-niveau: zorg, etc).

Opleidingen moeten beter aansluiten bij nieuwe technische/biomedische ontwikkelingen. Er moeten meer exacte vakken in de medische opleiding komen, anders raken artsen achterop en zien ze de mogelijkheden niet van de nieuwe ontwikkelingen op biomedisch terrein.

Steeds grotere specialisatie (bijvoorbeeld door verhoogde kennisintensiteit) leidt tot verdere versnippering, met alle consequenties van dien bij gebrekkige informatieoverdracht. De cultuur van subsidiëren en publiceren belooft specialiseren, in tegenstelling tot generalistisch en multidisciplinair werken, terwijl bij maatschappelijke vraagstukken het collectieve belang zwaarder zou moeten wegen.

Er blijven kansen liggen door onvoldoende integratie van veterinaire en humaan biomedisch onderzoek op het gebied van bestrijding infectieziekten. De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat infectieziekten en ziekteverwekkers in voedsel een steeds groter gevaar betekenen voor dier- en volksgezondheid, bijvoorbeeld door de toenemende mondiale handel in dieren en producten, mobiliteit van mensen en het veranderende klimaat.

De overheid zou een matchingfonds moeten instellen, bijvoorbeeld via ZonMw. Toponderzoekers krijgen nu vanuit de EU kansen en middelen om te innoveren, maar de universitaire medische centra kunnen de matching niet altijd financieren.

Er is gebrek aan private financiering van onderzoek vanuit het bedrijfsleven. Dit komt door te lage financiële rendementsverwachtingen en door de langdurige trajecten.

Grote ICT-aanbieders kennen de zorg onvoldoende en leveren (verouderde) ICT-eilandoplossingen die niet aansluiten bij de zorgbehoeften en de wensen van de zorgprofessionals.

Conclusie

De zorg presteert redelijk goed maar het kan beter. Op zowel gezondheidsuitkomsten als kwaliteit van de organisatie zijn verbeteringen mogelijk. De zorg zal innovatiever moeten inspelen op de groeiende en veranderende zorgvraag en op handen zijnde personeelstekorten.

Sterktes

Met het nieuwe verzekeringstelsel en het tot nu toe ingezette kwaliteitsbeleid is een begin gemaakt met een meer marktgerichte dynamiek maar kwaliteit is nog niet de motor voor innovatie gebleken.

Zwaktes en belemmeringen

Er is nog geen ware prestatiegerichte bekostiging, inkoop gebeurt nog teveel op prijs, de klant stelt zich nog niet kritisch genoeg op en het kwaliteitssysteem is nog niet eenduidig en helder. De cultuur in de zorg is behoudend en risicomijdend. De governance structuur houdt de belangenstrijd in stand tussen bestuurders en uitvoerders in de zorg. Nieuwe toetreders en nieuwe producten vinden moeilijk ingang in de zorg.

Er zijn teveel innovatie belemmerende regels, nog niet genoeg investeringsmogelijkheden en te weinig doorstroom van kennis naar toepassing. Innovatie wordt afgeremd in plaats van beloond. Het gebruik van ICT loopt achter bij de technologische mogelijkheden en de uitwisseling van kennis tussen onderzoek en praktijk en tussen verschillende sectoren is suboptimaal.

Kansen

Ondanks deze belemmeringen, is er nog veel te winnen door innovatie. De zorg wordt steeds meer een groeiende economische markt. Er zijn kapitaalverstrekkers en draagkrachtige burgers die geïnteresseerd zijn om te investeren en nieuwe producten af te nemen. Interesse groeit in nieuwe op gezondheid gerichte concepten en het benutten van de mogelijkheden die ICT te bieden heeft. Samenwerkingsvormen tussen onderzoek, zorg en privaat initiatief beginnen vorm te krijgen door gerichte stimulansen.

De hoofduitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg voor de komende jaren is: hoe pakken we de groeiende en veranderende zorgvraag efficiënt en effectief aan, rekening houdend met een goede kwaliteit en toegankelijkheid?

Zes uitdagingen

De uitkomsten van de SWOT laten zien dat het om zes uitdagingen gaat:

1. Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt
2. Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels
3. Voer product- en procesinnovaties door, waaronder het elektronisch patiëntendossier
4. Pak gezondheidsbevordering integraal aan
5. Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit
6. Vorm een krachtige kennisketen