

Casus zorg



Roland Friele, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL)

Achtergrond

In dit stuk staat de vraag centraal in hoeverre het Topsectorenbeleid binnen de sector *Life Sciences and Health*, en in het verlengde hiervan het Europese programma Horizon 2020, een antwoord kunnen gaan geven op de grote maatschappelijke uitdagingen van de Nederlandse gezondheidszorg. Deze vraag komt voort uit een adviesvraag aan de Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT) over hoe in Nederland optimaal kan worden bijgedragen aan de aanpak van maatschappelijke uitdagingen via het topsectorbeleid, het profileringsbeleid en de kennis zoals die ontwikkeld wordt door de kennisinstellingen en het Europese kaderprogramma Horizon 2020. Voor de beantwoording van deze vraag heeft de AWT ervoor gekozen een aantal casestudies uit te laten voeren op specifieke deelterreinen. Dit stuk vormt één van die casestudies, over de gezondheidszorg.

Gevraagd is om een compacte analyse van de relatie tussen de maatschappelijke opgaven in de gezondheidszorg en de ontwikkelingen op het gebied van de topsectoren en Horizon 2020. Dit stuk is als volgt opgebouwd. De hoofdmoot bestaat uit een analyse van de maatschappelijke opgaven voor de Nederlandse gezondheidszorg. Vervolgens wordt beschreven op welke manier keuzes worden gemaakt bij de programmering binnen de topsector *Life Sciences and Health* en de manier waarop dit soort keuzes gemaakt lijken te gaan worden voor Horizon 2020.

De maatschappelijke opgaven van de Nederlandse gezondheidszorg

De Nederlandse gezondheidszorg is succesvol. Qua levensverwachting zit Nederland boven het OECD gemiddelde [2]. Nederland scoort goed voor hart- en vaatziekten, ongevallen, bewegen en overgewicht, en voor sommige indicatoren voor kwaliteit van zorg. Minder goed doet Nederland het als het gaat voor de sterfte aan kanker en ademhalingsziekten, roken en gebruik van ecstasy [3]. In vergelijking met andere EU-landen doet Nederland het goed wat betreft preventie [4]. De successen mogen gekoesterd worden. Vergeleken met andere, ons omringende landen, zijn de Nederlandse uitgaven (als % van het bruto nationaal product) gemiddeld voor wat betreft ziekenhuiszorg en laag

voor geneesmiddelen en ambulante zorg. Op het gebied van langdurige zorg en verpleging (*nursing care*), zijn de uitgaven in Nederland relatief hoog, waarbij opgemerkt moet worden dat deze laatste vergelijking met enige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd omdat er verschillen zijn tussen landen in berekeningsmethoden [5].

Vier uitdagingen

De laatste jaren is door verschillende partijen hun visie op de gezondheidszorg uitgebracht: naast het ministerie van VWS [6–9] zijn dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg [10], de SER [11], de KNMG [12] en de Orde der Medisch Specialisten [13] en een gezamenlijk document van 14 partijen [1]. Opmerkelijk is de grote overeenkomst tussen deze partijen in het definiëren van de aard van de uitdagingen: centraal staan het maken van keuzes, het herinrichten van de zorg, het verleggen van het accent van de arts naar de patiënt of bekostigingsstructuren. Kortom: vooral sturingsvragen. Niet of nauwelijks wordt melding gemaakt van de behoefte aan nieuwe behandelmethodeën of nieuwe technieken. Ook de documenten van het RIVM; de Zorgbalans en de Volksgezondheid Toekomst Verkenning, bevatten veel stuurvragen [5, 14].

De geformuleerde agenda's, opgaven, adviezen en overzichten zijn samen te vatten in vier uitdagingen:

