

CELSUS
ACADEMIE VOOR
BETAALBARE
ZORG



Werkprogramma 2013 - 2017

Celsus, academie voor betaalbare zorg

Celsus, academie voor betaalbare zorg

Dr. P.P.T. Jeurissen
Dr. M.M.T.J. Ouwens
Prof. dr. G.P. Westert

COLOFON

©Celsus, academie voor betaalbare zorg, 2013

Celsus, academie voor betaalbare zorg

info@celsusacademie.nl

www.celsusacademie.nl

Uitgever: Celsus, academie voor betaalbare zorg

Tekst: Patrick Jeurissen, Mariëlle Ouwens

Eindredactie: Jolanda Horsten

Inhoud

Inleiding.....	6
Leeswijzer.....	8
Deel 1: Kennisontwikkeling.....	9
1. Betaalbare zorg als (beleids)probleem	9
1.1 Probleemschets	9
1.2 Groei van de zorguitgaven.....	10
1.3 Oorzaken van de stijgende zorguitgaven.....	15
2. Vraagstellingen, kernwaarden en strategie	18
2.1 Vraagstellingen	18
2.2 Kernwaarden en strategie.....	19
3. Beleid en betaalbaarheid	21
3.1 Bezuinigen in de zorg.....	21
3.2 Financieel toezicht.....	22
3.3 Afbakening	23
3.4 Populatiebekostiging.....	24
3.5 De prijs van zorg.....	24
3.6 Efficiënt investeren	25
3.7 De vraag naar langdurige zorg.....	25
4. Kwaliteit en betaalbaarheid.....	26
4.1 Substitutie.....	26
4.2 Reductie van overbehandeling	27
4.3 Hoge kosten.....	28
5. Cultuur en betaalbaarheid	29
5.1 Medicalisering.....	29
5.2 Professionele normen	29
5.3 Mantelzorg en vrijwilligerswerk	30
6. Innovatie en betaalbaarheid	31
6.1 Uitgavenbesparende innovaties	31
6.2 Pakketbeheer en richtlijnen.....	31
Deel 2: Kennisdeling en –toepassing.....	32
2.1. Het vraagstuk.....	32
2.2 De context.....	34

2.3 Manieren van kennisontwikkeling.....	35
2.4 Kennisdeling en kennistoepassing = kennis-cocreatie	37
2.5 Vormgeven van kennis-cocreatie.....	38
2.6 Activiteiten voor kennisdeling en -toepassing.....	40
Referenties deel 1.....	42
Referenties deel 2.....	45
Eindnoten.....	46

Inleiding

De Nederlandse zorg is - na die van de Verenigde Staten - de duurste ter wereld. Maar liefst twaalf procent van al het geld dat er in ons land verdiend wordt, wordt daaraan besteed. En de kosten blijven maar stijgen, elk jaar met vijf procent.

Voor deze stijging zijn verschillende oorzaken, denk aan de vergrijzing in ons land, sociaal-culturele ontwikkelingen zoals steeds mondigere burgers, technologische ontwikkelingen die leiden tot nieuwe - en vaak dure - behandelvormen en aan het gegeven dat er steeds meer chronisch zieken zijn. Als de stijging zich in dit tempo voortzet, dreigt er een problematische situatie te ontstaan: de zorguitgaven zullen de overige collectieve uitgaven verdringen ten koste van de koopkracht van burgers. Bovendien kan het mechanisme van solidariteit - tussen oud en jong, ziek en gezond, hoge en lage inkomens, werkenden en niet-werkenden - verder onder druk komen te staan omdat steeds meer mensen steeds meer moeten betalen.

VWS wil deze problemen voorkomen. Een belangrijk thema op de VWS Kennisagenda is dan ook 'Collectieve zorg en ondersteuning betaalbaar houden'. Maar effectief beleid maken om dit te bereiken is geen gemakkelijke opgave. Allereerst vraagt betaalbare zorg om verbindende maatregelen op verschillende niveaus: op microniveau tussen burger/patiënt en zorgverlener; op macroniveau tussen maatschappij en overheid en op mesoniveau tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en financiers. Bovendien is het belangrijk om de kennis van verschillende disciplines met elkaar te verbinden. Dan gaat het om economie, bedrijfskunde, bestuurskunde, sociale wetenschappen, gezondheidswetenschappen en geneeskunde.

Celsus, academie voor betaalbare zorg

Tot voor kort was er in Nederland nog geen kennisprogramma dat het probleem van de almaar stijgende zorgkosten in al zijn aspecten in kaart brengt. Ook waren er nauwelijks verbindingen en kruisbestuivingen tussen academische en beleidsmatige kennis en ervaring. Daarom heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een kennisprogramma Betaalbare Zorg geïnitieerd waarin aandacht is voor een integrale benadering van het probleem, de focus ligt op toetsbare onderzoeksvragen, empirische handvatten en op een rechtstreekse uitwisseling van kennis tussen wetenschappers en beleidsmedewerkers. Dit kennisprogramma heeft gestalte gekregen in Celsus, academie voor betaalbare zorg, een initiatief van VWS in samenwerking met het UMC St. Radboud/IQ healthcare en de Radboud Universiteit.

De Celsus academie heeft de ambitie om *het* expertisecentrum van Nederland te worden op het gebied van betaalbare zorg. De academie verzamelt en creëert kennis op dit gebied en concentreert zich daarbij op interdisciplinaire vraagstukken en hoe die vanuit de wetenschap geïmplementeerd kunnen worden in praktijk en beleid. Wat zijn de effecten? Wat werkt? Wat werkt niet en waarom dan?

De Celsus academie doet dit alles niet vanuit een ivoren toren. Want kennis moet stromen om te kunnen renderen. Daarom organiseert de academie ook cursussen en een speciaal opleidingsprogramma. Om de opgebouwde kennis actief te verspreiden en de bestaande kennis over betaalbare zorg te ontsluiten. De academie wil een platform zijn voor een maatschappelijke discussie over de betaalbaarheid van zorg.

Als het aan de Celsus academie ligt, kan Nederland over twintig jaar nog steeds trots zijn op onze zorg. Omdat die van excellente kwaliteit is, breed toegankelijk en tegelijkertijd betaalbaar. Voor elke burger!

Leeswijzer

Het kennisprogramma van de Celsus academie krijgt vorm in dit Werkprogramma dat bestaat uit de volgende twee delen.

Deel 1

Deel 1 behandelt de onderzoeksagenda van de Celsus academie. Ter introductie schetst *hoofdstuk 1* de achtergrond van het probleem van betaalbare zorg, zoals dat het laatste decennium is ontstaan. Waarom is het belangrijk en waarom is het eigenlijk een probleem? Wat weten we over de stijging van de zorguitgaven? Welke veranderingen zien we de laatste jaren en wat is precies de relatie tussen zorguitgaven en gezondheid?

Hoofdstuk 2 gaat in op de hoofdvragen en de gehanteerde strategieën bij de uitvoering van dit Werkprogramma. Waarom stijgen de uitgaven en - vooral - hoe kunnen ze zo worden beteugeld dat de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg zoveel mogelijk buiten schot blijven?

De inhoud van het Werkprogramma, de feitelijke onderzoeksagenda, komt aan bod in de *hoofdstukken 3 tot en met 6*. Elk hoofdstuk gaat in op een van de vier kernthema's van de Celsus academie. Zo komt het thema Beleid en betaalbaarheid aan de orde in *hoofdstuk 3*. Hoe wordt er precies bezuinigd en bespaard in de zorg en wat zijn daarvan de effecten? Hoe verrekenen verzekeraars en zorgkantoren verschillen tussen afspraken en realisaties? Welke effecten gaan er uit van financieel toezicht en welke niet?

Hoofdstuk 4 behandelt een heilige graal: Meer kwaliteit tegen lagere kosten. Velen denken dat dit mogelijk is en illustreren dit met een scala aan voorbeelden. Om dit te verzilveren zijn substitutie naar goedkopere zorg en het terugdringen van onnodige zorg noodzakelijk. Maar waarom is dit in de praktijk zo moeilijk en hoe kan dat dan beter?

Zorg is en blijft vooral mensenwerk. *Hoofdstuk 5* gaat daarom in op de relatie tussen Cultuur en Betaalbaarheid. Is er sprake van medicalisering? Zo ja, waaruit blijkt dat en is het te beïnvloeden? Hoe kunnen mantelzorg, vrijwilligerswerk en formele zorg beter op elkaar worden afgestemd? Wat is de relatie tussen de professionele cultuur en betaalbare zorg?

Tot slot behandelt *hoofdstuk 6* het thema Innovatie en betaalbaarheid. Hoe stoppen we bijvoorbeeld met weinig effectieve of ineffectieve zorg en hoe implementeren we kostenbesparende innovaties?

Deel 2

In deel 2 van het kennisprogramma staat kennisdeling centraal. Hoe vindt de door de academie ontwikkelde kennis zijn weg naar beleid en praktijk zodat deze kennis ook daadwerkelijk een bijdragen kan leveren aan betaalbare zorg?

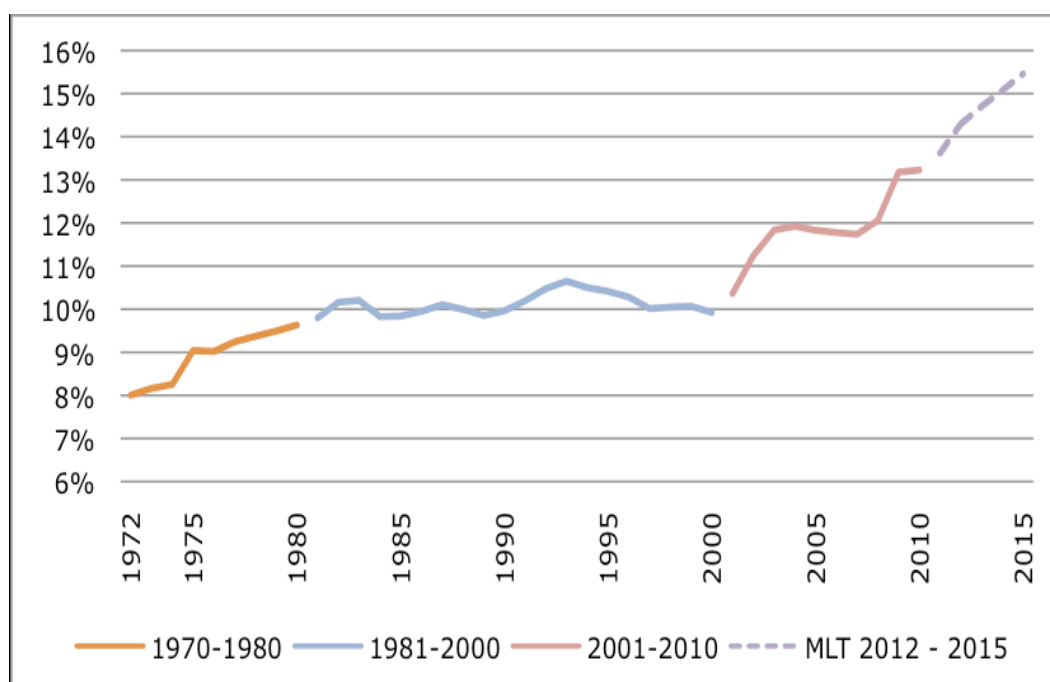
Paragraaf 1 schetst wat voor soort probleem het vraagstuk van de betaalbare zorg is. *Paragraaf 2* handelt over de context waarin naar dit probleem moet worden gekeken. Vervolgens wordt in *paragraaf 3* ingegaan op de verschillende manieren van kennisontwikkeling. In paragraaf 4 staat cocreatie - en de effecten daarvan - centraal en paragraaf 5 gaat in op het vormgeven daarvan. Tenslotte beschrijft *paragraaf 6* de concrete activiteiten die de Celsus academie inzet om de kennis tussen wetenschap en beleid samen te laten komen zodat die in de praktijk daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan betaalbare zorg.

