

# Zorgverlening van morgen

Het thema van deze Fizier is geheel 'en vogue'. Er zijn tegenwoordig maar weinig onderwerpen waarover in tijdschriften en op symposia zoveel wordt geschreven en gesproken. Een eerste waarneming is dat het begrip innovatie, dat zowel praktisch als theoretisch een zeer brede lading dekt<sup>1</sup>, hierbij vaak wordt versmald tot het technologische aspect en de laatste tijd bijna uitsluitend nog ICT-toepassingen betreft. Een tweede waarneming is dat technologische innovatie vaak zonder meer wordt gelijkgesteld aan efficiencyverbetering en kostenbesparing. En vervolgens als panacee wordt opgevoerd voor een breed scala aan problemen, waaronder de tekorten op de arbeidsmarkt, de toenemende zorgvraag door vergrijzing en de onhoudbaar geachte stijging van de zorgkosten in het algemeen. Geen wonder dat technologische innovatie het ook in Den Haag tot troetelthema heeft geschopt. Maar indachtig de tegelwijsheid dat 'als iets te mooi klinkt om waar te zijn, het dat meestal ook niet is', vermoed ik dat de realiteit niet aan de hooggespannen verwachtingen gaat voldoen.

Op de eerste plaats blijkt uit onderzoek<sup>2</sup> dat technologische (proces- of product-)innovatie niet vanzelfsprekend resulteert in kostenbesparing. Het kan namelijk ook tot uiting komen als kwaliteitsverbetering (huiselijk gesteld: het komt 'erbij' en niet 'in plaats van'). Innovatie die tijd bespaart, kan zich in plaats van macro-kostendaling ook vertalen in productieverhoging. Een voorbeeld is de staaroperatie, die – onder andere door 'cataractstraten' – steeds efficiënter wordt uitgevoerd. Met als gevolg een ruimere indicatie: er worden patiënten behandeld die daarvoor eerder niet in aanmerking kwamen. Op zich een zegen voor de mensheid, maar geen macro-kostenreductie. Hetzelfde is te verwachten bij de technologie die mensen in staat stelt om langer thuis te wonen. Als op dat gebied levensvreugde-verhogende innovaties plaatsvinden, dan zullen waarschijnlijk ook mensen die in eerste instantie niet tot de beoogde doelgroep behoren daar aanspraak op gaan maken.

Dan het innovatietempo. Dat kan menigeneen niet snel genoeg gaan. Maar de praktijk valt wat tegen, als ik de artikelen mag geloven waarin wordt verzocht dat de digitalisering van de zorg zo traag gaat. Volgens sommige scribenten loopt de zorg als het om ICT gaat zelfs tientallen jaren achter bij de marktsector, waarbij dan als voorbeelden de financiële sector, de reisbranche en de detailhandel aangehaald worden. Wat hier ook feitelijk van waar moge zijn, de vraag is in hoeverre het vergelijken van zorg en markt in dit opzicht überhaupt hout snijdt. Ik las nog niet lang geleden een artikel met de kop

'Nederland loopt voorop in Europa met digitalisering van de zorg'. De Nederlandse zorg doet het relatief dus nog niet zo slecht. Of omgekeerd gesteld: kennelijk wil het in de zorg in het buitenland ook nog niet zo vlotten met die digitale revolutie en andere 'disruptieve' ontwikkelingen, vergeleken met de marktsector. En eerlijk gezegd kijk ik daar persoonlijk helemaal niet zo van op. Er is namelijk zoets als 'de wet van Baumol'. Deze econoom concludeerde al in de jaren '60 dat de publieke sector vanzelf steeds duurder wordt dan de private sector<sup>3</sup>. Dat komt omdat er bij de productie en distributie van bijvoorbeeld zeep, soep, en auto's volop kan worden gemechaniseerd. In sectoren als cultuur, gezondheidszorg en onderwijs kan dat minder. Een orkest heeft nu nog net zoveel musici nodig als honderd jaar geleden om een compositie uit te voeren en een uitvoering duurt nog net zo lang als toen. Kinderen leren lezen en schrijven blijft mensenwerk en datzelfde geldt in hoge mate voor het verplegen en verzorgen van zieken.