1. De kostenstijging van de gezondheidszorg lijkt vrijwel onstuitbaar, ondanks dat die stijging al jaren als een cruciaal probleem wordt gezien. Het Centraal Planbureau stelde in het voorjaar van 2013: *De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit en goed toegankelijk voor allen. De kosten zijn in de afgelopen tien jaar wel sterk gestegen. Wanneer die trend zich voortzet, gaat voor de lagere inkomens driekwart van de toekomstige inkomensstijging op aan extra premies voor de zorg.* [15] Dit levert een stevige uitdaging op: om de gezondheidszorg solidair en goed toegankelijk te houden is beheersing van kosten hard nodig.
2. Op de wat langere termijn speelt er naast het financieringsprobleem ook een personeelsprobleem. Vanwege de demografische ontwikkelingen is het hoogst onzeker of er over 20 jaar wel voldoende mensen zijn die het arbeidsintensieve werk in de zorg kunnen leveren. Over de urgentie van deze uitdaging lijkt verschillend gedacht te worden. Nu, ten tijde van een crisis, lijkt het er op dat er teveel personeel is, terwijl in 2012 nog een tekort aan zorgpersoneel voor 2015 werd verwacht [16].
3. De levensverwachting van Nederlanders is de laatste jaren toegenomen [14]. Het succes van de gezondheidszorg heeft als paradoxale bijwerking dat steeds meer mensen ziek door het leven gaan. Door het succes van *screening* en behandeling is het aantal mensen met een chronische ziekte enorm toegenomen. Zelfs kanker en HIV zijn langzamerhand een chronische ziekte geworden. Het accent in de gezondheidszorg heeft altijd gelegen op het verlengen van het leven. In internationale *benchmarks* is de gemiddelde levensverwachting een belangrijke parameter. De uit-

daging hier is om het accent te verleggen van langer leven naar langer leven in goede gezondheid.

4. Naast deze uitdagingen, die een zekere actuele urgentie hebben, speelt de permanente zorg voor de kwaliteit en veiligheid van de gezondheidszorg. Een belangrijke rol is hierbij weggelegd voor het kwaliteitsinstituut en kwaliteitsindicatoren. Ook wordt benadrukt dat het bij kwaliteit ook moet gaan om het perspectief van patiënten, om de bereikte kwaliteit van leven.

Een voorbeeld van een visie op de gezondheidszorg is de agenda voor de zorg die 14 verschillende partijen gezamenlijk uitbrachten, waaronder organisaties van patiëntenorganisaties, artsen en verpleegkundigen [1]. De agenda bestaat uit negen punten:

1. Nadruk op gezondheid en gedrag en kwaliteit van leven
2. Zelfmanagement en eigen regie patiënt/cliënt
3. Hervormen van de *care*, optimaliseren van de *cure*
4. Zinnige en gepaste zorg
5. Een goed werkende arbeidsmarkt
6. Innovatieve zorg
7. Herinrichting van het zorglandschap
8. Mededinging ten dienste van samenwerking
9. Nieuwe bekostiging en financiering voor de zorg

In deze agenda's gaat het om vrij brede concepten, waarvoor het wellicht lastig is om aansluiting te vinden bij het onderzoeksbeleid in het kader van de topsectoren of horizon 2020. Daarom is nader gezocht naar uitwerkingen rond het begrip innovatie. Maar ook dan blijken de sturingsvragen de boventoon te voeren. Een citaat uit het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg:

“Zorgen dat innovatie (zowel technische vernieuwing als de verbetering van zorgprocessen en de organisatie van de zorg) meer gericht wordt op zelfredzaamheid van de patiënt en op de kosteneffectiviteit van de behandelingen. Zorgen voor een goede, transparante en tijdige informatievoorziening van en naar alle actoren. Zorgaanbieders en zorgverleners zullen met medewerking van zorgverzekeraars en in samenwerking met het Kwaliteitsinstituut de informatievoorziening over de kwaliteit, de *output* en de kosten verbeteren...” [10].

Het 'geluid' van de fondsen

Een ander geluid is overigens hoorbaar bij de 'fondsen'. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de strijd tegen kanker, alzheimer, diabetes of hart- en vaatziekten. Stuurvragen over de gezondheidszorg zie je nauwelijks bij deze fondsen, in hun uitingen gaat het vooral om het bestrijden van hun ziekte middels onderzoek. Het is ontegenzeggelijk zo dat deze fondsen hun boodschap verwoorden op een manier die een groot aantal Nederlanders raakt. Ze zullen hun geld ook vooral aan onderzoek op dit vlak besteden. Des te

opmerkelijk dat dit soort 'uitdagingen' geen weerklank hebben gevonden in de agenda's van de hierboven aangehaalde partijen.

De agenda van de zorg

De constatering dat er onder betrokkenen in de gezondheidszorg een grote consensus bestaat over de aard van de maatschappelijke uitdagingen levert in principe een eenduidig uitgangspunt. Het abstractieniveau van deze uitdagingen is echter vrij groot en een nadere precisering van de agenda van de zorg is nodig. Op grond van de verschillende beleidsnotities en adviezen is het mogelijk inzicht te geven in die agenda van de zorg, in de richting waar men oplossingen denkt te kunnen vinden voor de maatschappelijke uitdagingen. Die oplossingen worden gezocht in een andere inrichting van de gezondheidszorg en in nieuwe *governance*-modellen. Daarbij baseren we ons vooral op de beleidsagenda's van het ministerie van VWS [6–9], de RVZ [17–19] en eigen waarnemingen.