Deel 1: Kennisontwikkeling

1. Betaalbare zorg als (beleids)probleem

1.1 Probleemschets

De zorguitgaven stijgen al sinds jaar en dag (zie figuur 1). Op zichzelf niets nieuws onder de zon. Lange tijd kon deze stijging worden gefinancierd vanuit de economische groei. In de regel bleef er dan nog voldoende ruimte over voor andere publieke uitgaven én voor extra koopkracht voor de burgers. Zo kreeg iedereen een deel van de gestaag groeiende taart van onze nationale welvaart. Bovendien droegen de groeiende zorguitgaven via betere zorg ook bij aan een betere volksgezondheid en legitimeerde de stijgende levensverwachting (mede) de stijgende kosten. Een groeiende stroom van gezondheidseconomisch onderzoek duidde investeringen in de zorg als ‘zeer kosteneffectief met gemiddelde rendementen tot wel driehonderd procent’.¹



Figuur 1: Groei van de Nederlandse zorguitgaven²

Maar deze formule van ‘makkelijk’ budgettair inpasbare zorg voor ‘rendabele’ investeringen staat nu onder druk. Door de vergrijzing, de stijgende kosten per behandeling en de lage economische groei wordt de budgettaire inpasbaarheid van de zorguitgaven in de toekomst steeds meer afhankelijk van de volgende drie zaken:

- 1) hogere collectieve lasten en belastingen;
- 2) verdringing van andere publieke uitgaven;
- 3) afwenteling op de private koopkracht.

Deze drie opties hebben belangrijke politieke en economische nadelen voor de koopkracht van burgers³, voor de ontwikkeling van andere publieke sectoren⁴ en voor de solidariteit⁵ in de

samenleving⁶. Als de stijgende zorguitgaven collectief worden gefinancierd, kan de economische groei onder druk komen te staan door het (negatieve) verband dat bestaat tussen een lager netto loon (door hogere zorgpremies) en arbeidsaanbod. Anders gezegd: als mensen extra zorgpremie moeten betalen, zal het arbeidsaanbod afnemen.

Door gebrek aan maatschappelijke acceptatie voor harde ingrepen, is er momenteel veel aandacht voor bezuinigingen die ‘minder pijn’ doen omdat ze de vermeende ondoelmatigheid in de zorg aanpakken. Zo stelde voormalig minister Ab Klink onlangs dat er in de zorg nog € 4 tot € 8 miljard kan worden bespaard door in te zetten op meer kwaliteit⁷. Ook hoogleraar Kwaliteit van Zorg Gert Westert wijst in zijn oratie op het belang van investeren in kwaliteit en doelmatigheid om de zorg weer gezond te maken⁸. Daarom is het van belang om allereerst de praktijkvariatie inzichtelijk te maken. De relatie tussen zorguitgaven en de geleverde kwaliteit is diffuus. Op alle zorgniveaus bestaat een grote mate van praktijk- en prijsvariatie: tussen landen, tussen regio's, tussen instellingen en tussen professionals⁹. Daarnaast stellen veel mensen vragen bij de technische efficiency van de zorgverlening, ofwel een beperktere inzet van mensen en middelen: is er onnodige verspilling, staan bedden en apparatuur onnodig vaak leeg en zijn de administratieve kosten onnodig hoog¹⁰?

Er zijn kanttekeningen te plaatsen bij de aanname dat zorginvesteringen per definitie rendabel zijn. David Cutler heeft laten zien dat de baten van extra zorguitgaven in de loop der jaren zijn gedaald. We krijgen steeds minder gezondheid voor elke extra euro die we uitgeven aan zorg¹¹. Daarnaast is een groot deel van de extra gezondheidswinst van de afgelopen decennia toe te schrijven aan enkele aandoeningen. In de eerste plaats aan hart- en vaatziekten en in mindere mate aan lagere borstkankersterfte en minder verkeersdoden^{12 13}. Anders gezegd: een (behoorlijk) deel van de zorguitgaven leidt niet tot een positieve investeringsratio¹⁴; of deze hangt af van de (zeer) hoge immateriële waarde die wij volgens gezondheidseconomen aan een extra levensjaar toekennen¹⁵. Extra levensjaren worden steeds vaker toegevoegd aan het einde van iemands leven¹⁶. Wel laat het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) in de Zorgbalans 2010 zien dat zorg toegankelijker is geworden (verdwijnen van de wachtlijsten, komst van huisartsenposten en persoonsgebonden budget) en kwalitatief beter is geworden (meer handen aan het bed in de langdurige zorg). In alle gevallen geldt dat een doelmatige zorgsector met een beperkte uitgavengroei, de druk vermindert op moeilijke politiek-maatschappelijke keuzes: de keuze voor een kleiner pakket, voor meer eigen betalingen, voor minder onderwijsuitgaven en/of voor hogere belastingen. De relevantie van hoogwaardige kennis over doelmatige en betaalbare zorg is dan ook groot. Het is daarom opmerkelijk dat de kennisontwikkeling over groei en beheersing van de zorguitgaven nog steeds afhankelijk lijkt van correlaties, aannames en vuistregels. De onderliggende causale relaties, mechanismen en processen zijn vaak onduidelijk of komen maar beperkt in beeld. Daarom is een kennisprogramma op dit terrein van grote waarde.

1.2 Groei van de zorguitgaven

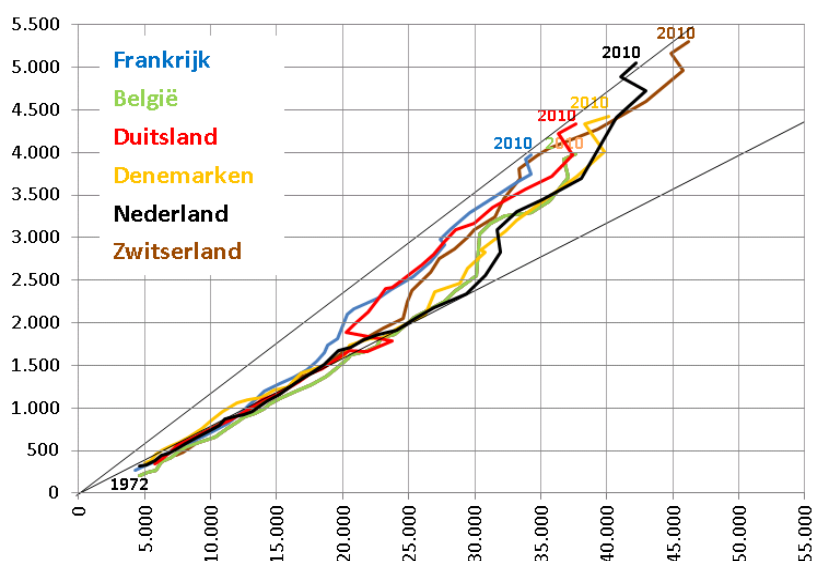
De feitelijke oorzaken van de stijgende zorguitgaven zijn in de praktijk minder eenduidig vast te stellen dan bij andere publieke bestedingen, zoals onderwijs of sociale zekerheid. Dit komt omdat volume- en prijseffecten moeilijk zijn te onderscheiden door het enorme scala aan activiteiten en diensten. Bijkomend probleem is dat het volume dat nodig is voor één eenheid extra gezondheidswinst niet is gestandaardiseerd. Analyses van de stijgende zorguitgaven zijn dan ook vaak afgeleid van de totale groei. De groei van de zorguitgaven wordt gecorrigeerd voor demografische ontwikkelingen en het algemene prijspeil. De overige groei wordt toegeschreven aan het beleid, aan betere en duurdere technologie, aan meer kwaliteit en luxe en aan de achterblijvende productiviteitsontwikkeling. Macro-economisch gezien kan de precieze impact hiervan vaak alleen kwalitatief worden geduurd. Duidelijk is alleen dat in de

curatieve zorg de invloed van beleid en medische technologie centraal staan, en in de langdurige zorg het beleid en de kwaliteit van de dienstverlening¹⁷. Op meso- en microniveau zijn preciezere berekeningen te maken, maar slechts voor een beperkt aantal jaren¹⁸ ¹⁹. Kortom, door de meetproblemen van volumes en prijzen zijn precieze relaties tussen bepaalde ontwikkelingen en de zorg moeilijk te leggen. Hierdoor is het aandeel (collectieve) zorguitgaven van het bruto nationaal product het belangrijkste criterium om het niveau van de zorguitgaven uit te drukken.

Geen enkel Europees land geeft meer geld uit aan zorg dan Nederland: maar liefst twaalf procent van het bruto nationaal product. Deze Europese koppositie is een direct gevolg van de sterke groei van de zorguitgaven sinds 2001 (zie figuur 1). De jaarlijkse reële groei is met 5,2 procent twee keer zo hoog als in de ons omringende landen (Duitsland met 2,1 procent, Frankrijk met 1,9 procent en België met 3,4 procent) die bovendien sneller vergrijzen. Zelfs de groei in het Verenigd Koninkrijk (4,3 procent) is, ondanks grootschalige publieke investeringen, substantieel lager dan in ons land²⁰.

De groei van de zorguitgaven wordt dus vaak afgezet tegen de ontwikkeling van het bruto nationaal product. Bij een inkomenselasticiteit van één groeien de zorguitgaven even hard als de economie; bij een grotere inkomenselasticiteit groeien de zorguitgaven sneller dan de totale economie. Dit laatste is in veel westerse landen het geval. Daar ligt de meerjarige inkomenselasticiteit van de gezondheidszorg tussen de 1.2 en 1.4²¹. Zorg beslaat dan een steeds groter deel van het bruto binnenlands product. Dit leidt op de langere termijn tot problemen voor de openbare financiën²². Maar om de toename van chronische aandoeningen op te vangen, is dit onontkoombaar.

