

Een zorginfarct voorkomen we alleen als er meer ruimte is voor innovatie

Als we de zorg toegankelijk willen houden, dan is invoering van nieuwe innovaties onontbeerlijk, stelt Fleur Deken. Toch loopt het vaak mis, omdat innovaties botsen met bestaande werkprocessen.

Nederland stevent af op een zorginfarct. Als we op de huidige weg doorgaan moet in 2040 een op de vier mensen in de zorg werken. Het bedrijfsleven, zorginstellingen en de wetenschap werken hard aan innovaties om de druk op het zorgpersoneel te verlichten, die zorgprocessen efficiënter maken en die de zorg minder afhankelijk moeten maken van handen aan het bed. Zo werken ze aan innovaties waardoor zorg minder in ziekenhuizen plaatsvindt en vaker op afstand in eigen huis, wat ook voordelen heeft voor de patiënt.

Helaas zien we nog dat veelbelovende zorginnovaties bij bosjes stranden. Daaraan liggen twee problemen ten grondslag.

Allereerst kijken we bij de evaluatie van innovaties voornamelijk nog naar de directe kostenbesparingen. Hoewel het op afstand monitoren van bijvoorbeeld chronische patiënten kostenbesparingen oplevert, vallen die besparingen vaak tegen — zeker als je ze vergelijkt met de totale kosten binnen het traject van een patiënt, waarbij medicijnen nog steeds veruit het duurst zijn. Dat er dankzij zorg op afstand minder personeel nodig is en dat het de patiënt tijd en energie bespaart, wegen we nog te weinig mee.

Ten tweede ontwikkelen we veel zorginnovaties nog te vaak op afstand van de medische praktijk. Hierbij houden de ontwikkelaars onvoldoende rekening gehouden met bestaande werkprocessen, de verschillende rollen van het medisch personeel en bijvoorbeeld IT-infrastructuur. Dit zorgt ervoor dat de implementatie van nieuwe producten en diensten kostbaar wordt, en veel vraagt van personeel dat al overbelast is.

NAUWELIJKS BUDGETTEN

Tegelijk hebben innovatieve bedrijven moeite om toegang te krijgen om pilots binnen zorginstellingen uit te voeren, en zijn zorgverzekeraars niet bereid de kosten van pilots bij zorginstellingen mede te dragen.

Zorgverzekeraars zien het namelijk niet als hun taak om innovatieactiviteiten van het bedrijfsleven te financieren, zo stellen ze. Maar aangezien zorginstellingen niet of nauwelijks budgetten hebben voor pilots en innovatie, schuift het risico volledig door naar het bedrijfsleven. En aangezien we de uiteindelijke bekostigingsvraag — of een zorginnovatie al dan niet wordt vergoed — vaak langdurig naar voren door-

schuiven, is het geen verrassing dat start-ups en bedrijven deze risico's niet alleen willen dragen.

Ziekenhuizen en andere zorginstellingen zijn vaak wel bereid om pilots te draaien, maar hebben niet of nauwelijks budget en reserves om de extra kosten van deelname in een dergelijk co-creatieproces te financieren.

En dan is er nog de angst bij zowel zorginstellingen als zorgverzekeraars om afhankelijk te worden van big tech, naast de huidige afhankelijkheid van big pharma. Hierdoor pogen zorginstellingen en zorgverzekeraars om het winstoogmerk van bedrijven in te perken door te eisen dat de prijs nooit veel hoger is dan kostprijs met een lage, vaste opslag. Al is het dan de vraag of het bedrijfsleven nog wil investeren in zorginnovaties.

Zo komen we terecht in een situatie waarin we het probleem van het tekort aan zorgpersoneel steeds maar voor ons uitschuiven. Waarin innovaties van start-ups en bedrijven keer op keer worden afgeschoten op 'te onzekere kostenbesparingen' in plaats van verder te kijken naar het potentieel om zorgpersoneel te vervangen.

UIT DE IMPASSE

Er zijn ook hoopgevende voorbeelden. Zo wordt bijvoorbeeld in het National E-Health Living Lab (NeLL) en binnen het e/MTIC-netwerk steeds vaker geëxperimenteerd met oplossingen die nog in de ontwikkelfase zitten. Innovaties worden daar tijdens de ontwikkeling meermaals getest met patiënten en zorgprofessionals, om implementatieproblemen voor te zijn. Nieuwe processen worden al uitgedacht terwijl product- en dienstinnovaties nog in ontwikkeling zijn.

Door verschillende partijen al in een vroeg stadium bijeen te brengen kunnen we prangende vragen rondom bekostiging, het verdienmodel en effectiviteit al in de blauwdrukfase aanpakken, in plaats van vooruitschuiven tot innovaties al zo ver zijn uitgekristalliseerd dat aanpassingen te kostbaar en ingewikkeld worden.

Anderen kunnen hier een voorbeeld aan nemen. Als er niet méér ruimte komt om op grote schaal in de zorg te experimenteren, komen we nooit uit deze impasse. Want hoe zit het met de toekomstige gevolgen van niet-verleende zorg door personeelstekorten? Alleen als we op een bredere manier naar waarde gaan kijken in het evalueren van zorginnovaties, kunnen we ervoor zorgen dat veelbelovende zorginnovaties geen vroege dood meer sterven.



Fleur Deken is hoogleraar Strategie, Technologie & Innovatie bij de Vrije Universiteit Amsterdam.