1. Een andere inrichting van de zorg: een grotere rol voor de patiënt

Deze ideeën hebben betrekking op het veranderen van de focus van handelen door de arts/hulpverlener naar handelen door de burger. Het gaat hierbij om een rijke baaierd aan ideeën, die betrekking hebben op de arts-patiënt relatie, op de rol van patiënten zelf, op hun relaties met hun omgeving en op een herinrichting van de gezondheidszorg zelf. Dit sluit aan bij een veel breder maatschappelijk beeld, dat van de omslag van een verzorgingsmaatschappij naar een participatiemaatschappij.

1.1 Het accent komt te liggen op de rol van de patiënt of de burger zelf: Het gaat hier om zelfmanagement (waardoor enerzijds autonomie toeneemt en anderzijds het beroep op formele zorg beperkt zou kunnen worden) en preventie (met name gericht op activiteiten die bijdragen aan de kwaliteit van leven, waarbij kwaliteit van leven breed wordt ingevuld) daarbij ook gedacht wordt aan het verbinden van preventie met andere maatschappelijke sectoren zoals de 'sport' en 'werk'.

1.2 De arts patiënt relatie: Het gaat hierbij om het inbrengen van 'zelfmanagement' in de behandelrelatie (geconstateerd wordt dat het versterken van zelf management hulpverleners niet in het bloed zit) en *shared decision making versus informed consent* (waarbij verwacht wordt dat *shared decisions* minder vaak leiden tot overbodig medisch handelen dan *informed consent*).

1.3 De patiënt en zijn omgeving: Voor met name de *Care*-sector wordt nagedacht over de manier waarop mantelzorgers een grotere rol kunnen gaan spelen in de zorg die nu nog vanuit de Awbz en de Wmo wordt gefinancierd. Dit zal maatschappelijk grote gevolgen kunnen hebben. Het veronderstelt een samenleving die minder geïndividualiseerd is. Maar ook in de curatieve sector ontstaan dit soort ideeën, zoals populatiegebonden bekostiging, maar ook een bijvoorbeeld het initiatief van de diabetesfederatie zich ook te richten op een gezonde leefomgeving [20].

1.4 *De zorg*: Het thema 'nee' zeggen is opgekomen [21] en de vraag is gesteld of 'wel alles moet wat kan' (de vraag stellen is de vraag beantwoorden) [22]. Deze vraag speelt op dit moment met nadruk rond het einde van het leven, maar zal in de toekomst veel vaker en ook eerder worden gesteld.

1.5 *De organisatie van de zorg*: Al enkele jaren wordt gesteld dat 'de zorg in de buurt' versterkt moet worden. Daarbij wordt ook gedacht aan het verbinden van 'de zorg' met andere domeinen, als welzijn, wonen en sport. Wat hiervan wordt verwacht is enerzijds een grotere autonomie bij patiënten maar zeker ook een kostenverlagende werking. De hoeveelheid zorg zal niet moeten toenemen. Een toename van zorg in de eerste lijn, een belangrijke component van zorg in de buurt, zal gepaard moeten gaan met een verschuiving van budget uit de tweede lijn. Voor de eerste lijn is de uitdaging de menselijke maat niet uit het oog te verliezen. In ziekenhuizen zien we tenslotte de trend naar schaalvergroting en specialisatie. De *evidence base* voor deze laatste ontwikkelingen is beperkt..

2. *Het ontwikkelen van nieuwe governance modellen in de zorg*

Zowel vanuit het belang van kostenbeheersing als vanuit de zorg voor kwaliteit en veiligheid is grote behoefte aan nieuwe sturingsprincipes en *governancemodellen*.

2.1 Kosten

Het huidige financieringsstelsel is geen effectief instrument gebleken voor de beheersing van de kosten. Weliswaar leiden marktelementen in het stelsel tot verlaging van stukskosten van individuele behandeling voor een aantal behandelingen, maar onder voorwaarde van volumestijging. Ook is sprake van nieuwe toetreders in de zorg, waar een zekere autonome volumegroei vanuit zal gaan. De rol die verzekeraars zouden kunnen spelen als bewaker van de kosten komt nog maar nauwelijks uit de verf. Dit wordt deels veroorzaakt door wantrouwen onder verzekerden en zorgverleners jegens verzekeraars en het idee dat verzekeraars vooral op de kosten willen letten en niet op de kwaliteit, deels doordat verzekeraars tot dusver nog maar nauwelijks financieel verantwoordelijk waren. Dit laatste is snel aan het veranderen. Verzekeraars zullen op zijn best nog enkele jaren nodig hebben om een maatschappelijk breder geaccepteerde rol te gaan spelen. Daarnaast wordt nagedacht over sturingsmodellen waarin investeren in preventie loont, zoals systemen voor populatiegebonden bekostiging. Dan gaat het om prikkels die niet zozeer gericht zijn op het maken van meer productie, maar op het realiseren van gepast gebruik.