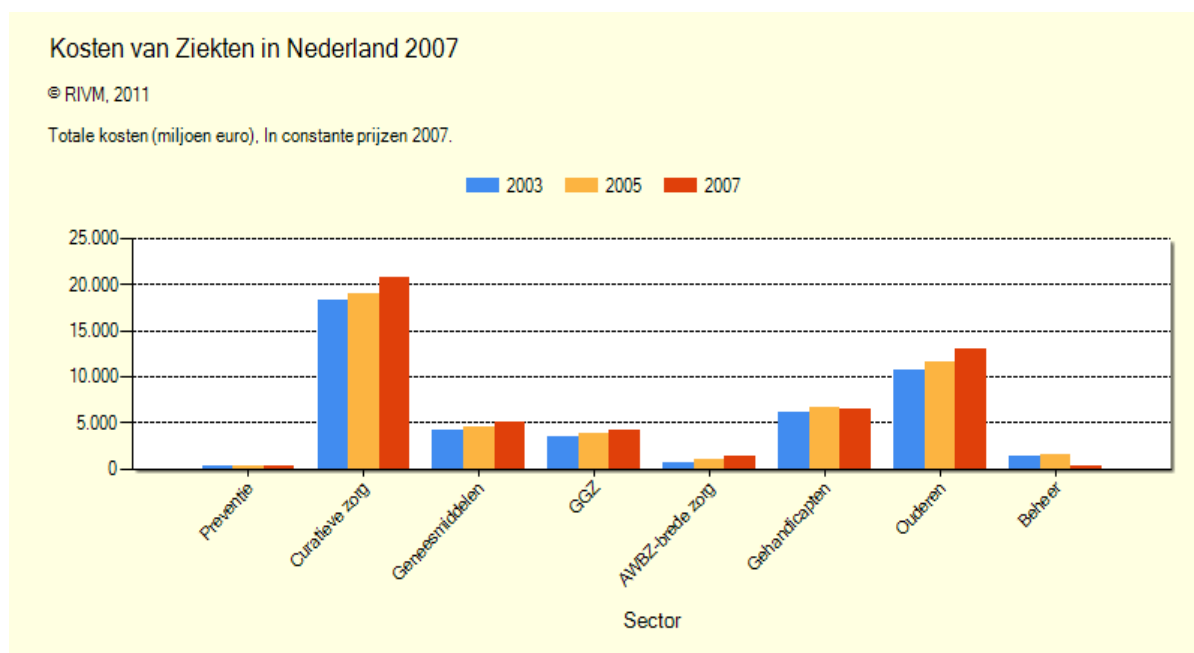
Uit figuur 2 blijkt een opvallende trendbreuk, medio jaren tachtig. In Nederland, maar ook in andere Europese landen, zijn we in korte tijd meer geld per inwoner gaan uitgeven. Waardoor kon deze trendbreuk zich in zoveel landen voordoen? Dat komt vooral door de vergrijzing en door de enorme toename van een groot aantal chronische ziekten. Dit laatste wordt mede veroorzaakt door een steeds ongezondere leefstijl en door succesvolle levensverlengende medische behandelingen. Ook de veranderende (culturele) inzichten over wat ‘ziek’ en ‘gezond’ is, spelen een rol bij de toename van het zorggebruik²³.



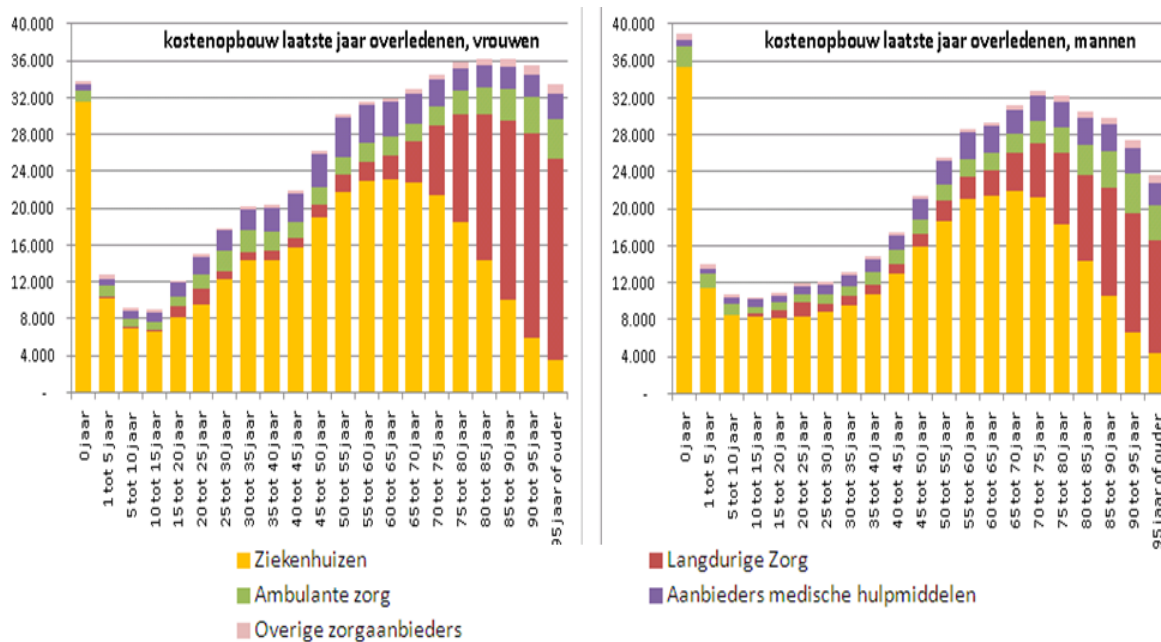
Figuur 2: Een trendbreuk in de groeiende uitgaven
 NB: op de x-as staat het bruto nationaal product per hoofd van de bevolking, op de y-as de koopkrachtpariteit (perchasing power parity (ppp))²⁴

Lange tijd stegen de zorguitgaven vooral door de snelle kostenconcentratie bij een beperkte groep complexe patiënten en cliënten. Dit gebeurde vooral in de jaren zestig en zeventig dankzij spectaculaire innovaties zoals transplantatiegeneeskunde, hartchirurgie, hemodialyse en factor VIII, chemotherapie en In Vitro Fertilisatie (IVF). Dit leidde er in de curatieve zorg toe dat het zorggebruik van de duurste tien procent patiënten steeg van ongeveer 50 procent in de jaren zestig naar 75 procent in het midden van de jaren tachtig²⁵. De langdurige zorg kende in diezelfde periode een beleidsgedreven inhaalslag dankzij het uitbreiden van intramurale capaciteit voor de geestelijke gezondheidszorg en de gehandicaptenzorg²⁶. Het gevolg was hetzelfde: de groei werd vooral veroorzaakt door een beperkte groep cliënten met hoge tot zeer hoge kosten. Tegelijkertijd stegen de gemiddelde uitgaven per burger niet harder dan de groei van de economie. Dit kwam doordat het relatieve zorggebruik van veel burgers daalde²⁷. Formeel gezegd bestond er op macroniveau een positieve inkomenselasticiteit (waarbij de zorguitgaven sneller stijgen dan de totale economie) en op microniveau een negatieve omdat de uitgaven per individu niet harder stegen dan de groei van de economie. Hierdoor werd de verdeling van de uitgaven schever: burgers hadden een relatief kleine kans op hoge zorgdeclaraties, een belangrijk uitgangspunt voor verzekeringen²⁸.

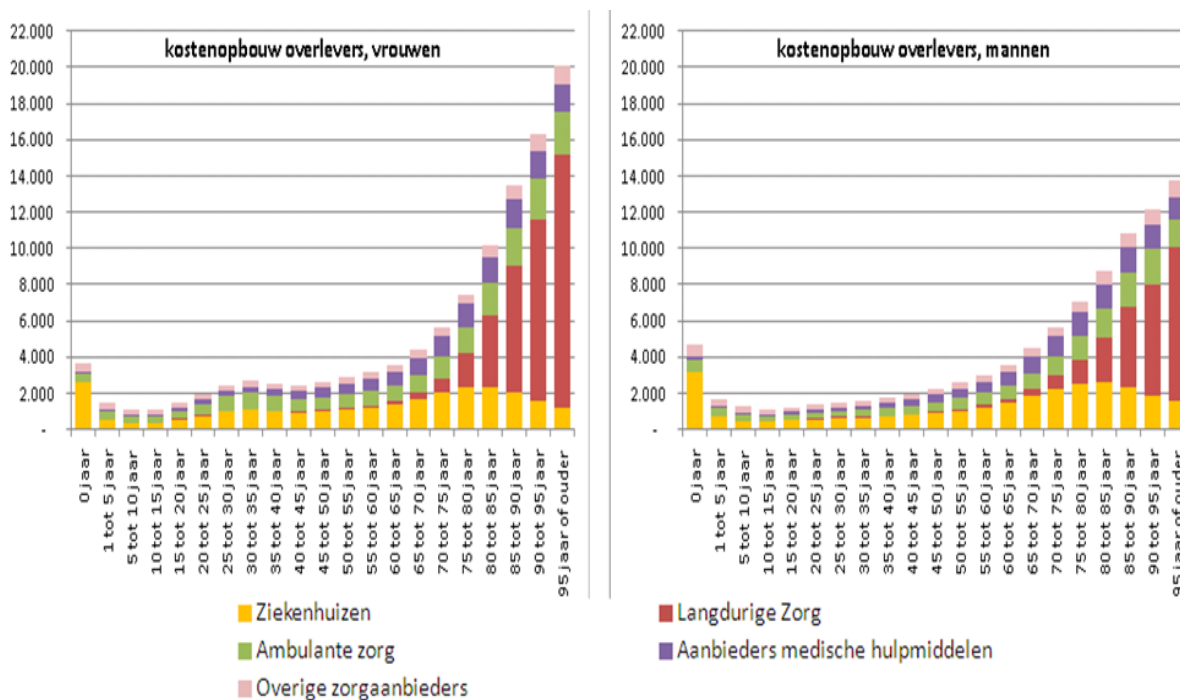
De volgende tabellen en figuren geven een inkijkje in de Nederlandse zorgkosten en -uitgaven.



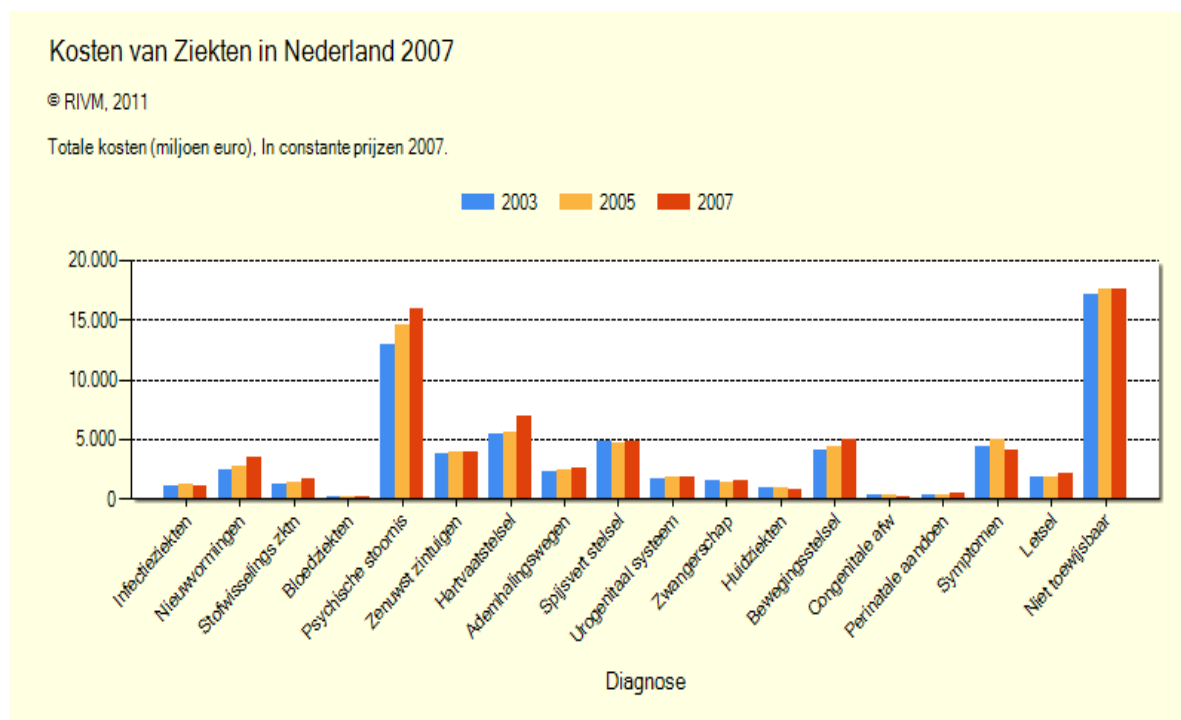
Figuur 3: Budgettair kader zorg per sector (2003 t/m 2007)