Naast de 'minder mechaniseerbare aard van de zorgproductie' zijn er meer redenen waarom het niet reëel is om te verwachten dat (het tempo van) de ontwikkeling in de zorg zich met de marktsector zou kunnen meten. Een belangrijke factor hierbij is de grote complexiteit van de zorg. Het aantal ziektes en de mogelijke behandelingen ervan is enorm. Verder is er als gevolg van de professionele autonomie niet altijd sprake van een 'gestandaardiseerde productie'. Tenslotte is de zorgsector qua organisatie complex, waardoor hiërarchische sturing vanuit een groter verband of vanuit een overheid ontbreekt<sup>4</sup>.



**WFZ**  
Waarborgfonds  
voet de Zorgsector


Herman Bellers,  
directeur WFZ



En dan zijn er nog de financiële aspecten. Competitie en vooruitgang in de marktsector wordt gedreven door het principe van ‘creative destruction’ (een inzicht van de econoom Schumpeter). Kort door de bocht: een ondernemer innoveert, realiseert op die manier een voordeel ten opzichte van zijn concurrenten in de markt en gaat er vandoor met de winst. Totdat een andere ondernemer in reactie hierop de volgende innovatie doet en het voordeel van de ander wegpakt, totdat de volgende... enzovoorts. De crux van dit mechanisme is dat de persoon of organisatie die het innovatieve idee heeft, dit ook voor eigen rekening en risico doorvoert en er – als het lukt – ook de financiële beloning voor krijgt. In de zorgsector ligt dit wezenlijk anders.

Zo worden de ideeën over technologische innovaties niet zelden buiten de zorginstelling gevormd (‘We weten als professionals veel van de zorg, maar weinig van ICT’<sup>5</sup>). Hier ligt al een eerste remmende factor. De tweede is dat bij innovaties de kosten voor de baten uitgaan. De investeringsopgave ligt bij de zorginstelling, waar het benodigde geld echter – vanwege de door macrobudgetten immer aanwezige financiële druk – intern doorgaans niet beschikbaar is, terwijl het extern aantrekken daarvan moeilijk blijkt. En als klap op de vuurpijl: mocht een technologische innovatie zich uiteindelijk vertalen in minder medische handelingen, dan is de ‘beloning’ voor de innovatieve, investerende en risico nemende zorginstelling in de huidige bekostigingssystematiek dat (als gevolg van de P\*Q - benadering) de inkomsten dalen. Sturen op krimp is bovendien nieuw voor veel zorginstellingen en doet een beroep op bedrijfsmatige en veranderkundige competenties die bij bestuurders niet vanzelfsprekend aanwezig zijn. En zie het als bestuurder intern maar eens te verkopen. In ziekenhuizen speelt hierbij nog de

extra complicatie van de interne machtsverhoudingen. Technologische innovaties, mochten die vanuit de belangen van het ziekenhuis al beoogd worden, worden er niet kansrijker op als die resulteren in inkomensverlies bij de hecht georganiseerde medische staf. Tenslotte helpt de externe omgeving ook niet mee. In de eerste lijn zijn de capaciteit, organisatie en financiële prikkels om mee te werken aan de beoogde verschuiving van de productie vanuit intramurale zorg zeker niet altijd aanwezig.

Op grond van alle bovengenoemde factoren is het naar mijn mening niet verbazingwekkend dat – vooral voor degenen die de marktsector als maatstaf nemen of louter vanuit de technologische mogelijkheden denken – de gewenste technologische veranderingen en de daarop gebaseerde transformatie van de zorgverlening teleurstellend langzaam verlopen. Het zou wensdenken zijn om te verwachten dat een uiterst complex en slechts beperkt stuurbaar systeem als de zorgsector, waarin alles en iedereen primair is gericht op de ‘zorgverlening van gisteren’, ineens de ‘zorgverlening van morgen’ gaat genereren. 

<sup>1</sup> Zie bijvoorbeeld de boeken van ‘managementgoeroe’ Peter Drucker.

<sup>2</sup> Zie onder andere Van Hulst, TU Delft.

<sup>3</sup> De kostenverhouding tussen de private en de publieke sector is alleen gelijk te houden, door de lonen in de publieke sector (relatief) steeds verder te verlagen. Maar dan wil er op zeker moment niemand meer werken. De inzichten van Baumol hebben – getuige de huidige personeelsproblemen in zorg en onderwijs – nog weinig aan belang ingeboet.

<sup>4</sup> M. Sprenger, Nictiz.

<sup>5</sup> F. Heyning, Zorgvisie, maart 2019. Ik vrees overigens dat het omgekeerde evenzeer van toepassing is, namelijk dat professionals uit de ICT maar weinig weten van de zorg.