2.2 Kwaliteit en veiligheid

Vanwege het belang dat aan een goede kwaliteit van de gezondheidszorg wordt gehecht, richt het ministerie van VWS het Kwaliteitsinstituut op. "*Het Kwaliteitsinstituut*

heeft als doel de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg te helpen verbeteren. --- Daarnaast heeft het instituut als doel de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken voor patiënten, professionals in de zorg, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en verzekeraars. --- Uitgangspunt is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken moeten maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard. Als deze partijen er om wat voor reden dan ook niet uitkomen, kan het Kwaliteitsinstituut helpen" [23].

Sinds 2004 is het onderwerp patiëntveiligheid stevig op de agenda gekomen, toen bleek dat in de Nederlandse gezondheidszorg jaarlijks 1735 mensen het leven verliezen wat waarschijnlijk voorkomen had kunnen worden. De laatste jaren is het aantal veiligheidsincidenten waarover wordt gepubliceerd in de media fors toegenomen. Recent is in een kamerdebat uitgebreid gesproken over de tekortschietende rol van de Inspectie op dit vlak.

Was het definiëren van wat goede kwaliteit van zorg is lange tijd voorbehouden aan de professionals, de laatste decennia heeft het perspectief van patiënten op wat goede kwaliteit is steeds meer gewicht gekregen. Daarbij wordt de reikwijdte van dit begrip steeds vergroot. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het pleidooi voor een andere definitie van het begrip gezondheid: *'Health as the ability to adapt and to self manage, in the face of social, physical and emotional challenges'* [24]. Centraal staat niet meer het afwezig zijn van een ziekte, maar centraal staan veerkracht, functioneren en eigen regie. Je zou dit kunnen vangen onder het begrip kwaliteit van leven.

De verbinding tussen de agenda van de zorg en de kennis- en ontwikkelingsagenda

Een onderzoeks- en ontwikkelagenda die bijdraagt aan de agenda van de zorg levert kennis en innovaties die bijdragen aan de doelen van de zorg, zoals kwaliteit van leven en aan de randvoorwaarde van kostenbeheersing. Nu dragen kennis en innovaties niet vanzelfsprekend bij aan deze doelen. Zo blijkt dat ongeveer de helft van de kostenstijgingen in de gezondheidszorg van de afgelopen tien jaar het directe gevolg zijn van innovatie: we kunnen steeds meer en doen daardoor ook steeds meer. Innovatie is dus een belangrijke bron van kostenstijging[25]. Om innovaties ook bij te laten dragen aan kostenbeheersing is dus meer nodig dan alleen maar innovatieve ideeën.

Die innovatieve ideeën zouden moeten aansluiten bij de inhoud van de agenda van de zorg: dus aan moeten sluiten bij de ambitie om patiënten een grotere rol te geven, om zorg meer in de buurt te organiseren, om zelfmanagement te versterken. Het gaat dan om de ontwikkeling van nieuwe technologieën, die bijdragen aan deze agenda. Daarbij wordt bijvoorbeeld veel verwacht van *e-health*. Maar ook de bijdrage van *e-health*-innovaties is verre van vanzelfsprekend. Daarnaast zijn we op zoek naar kennis en innovaties die betrekking hebben op de organisatie, inrichting en sturing van de zorg. Hier spelen veel verschillende vragen. Het gaat om vragen op bestuurlijk vlak, over de rol die ge-

meentes kunnen spelen, maatschappelijk vraagstukken rond solidariteit in buurten en wijken, ethische vraagstukken over het stellen van grenzen terwijl er medisch gezien wel mogelijkheden zijn en vraagstukken rondom het versterken van zelfmanagement en therapietrouw. Het gaat om antwoorden die helpen bij het organiseren van de zorg, bij het inzetten van innovatieve technologieën op zo een manier dat deze bijdragen aan de kwaliteit van leven onder de voorwaarde van kostenbeheersing en aan de doelen kwaliteit en veiligheid.