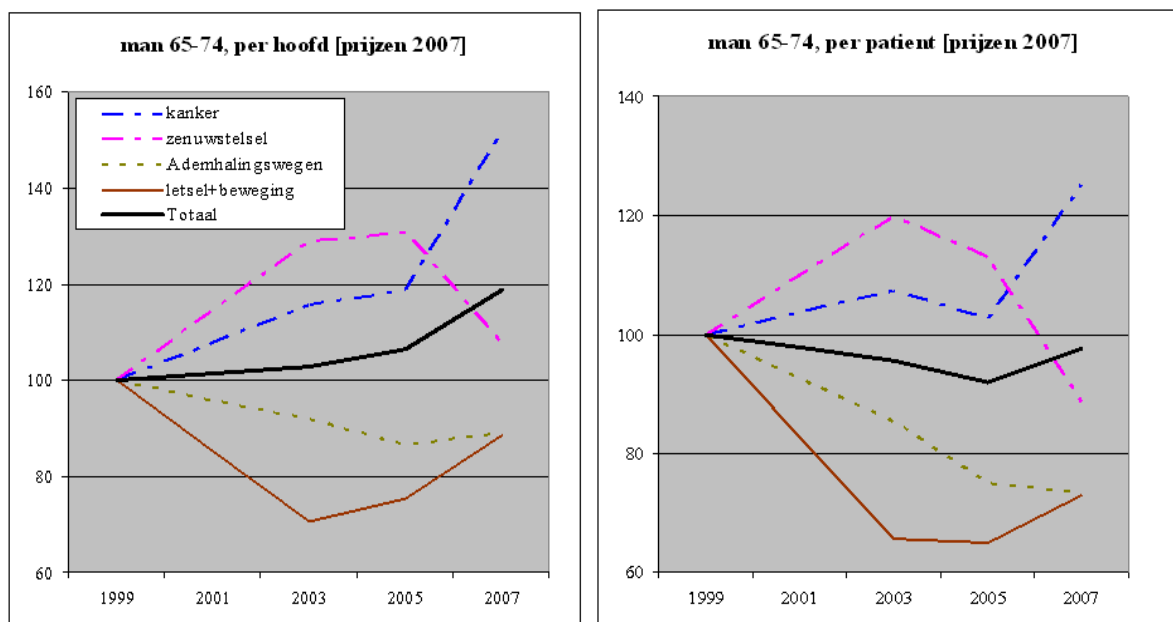
Figuur 4: Zorgkosten in het laatste levensjaar, per overledene (prijspeil, 2005)



Figuur 5: Zorgkosten in de voorafgaande levensjaren, per persoon (prijspeil 2005)



Figuur 6: Zorgkosten per ziekte, 2003 t/m 2007



Figuur 7: Stijgende macrokosten, maar dalende ontwikkeling per patiënt

In de linker tabel staan de financiële indexcijfers per persoon (ziek en gezond), in de rechter die per patiënt. Hierbij geldt: 1999=100. Feitelijk toont deze tabel dat de kosten per patiënt dalen, maar omdat relatief steeds meer mensen patiënt worden, is de daling van de kosten per hoofd veel kleiner.

1.3 Oorzaken van de stijgende zorguitgaven

Waarom stijgen de zorguitgaven? Uit onderzoek blijkt dat er vier belangrijke (groepen van) oorzaken zijn:

- a) instituties en beleid;
- b) demografie en epidemiologie;
- c) sociaal-culturele trends;
- d) innovatie en achterblijvende productiviteit.

Tegelijkertijd bestaat er grote onduidelijkheid over de precieze omvang van deze oorzaken en hoe ze zich tot elkaar verhouden²⁹.

a) Instituties en beleid

De zorgsector is berucht om het feit dat het aanbod zijn eigen vraag schept (vraaginductie)³⁰ ³¹. Om dit op te lossen is het van belang om de vragende partijen (patiënten/cliënten) van (meer) informatie te voorzien zodat ze bewuster kunnen kiezen en minder gemakkelijk gemanipuleerd kunnen worden door zorgaanbieders die (vaak) beter geïnformeerd zijn. Hiervoor moeten kosten gemaakt worden, de zogenoemde transactiekosten. Deze stijgen naarmate de zorgaanbieder een grotere informatievoorsprong heeft op de patiënt/cliënt en naarmate deze een grotere machtspositie heeft. In de praktijk is deze problematiek zo groot dat zorgverleners hun eigen belang vaak kunnen laten prevaleren³². Dat betekent dat ze meer zorg leveren, naarmate er meer budgettaire ruimte is. Aangenomen wordt dat dit een belangrijke oorzaak is van de bovenmatige uitgavenontwikkeling in de zorg. In een goed werkende markt is er (meer) evenwicht tussen de zorgvrager en -aanbieder. Dit is noodzakelijk voor een doelmatige en betaalbare zorgverlening³³.

Maar dit is niet de enige oorzaak van de stijgende uitgaven in de zorg. Uit figuur 2 blijkt dat de (economisch) institutionele benadering niet de enige verklaring kan zijn. Het feit dat in zoveel landen - met verschillende instituties - de zorgkosten per hoofd van de bevolking ongeveer tegelijkertijd zo sterk stijgen, kan geen toeval zijn. Daar moet meer aan de hand zijn.

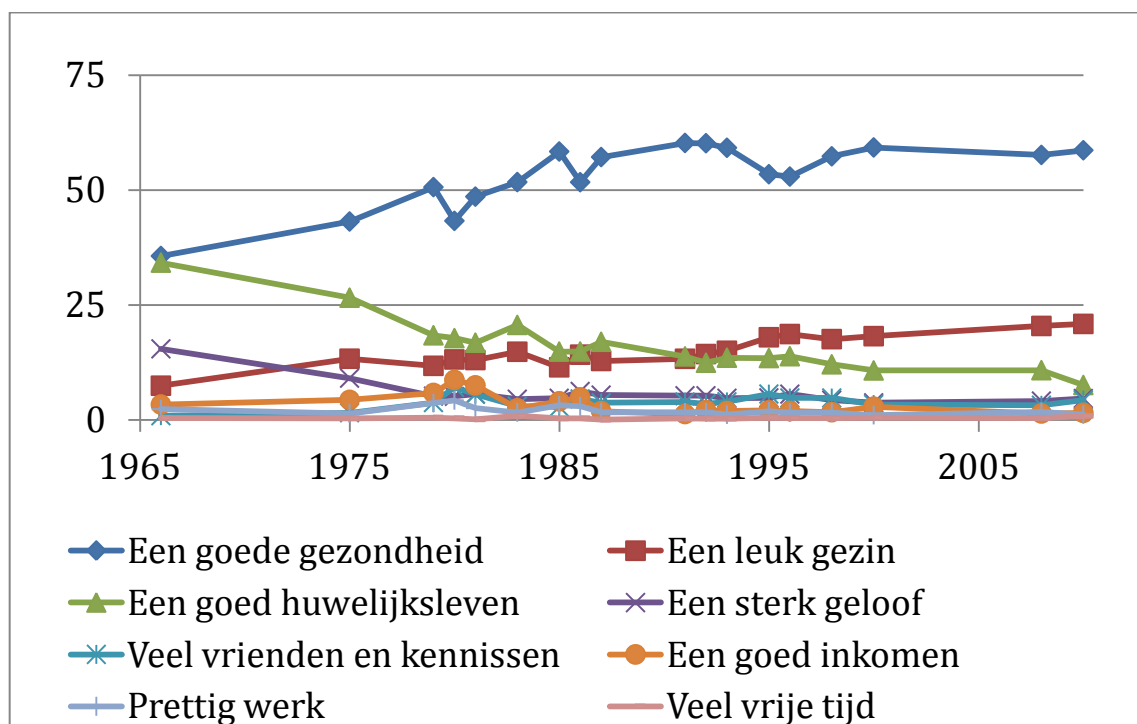
b) Demografie en epidemiologie

Kijken we naar de impact van demografie en epidemiologie dan vallen twee trends op: de vergrijzing en de sterke toename van het aantal mensen met chronische aandoeningen. Door betere behandelingen verschuift de leeftijd dat mensen sterven aan degeneratieve aandoeningen, ze worden dus steeds ouder³⁴. Inmiddels vindt tachtig procent van de toename van de levensverwachting plaats aan het eind van iemands leven. Dat was in het begin van de vorige eeuw nog maar twintig procent³⁵. Dit heeft belangrijke macro-economische gevolgen. Mensen leven nu vooral langer in de periode dat ze niet meer productief zijn op de arbeidsmarkt. Hierdoor stijgen de (endogene) zorgkosten. Dit is minder een probleem als we later met pensioen gaan of als de arbeidsproductiviteit toeneemt³⁶.

Vergrijzing en de groei van chronische aandoeningen leiden tot meer zorggebruik. Behalve over de houdbaarheid van de huidige collectieve zorg, roept dit ook vragen op over de institutionele doelmatigheid. Onze zorginfrastructuur is nog steeds vooral ingesteld op het beter maken van mensen, en minder op het begeleiden van chronisch zieken en (steeds ouder wordende) ouderen. Dit roept twee vragen op: hoe moeten we deze transformatie vormgeven en in hoeverre past de huidige intramuraal georiënteerde zorginfrastructuur bij de geschetste transitie?

c) Sociaal-culturele trends

Gezondheid werd altijd al hoog gewaardeerd, maar ruwweg tussen de jaren zestig en het midden van de jaren tachtig zijn burgers dit steeds belangrijker gaan vinden (zie figuur 8). Dit bevorderde de emancipatie en mondigheid van patiënten en cliënten, maar vooral ook de vraag naar zorg³⁷. In hoeverre leidt het grotere belang dat gehecht wordt aan gezondheid en zorg tot het recht op extra vraag naar zorg? Is dit te beïnvloeden, bijvoorbeeld met eigen bijdragen of door het wettelijk recht op langdurige zorg onder te brengen bij gemeentelijke voorzieningen? En wat is de invloed van andere maatschappelijke verschijnselen, zoals eenzaamheid bij ouderen, op de vraag naar zorg?



Figuur 8: Wat vinden mensen het belangrijkste in hun leven?³⁸

De traditionele liefdadigheid die kenmerkend is voor onze samenleving, neemt al jaren sterk af. Dit geldt vooral voor gratis arbeid door congregaties en vrijwilligers die daarmee de concurrentiepositie van non-profit aanbieders verstevigden³⁹. Toch wordt, vooral in de langdurige zorg, de meeste zorg nog steeds geleverd door mantelzorgers en vrijwilligers. Hoe kan de balans tussen het publieke zorgsysteem en de informele zorgverlening - een voorwaarde voor het in stand houden van vrijwilligerswerk en private initiatieven⁴⁰ - het beste worden vormgegeven?

De sociaal-culturele dimensie is ook van groot belang voor de directe zorgverlening. Een professionele cultuur is van groot belang voor een verantwoord uitgavenbeheer, bijvoorbeeld *watchful waiting* door huisartsen of het stimuleren van eigen regie in de langdurige zorg. Al in 1996 pleitte Victor Fuchs voor een combinatie van gereguleerde concurrentie, rationeel pakketbeheer en - zeker niet in de laatste plaats - professionele normen voor (uitgaven)beheersing⁴¹.