Het beperkte effect van kosteneffectiviteitsanalyse

Kostenbeheersing staat natuurlijk al langer op de agenda in de zorg. Eén van de instrumenten daartoe is het uitvoeren van een kosteneffectiviteitsanalyse, voordat een innovatie opgenomen wordt in het zorgaanbod. Daarbij wordt dan nagegaan in hoeverre de innovatie kosteneffectief is. Als die kosteneffectiviteit is aangetoond, dan kan worden besloten de innovatie op te nemen in het zorgaanbod. In de praktijk betekent dit echter niet dat daarmee de gezondheidszorg goedkoper wordt. Er zijn verschillende mechanismen die ervoor kunnen zorgen dat een kosteneffectieve innovatie toch bijdraagt aan een verhoging van de kosten in de zorg. Allereerst geldt dat de baten van een investering in de zorg niet altijd in geld zijn uit te drukken en ook niet als een vorm van rendement of besparing terugkeren in het zorgbudget. Denk bijvoorbeeld aan een behandeling die leidt tot een langere levensduur bij patiënten. Dit kan een kosteneffectieve behandeling zijn: de prijs van een gewonnen levensjaar is bijvoorbeeld laag. Echter die prijs moet wel worden betaald, terwijl de baten niet leiden tot een kostenreductie. Een ander mechanisme is dat een kosteneffectiviteitsanalyse kan uitwijzen dat een bepaalde behandeling goedkoper is dan een andere behandeling, met eenzelfde effect. Dit zou dus kunnen leiden tot een kostenreductie als die nieuwe behandeling wordt ingezet als vervanger van de oude. Maar, dat hoeft niet altijd te gebeuren. Het kan heel goed zijn dat beide behandelingen naast elkaar blijven bestaan, wat juist tot een kostenstijging leidt. Een derde mechanisme is dat een kosteneffectieve behandeling in de praktijk veel breder wordt ingezet dan aanvankelijk verwacht. Denk aan een dotterbehandeling. Als deze alleen zou worden ingezet als alternatief voor een openhartoperatie, dan is deze zeer kosteneffectief. Het ligt echter voor de hand dat in de klinische praktijk eerder besloten wordt tot een dotterbehandeling, dan tot een openhartoperatie, vanwege de geringere belasting voor de patiënt. Hierdoor neemt het aantal behandelingen toe en daarmee ook de kosten van de zorg, ondanks dat de nieuwe behandeling goedkoper is dan de oude behandeling. Dit betekent dat een nuttige exercitie als een kosteneffectiviteitsanalyse geen garantie biedt voor kostenbeheersing. Het probleem is dat bij een kosteneffectiviteitsanalyse de mogelijke baten van een losstaande innovatie wordt beoordeeld in een min of meer statische context, terwijl de toepassing van die innovatie plaats vindt in een dynamische context, waarbij die dynamiek er voor zorgt dat een mogelijk kostenbesparend effect niet wordt gerealiseerd. Die dynamiek is dagelijkse praktijk. Voor het beantwoorden van de vraag hoe te komen tot kostenbeheersing zijn dus instrumenten nodig die passen bij de dynamiek van die praktijk.

Hoe gaan andere landen om met het leggen van de link tussen maatschappelijke opgaven en onderzoek?

Vanuit de AWT is de vraag gesteld naar mogelijke voorbeelden voor de link tussen het vaststellen van maatschappelijk opgaven en de onderzoeks- en ontwikkelingsagenda in de gezondheidszorg. Recent is hierover gepubliceerd door Ettelt en Mays [26]. Ze constateren dat op enkele uitzonderingen na er geen samenhangende strategie is op dit gebied. *“In England, the government published ‘Best Research for Best Health’ in 2006 which set out its strategic aims for funding health research, including HSR. Likewise, the Scottish Chief Scientist Office, in 2009, published a comprehensive strategy for health research. Both countries share a long tradition of HSR supported by government funding”.*

Een voorbeeld uit Canada is het project *‘Listening for Direction’*, waarin op een uitgebreide en systematische manier gezocht wordt naar prioriteiten op het gebied van gezondheidsonderzoek: met rapportages in 2001, 2004 en 2007. Onduidelijk is of deze activiteit wordt gecontinueerd. Onduidelijk is ook wat hier precies de impact van is. Wel geeft *Canadian Institutes of Health research* (een financieringsorganisatie voor gezondheidsonderzoek) aan dat de resultaten van dit proces gebruikt worden als één van de bronnen voor hun programmering.

Ettelt en Mays constateren dat andere, meer indirecte, mechanismen leiden tot prioritering van onderzoek. Daarbij speelt de selectie binnen de wetenschappelijke wereld een doorslaggevende rol. De uitzondering is de *Health Technology Assessment*, waar wel een directere relatie is tussen beleid en de onderzoeksagenda. Ettelt en Mays beantwoorden vervolgens de vraag niet hoe dit mechanisme dan uitpakt. In een al wat ouder advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek wordt geconstateerd dat het gezondheidszorgonderzoek, waar onder meer de stuurvragen aan de orde komen, lager wordt gewaardeerd dan bijvoorbeeld het biomedische onderzoek [27].

Het topsectorenbeleid: met name *Life Sciences and Health*

In de volgende alinea's gaan we in op het topsectorenbeleid en dan vooral op het onderdeel *Life Sciences and Health*. Daarbij baseren we ons vooral op de formele documenten, die inzicht geven in de uitgangspunten van dit beleid. Centraal staat daarbij de vraag of in hoeverre in deze documenten keuzes worden gemaakt die het waarschijnlijk maken dat de activiteiten die hieruit voortvloeien aan zullen sluiten bij de hierboven beschreven agenda voor de zorg. In dit stuk maken we geen analyse van de reeds gestarte projecten, deels omdat de concrete invulling van dit beleid nog goeddeels gestalte moet krijgen.

In het topsectorplan *Life Sciences & Health* wordt de missie van LSH als volgt omschreven: *Life Sciences & Health levert producten en technologieën die het in toenemende mate mogelijk maken ziekten te voorkomen (preventie), vroeg op te sporen (vroegdiagnostiek), effectief te behandelen (therapie op maat) en zorg te verplaatsen van het zie-*

kenhuis naar de thuisomgeving (zelfmanagement). Deze oplossingen verhogen de kwaliteit van leven, vergroten en verlengen de productiviteit en helpen de sterk oplopende kosten van de zorg beheersen. Voorkomen is goedkoper dan genezen. Tijdige diagnose en maatwerk in therapie voorkomen onnodige, dure behandelingen. Zelfmanagement vergt minder handen aan het bed – anders heeft de gezondheidszorg over vijftien jaar enkele honderdduizenden extra mensen nodig om aan de zorgvraag te voldoen[28].

In hetzelfde document staat de volgende passage: *De topsector Life Sciences & Health ziet het als zijn maatschappelijke opdracht oplossingen te ontwikkelen en te leveren voor hogere kwaliteit tegen lagere kosten. Dat vraagt wel om een paradigmaverschuiving in de sector en bij de overheid. In het verleden deed innovatie de kosten stijgen (want het maakte meer behandeling mogelijk). In de toekomst moet onderzoek vooral gericht zijn op innovaties die (ook) kosten en arbeid besparen. Daarbij moet de zorg gezien worden als een systeem waarvan, om de totale kosten te laten afnemen, soms in een individueel onderdeel de kosten, moeten stijgen. Het vergt een integrale benadering, transparantie en multidisciplinaire samenwerking tussen Life Sciences & Health, de zorg en de overheid. Ook daarom is de (fysieke) infrastructuur en publiek-private samenwerking van lab tot kliniek zo belangrijk.*

Het moge duidelijk zijn dat bij de vormgeving van de topsector *Life Sciences & Health* gezocht wordt naar een invulling die qua inhoud en op hoofdlijnen aansluit bij de agenda van de zorg: voorkomen van ziekte, verplaatsen van zorg in het ziekenhuis naar thuis en zelfmanagement. Ook blijkt men zich bewust van het potentiële oprijvende effect van onderzoek en innovatie op de kosten van de zorg. Dit risico is met zoveel woorden aan de orde gesteld door de DG volksgezondheid van het ministerie van VWS. In een voordracht [29] uitte hij zijn zorgen over dit risico en sprak hij de hoop uit dat dit effect niet zou optreden.