Gezondheidseconoom Julian LeGrand stelt dat de handelingsmotivatie van professionals mede wordt bepaald door de prikkels die van de bekostiging uitgaan. Als professionals benaderd worden als calculerende individuen kan een *self-fulfilling prophecy* ontstaan. Het is

echter naïef om te veronderstellen dat professionals zich vanzelf bekommeren om bijvoorbeeld beheersing van de zorguitgaven⁴².

d) Innovatie en achterblijvende productiviteit

In de regel maken innovatie en technologie producten goedkoper. Maar in de zorg geldt juist het gebruik van dure en onnodige technologie voor diagnostiek en behandeling als een belangrijke oorzaak voor de stijgende zorguitgaven⁴³. Technologie en innovatie creëren ook nieuwe behoeften. Zo ontstaan er nu technieken voor een vroegdiagnose van de ziekte van Alzheimer, terwijl dat voor de behandeling ervan niet of nauwelijks uitmaakt.

Op macroniveau geldt de wet van Baumol. Deze stelt dat zorg arbeidsintensief is waardoor de productiviteitsontwikkeling achterloopt bij die van andere sectoren. Dit geldt vooral in de langdurige zorg. Soms wordt ook het argument aangevoerd dat veel prijzen in de zorg kunstmatig hoog zijn door patentbescherming van genees- en hulpmiddelen. Beide stellingen liggen echter onder vuur door onderzoek met meer oog voor kwaliteit en de substitutie van ziekenhuisopnamen door dure geneesmiddelen⁴⁴. In ons land is de productiviteitsontwikkeling in de ziekenhuizen inmiddels ongeveer even groot als die in de rest van de economie⁴⁵.

Een groot deel van de medische technologie verlaagt de kosten per product wel degelijk, maar dit effect wordt deels teniet gedaan doordat tegelijkertijd de indicatiestelling wordt verruimd. Daarbij kan onderscheid⁴⁶ worden gemaakt tussen:

- Effectieve technologieën met relatief weinig kans op ondoelmatig gebruik, zoals aspirine, statines en antivirale medicatie voor HIV. Het belangrijkste probleem hier is diffusie van de innovatie naar iedereen die er baat bij heeft.
- Effectieve technologieën voor bepaalde indicaties, zoals de interventiecardiologie, keizersneden, PET- en MRI scans, (PSA-)testen voor prostaatkanker en antidepressiva; hier is het probleem een juiste (en weloverwogen) indicatiestelling.
- Technologieën waarvan de effectiviteit (nog) onduidelijk of beperkt is, denk aan herniaoperaties, het knippen van amandelen, robotchirurgie of IC-opname van chronisch zieke patiënten. Het centrale probleem hierbij is dat onnodige toepassing niet verhinderd wordt.

In alle gevallen geldt dat er behoefte bestaat aan kennis over het effectief invoeren van kostenverlagende innovaties en over het stoppen van inefficiënte praktijken.

Tot zover de achtergronden van het vraagstuk over betaalbare zorg. In het volgende hoofdstuk worden de vraagstellingen, kernwaarden en strategieën geschetst die dienen als uitgangspunten voor het Werkprogramma van de Celsus academie.

2. Vraagstellingen, kernwaarden en strategie

De Celsus academie wil de (bestaande) kennis over de stijgende zorguitgaven verder verdiepen en deze vervolgens verbinden met kennis over passende oplossingen om de stijgende zorgkosten af te vlakken, dat wil zeggen oplossingen waarvan verwacht mag worden dat ze niet of nauwelijks ten koste gaan van de volksgezondheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg. De Celsus academie heeft daarom een onderzoeksagenda geformuleerd. Hierin staat de volgende onderzoeksvraag centraal:

Wat zijn de oorzaken van de stijgende zorguitgaven en hoe kan deze groei effectief worden geremd bij gelijkblijvende kwaliteit en toegankelijkheid?

Bij de stijging van de zorguitgaven gaat het vooral om het zogenoemde ‘overig volume’ en om de *excess growth*. Overig volume is wat overblijft als de stijging van de zorguitgaven wordt gecorrigeerd voor demografie en prijsontwikkelingen. Over de precieze omvang en de oorzaken bestaat nog veel onduidelijkheid. Dit geldt ook voor de *excess growth*, een term van het International Monetary Fund die staat voor de zorggroei boven de groei van het bruto nationaal product.

Zoals in hoofdstuk 1 is geschetst, is er meer kennis over betaalbare zorg nodig om te komen tot effectieve strategieën om deze kosten ook te beheersen. Het programma van de Celsus academie kent een inductieve insteek, waarin betaalbaarheid centraal staat.

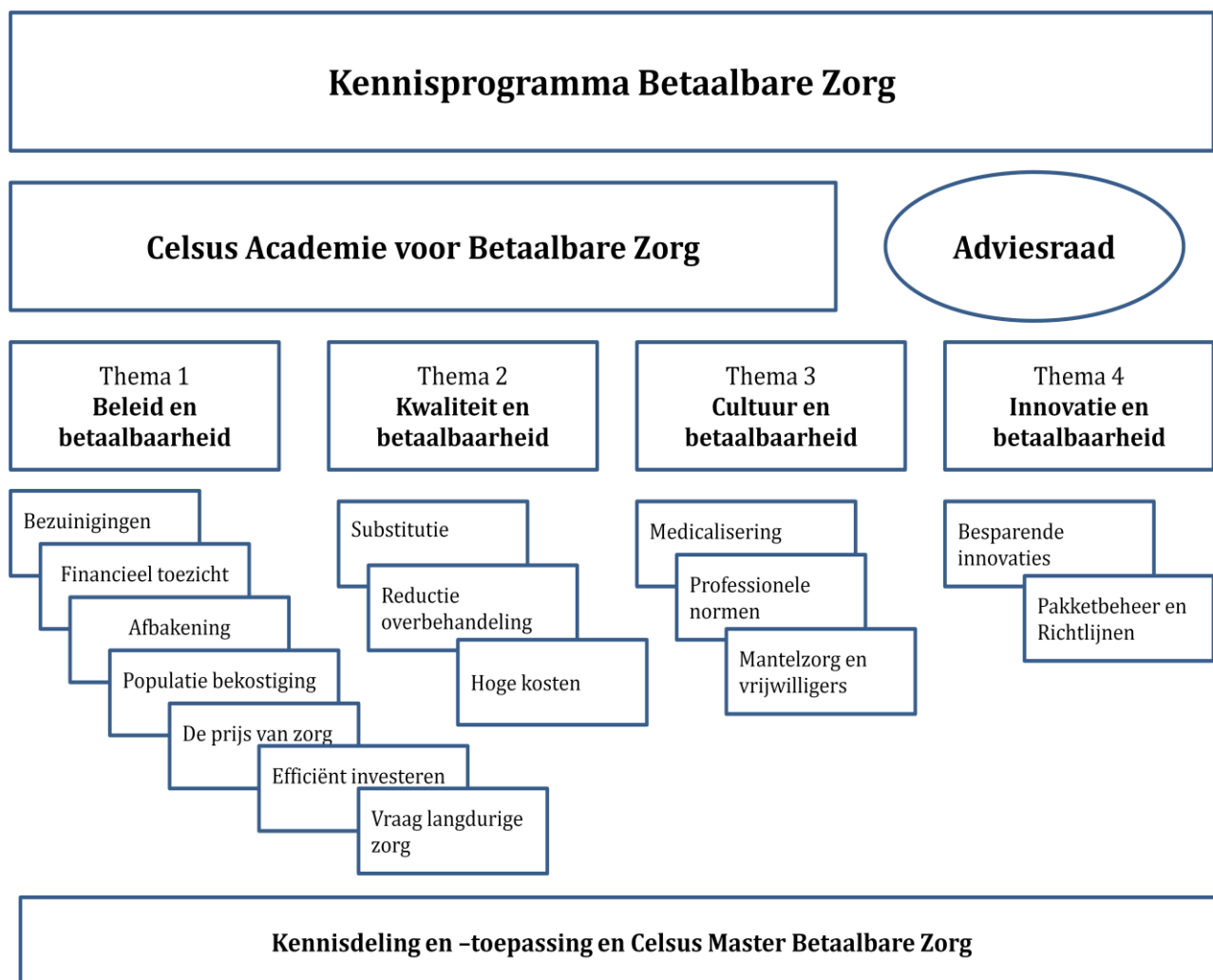
2.1 Vraagstellingen

In de onderzoeksagenda van de Celsus academie staat de relatie centraal tussen enerzijds de betaalbaarheid van zorg en anderzijds de beïnvloedende determinanten en trends die zijn beschreven in paragraaf 1.4. Dat zijn (financiële) instituties, demografie en epidemiologie, cultuur en innovatie. De kennis die de Celsus academie ontwikkelt draagt bij aan het ontwikkelen van effectieve strategieën en interventies voor uitgavenbeheersing.

Op basis van de doelstelling en de geschetste trends zijn vier centrale onderzoeksvragen geformuleerd rondom de vier genoemde thema’s.

- 1) **Beleid:** Welke invloed heeft beleid op de betaalbaarheid van zorg en hoe kunnen beleidsmatige- en institutionele aanpassingen de betaalbaarheid verbeteren?
- 2) **Kwaliteit:** Welke samenhang bestaat er tussen kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg en welke strategieën optimaliseren doelmatigheid en substitutiewinsten?
- 3) **Cultuur:** Wat is de invloed van sociaal-culturele aspecten, binnen de samenleving en binnen beroepsgroepen en op de betaalbaarheid van zorg. En welke strategieën en interventies dragen bij aan focus op zinnige en zuinige zorg?
- 4) **Innovatie:** Wat is de invloed van innovatie op de betaalbaarheid van zorg en hoe kan dit worden ingezet voor kostenbesparing en het stoppen van onnodige zorg?

Deze thema’s vormen de basis van het Werkprogramma van de Celsus academie. Figuur 9 geeft een overzicht van het totale programma van de Celsus academie. De verschillende onderdelen worden daarna verder uitgewerkt en toegelicht.



Figuur 9: Overzicht van het programma van de Celsus academie

De onderwerpen Bezuinigingen in de Zorg, Substitutie, Medicalisering en Uitgavenverlagende Innovaties worden uitgewerkt en onderzocht door een promovendus. De resultaten hiervan verschijnen als proefschrift. De onderwerpen Langdurige Zorg, Bekostiging van Kwaliteit en Professionele Normen zijn begin 2013 onderzocht als 'vliegende start' van de Celsus academie. De resultaten hiervan staan op de website van de Celsus academie⁴⁷.

2.2 Kernwaarden en strategie

Betaalbaarheid centraal

Betaalbaarheid staat centraal bij de Celsus academie. Dat vraagt om een inductieve aanpak. Er bestaat geen overkoepelende theorie over de betaalbaarheid van zorg, zoals die bijvoorbeeld wel bestaat over gereguleerde concurrentie of over de stratificatie van gezondheidsrisico's. Bovendien is betaalbaarheid geen zuiver economisch probleem. Het gaat ook om maatschappelijke, bestuurlijke en professionele percepties en over ontwikkeling en implementatie van (kostenreducerende) technologieën waarbij kritisch wordt gekeken naar de behoeften die ze genereren. Het onderzoeksteam van de Celsus academie heeft affiniteit met zorg, betaalbaarheid, beleid en innovaties. Bij elk onderzoek worden tenminste drie verschillende disciplines betrokken.