Ook in het innovatiecontract, een document van later datum, wordt aandacht besteed aan de noodzaak van kostenbeheersing[30]: *“That is the vision of the topsector Life Sciences & Health: to increase health and wealth for both our society and the economy by turning our biggest challenge into our biggest opportunity. The topsector aims to develop cost-effective health solutions and accelerate their delivery. The topsector aims for a paradigm shift: where in the past innovations often added to healthcare costs by making more treatment possible and thus generating additional demand, tomorrow’s innovations must also reduce costs and labor. That is not a paradox, but a genuine possibility.”*

Wat in beide documenten opvalt is dat nadrukkelijk wordt gesproken over de intentie om bij te dragen aan kostenbeheersing. Echter, in de documenten ontbreken vervolgens concrete instrumenten, stappen, aangrijpingspunten of maatregelen die dit een realistisch perspectief zouden kunnen maken: het gaat om een *genuine possibility*. Eerder betoogden we dat dit soort instrumenten essentieel zijn omdat anders innovatie zal werken als bron voor kostenstijging, ondanks de mogelijke kosteneffectiviteit van de indivi-

duale innovatie. Dit soort instrumenten ontbreekt geheel. Ook in de concrete ambities, zoals geformuleerd in het LSH programma, wordt men niet concreter. Het meest concrete doel is gericht op het vergroten van omzetten, terwijl de beheersing van groei als een bijkomend effect wordt gepresenteerd:

Hiertoe streeft de sector de volgende ambities na [28]:

1. *Het bedrijfsleven behoort tot de snelste 3 groeiers in Europa (omzet en winstgevendheid), de werkgelegenheid, de ontwikkelportfolio en de omzet uit de export groeien sneller dan gemiddeld in Europa en meer dan 10% van de omzet wordt in R&D geïnvesteerd.*
2. *De sector ontwikkelt zorgoplossingen die de kwaliteit van leven verhogen, mensen langer in hun eigen omgeving laten wonen, bijdragen aan een hogere arbeidsproductiviteit in de zorg en daarbuiten en bijdragen aan de beheersing van de verwachte sterke groei van de zorgkosten.*

Bezien we vervolgens hoe NWO zijn propositie voor LSH omschrijft, dan valt op dat vooral gekozen wordt voor een link met het bedrijfsleven en de 'maakindustrie' [31]: *"Om de koppeling tussen onderzoek en bedrijfsleven mogelijk te maken is bewust gekozen voor de technologische insteek van de roadmaps, en niet voor de ziektegerichte of maatschappelijke aanvliegroute."*

In de aankondiging van het Horizon2020programma treffen we de volgende zin aan: *"... Horizon 2020 will tackle societal challenges by helping to bridge the gap between research and the market by, for example, helping innovative enterprise to develop their technological breakthroughs into viable products with real commercial potential. This market-driven approach will include creating partnerships with the private sector and Member States to bring together the resources needed."* [32]

Ook hier lijkt het accent te liggen op de mogelijkheden die de markt en ondernemingen bieden op het gebied van technologie en producten met een commercieel perspectief.

Conclusie

Deze analyse laat zien dat de agenda van de zorg en de onderzoeksagenda's *Life sciences and health* en Horizon 2020 zich richten op twee verschillende werkelijkheden. De onderzoeksagenda's richten zich op individuele ziekten en losstaande innovaties, terwijl in de agenda van de zorg het maatschappelijke vraagstuk van de duurzaamheid; kwaliteit en betaalbaarheid; van de zorg centraal staat.

De zorg kenmerkt zich door een gestage groei, vaak groter dan de groei van het bruto nationaal product. Een belangrijke aanjager van de groei in de gezondheidszorg is de

ontwikkeling van innovatieve producten of behandelingen. In de documenten voor de top sector *Life Sciences & Health* wordt gewezen op het belang van kostenbeheersing. Maar het ontbreekt aan een uitgewerkte strategie om dit te bereiken. De voorlopige opzet van Horizon 2020 doet ook vermoeden dat deze strategieën ook niet in dit programma zullen worden opgenomen. Natuurlijk is het heel aantrekkelijk om in tijden van budgettaire krapte aan te haken bij de investeringsagenda van het bedrijfsleven. Voor elke publieke euro kan op die manier meer waarde worden gegenereerd. Een bijkomend voordeel is ook nog dat er een partij betrokken is die eventuele successen zal willen toepassen. Dit vergroot de kans dat innovatieve ideeën ook worden toegepast. De bijwerking is evenwel dat hierdoor vooral gezocht zal worden naar innovaties die commercieel interessant zijn. Daarmee komt kostenbeheersing op het tweede plan, niet meer dan een *genuine possibility*, dit is geen noodzaak.