Betaalbare zorg kent een grote maatschappelijke relevantie. De kennisontwikkeling op dit gebied is daarom een mix van fundamentele en toegepaste vraagstukken. Fundamentele vraagstukken worden gekoppeld aan promotietrajecten: effectief bezuinigen, substitutie, medicalisering en uitgavenbesparende innovaties.

Het overige onderzoek heeft een meer kortdurend karakter waarbij het gaat om toegespitste vraagstellingen en kennisproducten, zoals onderzoeksrapporten, *working papers* en - daarna - wetenschappelijke artikelen.

A) Beleidsrelevant

De kennis die de Celsus academie ontwikkelt, moet bruikbaar zijn voor beleidsmakers. Daarom wordt de definitieve keuze van de onderzoeksobjecten pas gemaakt na overleg tussen beleidsmedewerkers en onderzoekers. Ook gedurende de looptijd van de onderzoeken worden kennis en informatie voortdurend uitgewisseld (zie ook deel 2 van dit Werkprogramma). De kennis die de Celsus academie ontwikkelt genereert relevante informatie over welke strategieën kunnen bijdragen aan betaalbare zorg en hoe ze het beste kunnen worden uitgevoerd.

Betaalbare zorg wordt gezien als een *wicked problem*. Dat is een probleem waarover weinig bekend is in termen van oorzaken, gevolgen, interventie en effect en waarover partijen het niet makkelijk eens worden. Een *wicked problem* is daarom een controversieel vraagstuk waarvoor geen kant en klare oplossing bestaat, hooguit zijn partijen het een tijdje eens met elkaar⁴⁸. Juist omdat betaalbare zorg gezien kan worden als een *wicked problem* is kennisdeling tussen wetenschap, praktijk en beleid belangrijk.

B) Wetenschappelijke aanpak

De onderzoeken van de Celsus academie kennen een wetenschappelijk gedegen aanpak. Dat betekent dat ze kunnen worden getoetst door andere wetenschappers en deskundigen en dat alle resultaten openbaar worden gemaakt, onder andere via publicaties in wetenschappelijke tijdschriften. Voor toetsing doet de academie een beroep op (een pool van) geassocieerde deskundigen (*interne review*).

De onderzoekers van de Celsus academie maken gebruik van een combinatie van onderzoeksstrategieën om de validiteit van de gevonden resultaten te optimaliseren (triangulatie). Dat betekent dat ze literatuuronderzoek doen, in combinatie met interviews, enquêtes en statistische data. Elke publicatie bevat een verantwoording van de methodologische strategie en een analyse van de tekortkomingen.

Daarnaast maakt de Celsus academie zoveel mogelijk gebruik van eerdere publicaties en van valide en betrouwbare gegevens. Daarvoor ontwikkelt de academie een eigen platform dat toegang biedt tot (openbare) databronnen. Dit draagt bij aan een doelmatig onderzoeksproces, bevordert eenduidige definities en variabelen en het borgt een zekere interne controle op de validiteit en betrouwbaarheid van de gebruikte data.

In hoofdstuk 3, 4, 5 en 6 worden de vier hoofdthema's van de Celsus academie verder uitgewerkt.

3. Beleid en betaalbaarheid

Het thema Beleid en betaalbaarheid bestaat uit zeven subthema's die hierna worden uitgewerkt.

3.1 Bezuinigen in de zorg

Bij het subthema Bezuinigingen in de zorg onderzoekt de Celsus academie twee onderwerpen; de effecten van het bezuinigingsbeleid in Nederland en mogelijke besparingen door zorginstellingen.

Effecten van bezuinigingsbeleid

In 1974 bracht toenmalig staatssecretaris Hendriks zijn befaamde Structuurnota uit. Hierin wordt gesproken over ernstige problemen en over een versnelde kostenstijging die uitgaat boven de uitgavenstijging voor andere gemeenschapsvoorzieningen, vooral bij de intramurale zorg. Instrumenten voor het beheersen van de uitgaven zijn niet of onvoldoende aanwezig⁴⁹. Het is het begin van een lange periode waarin de overheid probeert te sturen op de zorguitgaven. Sinds 1976 heeft ze daar ook een eigen afwegingskader voor: het financieel jaaroverzicht zorguitgaven. Was dit oorspronkelijk vooral een uitgavenoverzicht, nu is het een zelfstandig begrotingskader. Inhoudelijk werd - net als nu -, gekozen voor een verschuiving van zorg naar de eerste lijn. In de langdurige zorg gold eenzelfde redenering voor de verschuiving van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen naar zorg in de thuissituatie.

Sinds de Structuurnota stijgen de zorgkosten, jaar in jaar uit. In de 36 zorgbegrotingen sinds 1976 staan honderden bezuinigingsmaatregelen: beleid dat de uitgaven moet verlagen of de groei moet afremmen door pakketbeperkingen, eigen betalingen, aanpassingen in de organisatie van zorg, beddenreducties, budgettaire kaasschaven, doelmatigheidsmaatregelen et cetera. Al deze cases geven ons inzicht in hoe de overheid bezuinigt, hoe dit wordt voorbereid en wat er vervolgens van terecht komt. De huidige economische crisis onderstreept het belang van dit alles: de begrotingsregels worden weer aangescherpt en *early warning systems* worden opgezet of geïntensiveerd. Om de begroting op orde te krijgen, kan decrementeel budgetteren (elk jaar een onsje minder) voor een lange reeks van jaren de norm worden; zogenoemde *big-bang* besparingen vormen het belangrijkste alternatief⁵⁰.

Hoe gaan bezuinigen op zorg in zijn werk? Wat zijn de bedoelde en onbedoelde effecten, wat is de rol van de verschillende actoren, aan welke 'regels' houden zij zich en wat is hun invloed op het uiteindelijke doel? Op basis van analyses van het bezuinigingsbeleid door de jaren heen, kunnen aanbevelingen worden geformuleerd over de succes- en faalfactoren, over werkbare aannames en veronderstellingen voor beleid dat gericht is op betaalbare zorg. Het gaat niet om aanbevelingen waarop bezuinigd moet worden, dat zijn normatieve keuzes. Het gaat erom onder welke randvoorwaarden bezuinigingen kunnen worden gerealiseerd: de 'regels' voor effectief besparen in de zorg.

Besparingen door zorginstellingen

Hoe besparen zorginstellingen? Welke instellingen doen dat succesvol en waarom? Zorginstellingen moeten besparen door externe of interne druk. Externe druk ontstaat door specifieke bezuinigingen van overheidswege of vanuit de zorginkoop door verzekeraars en zorgkantoren. Interne druk ontstaat door problemen in de bedrijfsvoering of omdat middelen moeten worden vrijgespeeld voor een nieuwe koers of grootschalige investeringen. Bij meer financiële druk worden de zorgaanbieders geconfronteerd met de gevolgen van hun keuzes, ook voor kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Recente cijfers (2012) van de Stichting Waarborgfonds voor de Zorgsector duiden op een toenemende tweedeling tussen financieel sterke en minder sterke instellingen. Blijkbaar kunnen sommige instellingen beter omgaan met de toenemende financiële risico's van marktwerking en van scherpere zorginkoop. Wat zijn kenmerkende verschillen tussen de financiële *best-* en *worst practices* en welke in- en externe factoren hebben hierbij een rol gespeeld? In hoeverre is dat beïnvloedbaar, door wie, in welke richting en waarom?

Via brede cross-sectionele data-analyses in combinatie met verdiepende *case studies* krijgen we zicht op de effecten van bezuinigingen voor de zorg en op de bedrijfskundige en zorginhoudelijke effectiviteit van de gehanteerde strategieën om daarmee om te gaan.

3.2 Financieel toezicht

Bij het subthema Financieel toezicht onderzoekt de Celsus academie de effecten van budgettaire afrekeningsystemen en het toezicht op en de uitvoering van budgettaire en financieel beleid.

Effecten van budgettaire afrekeningsystemen

Er bestaat veel literatuur over de effecten van bekostigingsystemen. Er wordt betaald per verpleegdag, per verrichting, per zorgzwaarte, op basis van diagnose of er wordt een budget afgesproken. Bij de keuze hiervoor gaat het vaak om de mate waarin individuele onderdelen worden gebundeld tot één prijs⁵¹. Veel onderzoek concentreert zich op hoe de bekostiging ex ante moet worden vormgegeven. In de praktijk roept elk nieuw systeem onbedoelde effecten op; teveel productie of juist te weinig en te hoge of juist te lage prijzen. Een nieuwe bekostiging wordt vaak ontwikkeld om disfunctionerende delen van het bestaande systeem op te heffen. De effecten van ex ante bekostiging zijn grotendeels bekend, behalve de bekostiging van kwaliteit. Bekostigingsystemen met productieprikkels leiden tot meer uitgaven en - mits goed vormgegeven - ook tot een lagere prijs per eenheid product; budgetsystemen hebben juist het omgekeerde effect. Totdat alle informatieproblemen zijn opgelost, hanteren de betere betalingsystemen in de praktijk daarom een mix van deze beide uitgangspunten⁵².

Over de effecten van de ex post vormgeving van de bekostiging is veel minder bekend. In hoeverre vinden er nog aanpassingen plaats op de afgesproken volumes en prijzen? Er zijn misschien 'regels' die deze afwijkingen tot op zekere hoogte accepteren. Zo kunnen budgetten voor langdurige zorg worden verschoven tussen de zorgkantoren als de vraag in de ene regio groter blijkt dan in de andere. Of denk aan de 'grijze' productieafspraken uit de jaren negentig: veel verzekeraars en instellingen spraken toen af een deel van het budget voor patiëntenzorg anders in te zetten, bijvoorbeeld voor zorg waarvoor geen budgetparameter bestond.

Onduidelijkheid over afrekeningen kan aanleiding vormen om onderhandelingen opnieuw te openen. Komt dat voor, en zo ja, hoe verlopen ze dan en volgens welke ‘regels’? Dit onderzoek vormt een verkenning naar de ‘achterkant’ van de zorginkoop. Hoe sluiten partijen het jaar af, welke ruimte is er dan voor compensatie van ‘verliezers’ en voor ‘winnaars’ om hun resultaat daadwerkelijk te verzilveren?

Een vergelijking tussen ex ante- en ex post financiële afspraken is niet altijd mogelijk. Soms is het efficiënt om een bedrag ter beschikking te stellen zonder daar kwantitatieve tegenprestaties tegenover te stellen, bijvoorbeeld als de doelstellingen van de zorgaanbieder en -vrager niet al te ver uit elkaar liggen. In dat geval wordt de informatievoorsprong van de zorgaanbieder benut. Een voorbeeld hiervan is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Hier zijn de kosten gedaald zonder dat dit een significant effect had op de kwaliteit die de doelgroep ervaart. Soms moeten bepaalde clausules worden gekoppeld aan de financiering, bijvoorbeeld om een prangend probleem op te lossen (zo werd er tijdens de problematiek van de lange wachtlijsten een boter-bij-de-vis-beleid afgekondigd⁵³ waarbij betaling werd gekoppeld aan daadwerkelijke productie. Werd er niet geleverd, dan werd er ook niet betaald); of bij zorgvormen die positieve externe effecten hebben op de bevolking, zoals infectieziektebestrijding en vaccinaties⁵⁴. Welke effecten hebben budgetten die worden overgedragen zonder kwantitatieve tegenprestatie? Voor welke vormen van zorg is dat een optie en hoe kan er dan worden ‘afgerekend’? Wanneer zijn directe sturingsmechanismen te verkiezen boven indirecte, zoals het financiële risico van verzekeraars en gemeenten? Dat is een belangrijke institutionele metavraag.

Toezicht op en uitvoering van budgettaire en financieel beleid

De zorg, tot 1994 nog geen ministerieel dossier, staat nu in het centrum van de Haagse arena. Hoewel de invloed van de sector nog steeds groot is, zijn veel corporatistische instituties verdwenen⁵⁵. Zo is er geen formele vertegenwoordiging vanuit de zorgsector meer in het College voor Zorgverzekeringen en in de Nederlandse zorgautoriteit. Zelfregulering is vervangen door een keur aan zelfstandige bestuursorganen die het budgettaire beleid van de overheid uitvoeren. Bovendien zijn er nieuwe spelers met nieuwe taken: mededingingstoezicht door de Nederlandse mededingingsautoriteit, rechtmatigheidstoezicht door verzekeraars en toezicht op verzekeraars door De Nederlandse Bank. Dit is van groot belang voor ordentelijk toezicht op, uitvoering van en advies over het budgettaire beleid. Tegelijkertijd hebben deze organen ook andere wettelijke taken, eigen doelstellingen en staan ze tussen het kerndepartement en de sector in. In hoeverre dragen de wettelijke taakopvatting en de bevoegdheden van deze organisaties bij aan de betaalbaarheid van zorg? Sporen de doelstellingen van deze organisaties met die van beleidsmakers, met name waar het gaat om betaalbare zorg? Wat is de relatie tussen de controlerende en de stimulerende taken van deze organisaties?

3.3 Afbakening

Bij het subthema Afbakening onderzoekt de Celsus academie of, en in welke mate er sprake is van afwenteling op andere beleidsterreinen. De gezondheidszorg is de belangrijkste, zo niet het enige deel van de verzorgingsstaat dat blijft groeien. Hierdoor kan vanuit de aanpalende systemen afwenteling ontstaan op de gezondheidszorg. Zo heeft medicalisering voor veel mensen een zeker nut; langdurige zorg vangt sociale problematiek op (dak- en thuislozen); persoonsgebonden budgetten worden gebruikt om ouders te ontlasten bij opvoedingsproblemen of om mensen te laten participeren in de samenleving; de zorg draagt kosten voor huisvesting, voeding en andere dagelijkse levensbehoeften.

De grenzen tussen zorg, onderwijs, onderzoek, sociale bijstand, huisvesting, ondersteuning bij opvoeding en hulp bij levensproblemen is niet altijd duidelijk. Het is denkbaar dat vanuit aanpalende beleidsterreinen - geconfronteerd met bezuinigingen - een deel van de taken impliciet en expliciet in de gezondheidszorg terecht zijn gekomen (of omgekeerd)⁵⁶. Dit roept een aantal vragen op. Klopt deze veronderstelling, en zo ja, wat is de budgettaire omvang? Welke rol spelen institutionele grensregels daarbij en hoe kan dit worden voorkomen of juist bevorderd?

3.4 Populatiebesteding

De zorg vindt in toenemende mate plaats in de directe woonomgeving van zorgvragers. Patiënten en cliënten doen een beroep op een combinatie van voorzieningen: thuiszorg, maatschappelijke ondersteuning, hulp vanuit de eerste lijn, de apotheek et cetera. Initiatieven om de grenzen hiertussen te overbruggen zijn vaak gebaseerd op een combinatie van vormen van lokaal en regionaal georganiseerde populatiebesteding. Naast het overbruggen van deze grenzen is echter onduidelijk wat de precieze impact is van populatiebesteding op de kwaliteit van zorg en maatschappelijke ondersteuning. Dit is een risico omdat populatiebesteding niet alleen nieuwe vormen van dienstverlening en uitgavenbeheersing mogelijk maakt, maar ook kan worden benut om lokale en regionale markten op slot te zetten voor buitenstaanders. De Celsus academie doet onderzoek dat hier inzicht in kan geven. Het bestaat uit een combinatie van actieve begeleiding en evaluatie van lokale experiment(en).

3.5 De prijs van zorg

Bij dit thema handelt het om de prijs van zorg. Vergeleken met andere landen, kent Nederland een afwijkende kostenopbouw. Veel geld gaat naar de langdurige zorg, de honoraria voor medisch specialisten zijn hoog, net als de uitgaven voor gebouwen. De hoeveelheid zorg die ziekenhuizen leveren is daarentegen juist relatief beperkt. We weten dat de directe administratieve kosten van verzekeraars en zorgkantoren laag zijn, net als de prijs en het gebruik van geneesmiddelen. Aan de andere kant zijn de uitgaven voor medische hulpmiddelen hoog, net als de uitgaven voor (delen van) de psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg⁵⁷.

Betaalbaarheid is gebaat bij lage kosten per eenheid product en gedijt bij lage indirecte kosten. De hoge zorgkosten in de Verenigde Staten zijn voor een belangrijk deel terug te voeren op de hoge transactiekosten (circa vier procent van het bruto nationaal product). Samen met de hoge prijzen van geneesmiddelen en salarissen draagt dit bij aan een extreem hoge prijs per eenheid product⁵⁸.

Ook in Nederland is de prijs van zorg aan de hoge kant. Dat is verontrustend omdat ook de volumes al ruim tien jaar lang oplopen. Hierdoor ontstaat het risico op het slechtste van twee werelden: (historisch) hoge prijzen en snel toenemende volumes. Hoe hoog is de prijs van zorg in Nederland? Welk deel van het zorgbudget gaat op aan transactiekosten? Hoe zijn de prijsniveaus voor (onderdelen van) zorg in vergelijking met de ons omringende landen? Op het niveau van sectoren en instellingen kunnen soortgelijke analyses worden gemaakt. Wat is bijvoorbeeld het bedrijfsmodel van een verpleeghuis en is de daaraan gekoppelde prijs niet te hoog?

3.6 Efficiënt investeren

Bij de uitgavengroei staan twee determinanten centraal: het aanbod van technologie en het aanbod en de precieze mix van professionals⁵⁹. Beide hebben te maken met investeringen in kapitaal, kennis en opleidingen. Het belang van deze investeringen is voor de toekomst van de zorg veel groter dan hun relatief beperkte aandeel in de totale zorgkosten. Historisch kennen deze uitgavencategorieën dan ook een eigen financiering en regelgeving. Planning van bouwkundige en andere grote investeringen speelde daarbij lange tijd een grote rol. Dit planningsysteem heeft bijgedragen aan overcapaciteit van vastgoed en (in schril contrast daarmee) een beperkt aanbod van (medische) beroepsbeoefenaren. Efficiënt investeren is van groot belang voor de toekomstige uitgavenontwikkeling. Dan moeten de prikkels wel bijdragen aan doelmatige investeringen. Dit is in de praktijk vooral afhankelijk van dat het feit of de beslissers een risico lopen over hun investering. Is dat niet het geval, dan ligt kapitaalvernietiging op de loer. De Celsus academie gaat de relatie inventariseren tussen een aantal investeringen en de invloed die daarvan uitgaat op de uitgavenontwikkeling in de curatieve en de langdurige zorg.

3.7 De vraag naar langdurige zorg

Nederland heeft de meest omvangrijke ouderenzorg ter wereld, ondanks de weinig vergrijnde bevolking in vergelijking met de ons omringende landen. Niet alleen is er een groot aantal verzorgingstehuizen, ook de extramurale zorg voor ouderen kent zijn weerga niet. De uitgaven zijn dus hoog, maar er zijn relatief weinig vangnetproblemen.

De omvang van de private markt voor ouderenzorg en van de ‘grijze’ arbeidsmigratie vanuit Oost-Europa is dan ook beperkt. Veel landen kijken naar Nederland voor de opbouw van hun ouderenzorg. Tegelijkertijd bestaat de perceptie dat de kwaliteit van de ouderenzorg nog steeds ontoereikend is. Om deze uitdaging op te lossen, zijn minder middelen beschikbaar. De groei van de vraag naar langdurige zorg moet afnemen. Anders is het Nederlandse stelsel niet houdbaar. Waarin verschilt onze ouderenzorg van die in het buitenland? Waarom is die zoveel duurder? Welke rol speelt de institutionele inbedding daarbij en de sociaal-culturele verwachtingen? Kan op basis van een inventarisatie van internationale *best practices* (goede kwaliteit en lage kosten) een implementatiestrategie worden ontwikkeld die aansluit bij onze sociaal-culturele verwachtingen van ouderenzorg? Dat gaat de Celsus academie onderzoeken in het subthema De vraag naar langdurige zorg.

4. Kwaliteit en betaalbaarheid

Voor het thema Kwaliteit en betaalbaarheid onderzoekt de Celsus academie drie subthema's: Substitutie, Bekostiging van kwaliteit en Reductie van overbehandeling en specifieke groepen met hoge zorgkosten. Ze worden hieronder toegelicht.

4.1 Substitutie

Bij het subthema Substitutie is de vraag hoe dure intramurale zorg kan worden verruild voor goedkopere en in hoeverre poortwachters hier invloed op kunnen uitoefenen.

Het effect van poortwachters op de zorgkosten

Ons land kent zorgpoortwachters, zoals de huisarts, het Centraal Orgaan Indicatiestelling Zorg (CIZ in de AWBZ) en gemeenten (in de WMO). Veel onderzoek laat zien dat deze poortwachters, vooral huisartsen, een positief effect hebben op de zorgkosten⁶⁰. Tegelijkertijd staan veel poortwachters onder toenemende druk van mondige burgers en wordt voor huisartsen hun rol als medebehandelaar groter. Veel huisartsen zien zichzelf niet zozeer als poortwachter, maar als coach voor het gebruik van zorg. Er zijn bovendien nauwelijks prikkels die een poortwachterrol belonen. Uit een recente studie blijkt dat landen met een sterke eerste lijn, zoals Nederland, het afgelopen decennium juist een hogere groei van de zorguitgaven kenden⁶¹. Dit roept opnieuw vragen op onder welke voorwaarden poortwachters de zorgkosten kunnen reduceren?

Om deze vraag te kunnen beantwoorden gaat de Celsus academie allereerst onderzoeken in hoeverre poortwachters in verschillende segmenten van de gezondheidszorg daadwerkelijk de kosten kunnen (blijven) beheersen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) stelt bijvoorbeeld meer indicaties vast dan er uiteindelijk wordt behandeld. Binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bestaat eveneens de nodige variatie in hoe gemeenten hun regie- en stuurrol interpreteren en uitvoeren. Vervolgens gaat de academie uitzoeken onder welke condities de verschillende poortwachters inderdaad een rol kunnen vervullen bij het beheersen van de zorgkosten.

Substitutie tussen langdurige en curatieve zorg

Nederland en Zweden hebben de grootste mondiale sectoren voor langdurige zorg. De vraag is in hoeverre hoge uitgaven voor langdurige zorg en gemiddelde uitgaven voor curatieve zorg communicerende vaten zijn. Vanuit het verleden en vanuit internationale studies kennen we de problematiek van de verkeerde bedden: ziekenhuizen kunnen hun patiënten die in een verpleeghuis horen niet kwijt. Anders gezegd: de curatieve zorg absorbeert een deel van de langdurige zorg. Een recente studie laat zien dat patiënten die hun laatste levensjaar in een instelling voor langdurige zorg verblijven, significant lagere ziekenhuiskosten hebben dan mensen die thuis wonen. De verschillen voor de totale kosten tussen deze groepen zijn klein⁶².