Daarnaast zien we dat in de topsector en bij de opzet van Horizon 2020 vooral wordt ingezet op techniek en bedrijfsleven, er moeten dingen gemaakt en verkocht kunnen worden. Wat in deze onderzoeksagenda's ontbreekt is aandacht voor vraagstukken die te maken hebben met de organisatie, *governance* en sturing in de zorg. Hoe krijgen we het voor elkaar dat het accent in de zorg verlegd wordt naar de patiënt, van zorgen voor de patiënt naar zorgen door de patiënt. Van zorg die vooral plaats vindt in het ziekenhuis naar zorg die in de buurt van de patiënt is georganiseerd. Van zorg, waarin centraal staat dat alles wat we kunnen ook wordt toegepast, naar zorg waarin dit niet altijd gebeurt. Dit zijn vragen die zich niet laten beantwoorden in het technologische domein. In de topsector *Life Sciences & Health* ontbreken dit soort vragen geheel. Ook in de NWO propositie ontbreekt dit maatschappelijke perspectief.

De topsector *Life Sciences & Health* en Horizon 2020 zullen prachtige en inspirerende innovaties opleveren, die zullen kunnen bijdragen aan de kwaliteit en uitkomsten van de gezondheidszorg. Maar, die bijdrage is te eenzijdig. De kernvragen waar we in de Nederlandse gezondheidszorg voor staan zijn op dit moment vooral stuurvragen: hoe zorgen we voor een houdbare gezondheidszorg? Daar hoort innovatie bij, maar ook kennis over hoe die innovatieprocessen zo in te richten, dat ze bijdragen aan die duurzaamheid en niet alleen maar aan een vergroting van omzet.

Reference List

1. ActiZ - CSO - GGD Nederland - GGZ Nederland - KNMG - LHV - LVG - NFU - NPCF - NVZ - OMS - VGN - V&VN - ZN (2012) Agenda voor de zorg.
2. Jourmard I (2011) Cross-country comparison of health care system efficiency.
3. Harbers M, Wilk E, Kramers P, Kuunders M, Verschuuren M, Eliyahy H, Achterberg P (2008) Dare to compare.
4. Mackenbach JP, McKee M (2013) De resultaten van het Nederlandse gezondheidsbeleid, een Europese vergelijking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 157: A5687.
5. (2013) Zorgbalans; zorguitgaven en bruto binnenlands product.

6. Ministerie van VWS (2009) Maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg; Update anno 2009 met prioritaire thema's voor de kennis- en innovatie-agenda voor de gezondheidssector.
7. Ministerie van VWS (2011) Beleidsagenda VWS 2012.
8. Ministerie van VWS (2009) Beleidsagenda VWS 2010.
9. Ministerie van VWS (2013) Kamerbrief over Gezamenlijke agenda VWS: 'Van systemen naar mensen'.
10. Raad voor de volksgezondheid en zorg (2010) Perspectief of gezondheid 20/20.
11. SER (2012) Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg.
12. KNMG (2013) Concept visiedocument: Zorg waar de KNMG federatie voor staat.
13. Orde der medisch specialisten (2013) Visiedocument de medisch specialist 2015.
14. Lucht Fvd, Polder J (2010) Van gezond naar beter, kernrapport van de volksgezondheid toekomst verkenning 2010.
15. Centraal planbureau (2013) De toekomst voor de zorg.
16. Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn (2012) Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2011-2015.
17. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2013) De participerende patiënt.
18. Raad voor de volksgezondheid en zorg (2012) Regie aan de poort.
19. Raad voor de volksgezondheid en zorg (2012) Redzaam ouder.
20. Nederlandse diabetesfederatie (2013) NDF Masterplan Diabetes.
21. Faber M, Loenen Tv, Berg Mvd, Westert G (2012) Huisarts kan zorg betaalbaarder maken. Medische Contact 2574-2576.
22. Haaft Gt (2013) Moet alles wat kan? ZonMw.
23. (2013) Het Kwaliteitsinstituut.
24. Huber M, Knottnerus JA, Lawrence G, Henriette vdH, Alejandro RJ, Daan K, Brian L, Kate L, Maria IL, Jos WM, Paul S, Richard S, Chris vW, Henk S (2011) How should we define health? BMJ 343.
25. Kommer G, Wong A, Slobbe L (2010) Determinanten van de volumegroei in de zorg.
26. Ettelt S, Mays N (2012) Health services research in Europe and its use for informing policy. Journal of Health Services Research & Policy 16: 48-60.
27. Raad voor gezondheidsonderzoek (2008) Gezond zorgonderzoek.
28. (2011) Topsectorenplan Lifesciences & Health.
29. Huijts P. (2012) Topsector Life Sciences & Health en de houdbaarheid van de zorg.
30. Regiegroep Life Sciences & Health (2012) Innovation contract 2012 from the topsector Life Sciences & Health.
31. (2011) NWO-propositie voor de Topsector Life Sciences and Health.
32. (2011) The EU Framework Programme for Research and Innovation.