De Celsus academie onderzoekt hoe de langdurige en de curatieve zorg zich het beste tot elkaar verhouden, vanuit het perspectief van doelmatigheid.

4.2 Reductie van overbehandeling

Goede kwaliteit behouden en daarbij de kosten in de hand houden. Daarover gaat het subthema Reductie van overbehandeling. Dit is mogelijk als er betaald wordt voor geleverde kwaliteit en als overbehandeling wordt tegengegaan: *baat het niet, schaadt het wel!*

Bekostiging van kwaliteit

De *triple aim*, - betere zorg en een betere gezondheid tegen lagere kosten - en meer transparantie van zorgkwaliteit vertaalt zich ook naar de ontwikkeling van betalingsmodellen⁶³. Betalen voor kwaliteit is hierbij het basisprincipe. Dit staat bekend als uitkomstenbekostiging. De resultaten zijn tot dusver niet overtuigend. Experimenten in Engeland laten zien dat de kwaliteit toeneemt, maar vervolgens weer afvlakt nadat bepaalde doelen zijn behaald. Lagere kosten - maar geen lagere zorguitgaven - worden gemeten in experimenten die uitgaan van *shared-savings* en *quality-adjusted capitation*. Op dit moment zijn er geen vormen van uitkomstenbekostiging bekend die bijdragen aan een significant lagere uitgavengroei. Er bestaat dan ook scepsis over het effect van deze bekostigingsystemen⁶⁴. Dit doet echter niets af aan het feit dat integratie van zorgkwaliteit in de bekostiging en verzekering grote theoretische kansen biedt op meer doelmatigheid. Waarom blijven de resultaten in de praktijk dan toch zo achter? Misschien omdat dit type bekostiging niet adequaat is? Zo valt op dat de huidige experimenten vaak met een bonusstructuur werken, en niet met een malus. Hierdoor kunnen de directe uitgaven wel stijgen, maar niet dalen. Eventuele positieve effecten op de zorguitgaven hangen dan volledig af van de zogenoemde tweede orde effecten waarbij geldt dat de kost uitgaat voor de baat. Denk aan het vaccineren van kinderen om te voorkomen dat ze later ziek worden. Verder valt op dat de omvang van de monetaire prikkels zeer beperkt is. Aan kwaliteit van zorg valt slechts beperkt te verdienen of te verliezen. De Celsus academie gaat analyseren wanneer welke methode van bekostiging van kwaliteit effectief is voor uitgavenbeperking.

Reduceren van overbehandeling: gepast gebruik van zorg

Hoe stop je weinig effectieve of ineffectieve zorg? De geschiedenis leert dat dit niet makkelijk is. Zelfs zeer schadelijke zorg, zoals hersenchirurgie (lobotomie) bij psychiatrische patiënten waarvoor Enas Moris in 1944 de Nobelprijs voor geneeskunde kreeg, bleef tientallen jaren in gebruik omdat pas jaren later de gezondheidsschade daarvan bekend werd. In vergelijking daarmee zijn de duizenden onnodige hernia- en amandeloperaties en Percutane Coronaire Interventies (PCI) die jaarlijks worden uitgevoerd onschuldiger, maar ze kosten wel veel geld. Het voorkomen van onnodige diagnostiek leidt tot lagere zorguitgaven. Hoe stoppen we met onnodige verrichtingen? Welke zorg komt in aanmerking om er (deels) mee te stoppen? Wat zijn hierbij kansrijke strategieën en hoe kunnen pakketmaatregelen, eigen betalingen, zorginkoop en richtlijnen elkaar hierbij versterken?

De zorg kent veel praktijkvariatie. Dat betekent dat er grote verschillen bestaan in de zorgconsumptie tussen regio's. Dit duidt op overbehandeling, onderbehandeling of allebei⁶⁵. Indicaties van onnodige zorg zijn vaker bestudeerd, maar concentreerden zich op specifieke verrichtingen, zoals het gebruik van antibiotica, interventiecardiologie en CABG⁶⁶. Bijna zestig procent van de Nederlandse huisartsen zegt dat hun patiënten teveel zorg krijgen, een percentage dat veel hoger ligt dan in andere landen⁶⁷. Als we overbehandeling kunnen opsporen en voorkomen, kan er veel geld bespaard worden zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Geen wonder dat het onderwerp praktijkvariatie volop in de belangstelling staat.

We kennen effectieve zorg waarvan de meerwaarde is aangetoond. Maar we kennen ook preferentiesensitieve zorg waarbij er vergelijkbare opties zijn voor de patiënt, maar waarop de

aanbieder stuurt op de keuze daarvan⁶⁸. Dit laatste komt het meest voor en wordt vooral veroorzaakt door de beschikbare capaciteit en behandel mogelijkheden⁶⁹.

Maar ook bij preferentiesensitieve zorg valt winst te behalen, namelijk als de keuze voor de behandeling tot stand komt na overleg tussen arts en patiënt. Gezamenlijke besluitvorming, ofwel *shared-decision making*, kan leiden tot andere, goedkopere keuzes voor diagnostiek of behandeling. Zo kiezen chirurgische patiënten in dat geval vaker voor een niet-invasieve of de minst ingrijpende chirurgische behandeling⁷⁰. Ook verzekeraars kunnen met hun zorginkoop bijdragen aan minder aanbodsensitieve en preferentiesensitieve zorg. We weten inmiddels dat praktijkvariatie kan afnemen door stringente zorginkoop. Uit een studie van praktijkvariatie bij twee private Amerikaanse verzekeraars bleek dat praktijkvariatie hier veel minder groot was dan bij Medicare patiënten waar geen stringente zorginkoop was⁷¹.

Dat het realiseren van minder praktijkvariatie niet gemakkelijk is, blijkt uit het feit dat het (in de Verenigde Staten) verder is toegenomen sinds de Dartmouth Health Atlas dit in beeld brengt⁷². Zijn er misschien ontwikkelingen die strategieën om preferentie- en aanbodsensitieve zorg te reduceren tegenwerken? Daarbij valt te denken aan toenemende verschillen in zorgvraag of aan de toenemende diversificatie van het zorgaanbod naar allerlei nieuwe zorgvormen. Hoe kan minder praktijkvariatie leiden tot lagere zorgkosten, en - belangrijker - wanneer gaat dit niet op? Wat is de beste manier om praktijkvariatie te reduceren: *shared-decision making*, scheiding van indicatiestelling en behandeling, verandering van het zorglandschap of negatieve prikkels voor aanbieders die veel ongepaste zorg leveren?

4.3 Hoge kosten

Bij dit subthema staan de hoge kosten voor patiënten en cliënten centraal. Een groot deel van de kosten wordt veroorzaakt door een beperkte groep patiënten en cliënten. In de curatieve zorg kost de duurste een procent van de patiënten ongeveer dertig procent van het budget; in de langdurige zorg is deze verdeling nog schever⁷³. Bovendien zijn het juist deze groepen die een beroep doen op hulp over de sectoren heen. Zo hebben veel patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis ook hoge kosten in de somatische zorg, de langdurige zorg en doen zij ook een beroep op andere collectieve voorzieningen. Iets soortgelijks geldt voor ouderen met meerdere chronische aandoeningen en voor mensen met (nog) niet ontdekte zeldzame aandoeningen die soms lang in het zorgcircuit rondcirkelen voordat hun ziekte wordt vastgesteld⁷⁴. Een specifieke aanpak van cliënten/patiënten met zeer hoge kosten, geeft dus goede kansen op lagere zorguitgaven. Bovendien is juist deze groep kwetsbaar voor iatrogene schade, waardoor er goede kansen zijn om tegelijkertijd de kwaliteit van leven te verbeteren. De Celsus academie gaat onderzoek doen om zicht te krijgen op de zorgkosten van een aantal specifieke groepen met hoge meerjarige kosten (> € 50.000). Welke mogelijkheden zijn er om deze zorg te stroomlijnen en te coördineren en zo de uitgaven te beperken en waarom gebeurt dit wel of juist niet?

5. Cultuur en betaalbaarheid

Voor het derde thema, Cultuur en betaalbaarheid, onderzoekt de Celsus academie de volgende subthema's: Medicalisering, Professionele normen en Mantelzorg en vrijwilligerswerk. Deze subthema's worden hieronder uitgewerkt.

5.1 Medicalisering

Veel burgers vinden gezondheid het belangrijkste in hun leven (zie figuur 8). Dit vergroot de bereidheid om hier flink voor in de buidel te tasten en waarschijnlijk ook de vraag naar zorg. Maar de vraag naar zorg kan ook toenemen door andere sociaal-culturele processen, zoals eenzaamheid (bij ouderen). Tegelijkertijd neemt het aanbod toe van behandelingen en zorg die niet zozeer een ziekte of beperking verhelpen, maar die vooral bijdragen aan welzijn en persoonlijke ontplooiing. Voorbeelden hiervan zijn cosmetische chirurgie, luxe tandheelkunde, specifieke zorg rondom zwangerschap (IVF, de pil en pretecho's) en kalmeringstabletten bij examenstress. Bovendien blijkt het begrip 'ziekte' rekbaar. Obesitas, *restless legs*, RSI, ADHD en PDD-NOS zijn ziekten die enkele decennia geleden niet bestonden, maar nu veel voorkomen. Naast extra vraag vanuit zorggebruikers hangt dit samen met vier trends: a) risicofactoren (zonder klachten) worden ziekten; b) voorstadia (zonder klachten) worden ziekten; c) abnormale laboratoriumuitslagen (zonder klachten) worden ziekten en d) toevalsbevindingen van beeldvormende apparatuur worden ziekten. Dit kan een indicatie zijn voor toename van het zorggebruik als gevolg van medicalisering. Hierbij is er niet alleen een rol voor consumenten en medici, maar zeker ook voor de industrie, zorgaanbieders, patiëntenverenigingen en de wetenschap die zaken *framens* als ziekte. Dit roept vragen op als: kunnen we de medicalisering operationaliseren en meten? Hoe kunnen we medicalisering beheersen? Welke rol kunnen eigen betalingen hierbij spelen en kan preventie uitkomst bieden? De Celsus academie onderzoekt dit.

5.2 Professionele normen

Professionals zijn nodig om kwalitatief goede zorg te leveren. Ze zijn ook van groot belang voor een zorgvuldig uitgavenbeheer. De meeste beslissingen die gevolgen hebben voor de kosten worden immers op de werkvloer genomen: wel of geen extra bloedbepaling, wel of geen generiek geneesmiddel, huisarts of praktijkverpleegkundige, thuiszorg of een verpleeghuis, *disposable* hulpmiddelen of sterilisatie?

Professionals spelen ook een grote rol bij de inkoop van genees- en hulpmiddelen. Ze weten als geen ander waar het laaghangende fruit van de zorg zich bevindt en zijn meestal ook het beste in staat om dit te plukken. Maar dan moeten ze daar wel toe worden uitgedaagd, liefst vanuit hun eigen professionele normen en waarden. Wat is daarvoor nodig? Hoe en waarom dragen professionals bij aan betaalbare zorg? Wat is de invloed van opleidingen, *evidence-based* werken, *personalized medicine*, de arbeidsrelatie, de zorgorganisatie en van *peer-review*? Op welke wijze beïnvloedt verandering van (financiële) instituties deze professionele zelfregulering en normering? Wat is de relatie tussen het eigen en het maatschappelijk belang? Wat is de rol van sociale media, de impact van tuchtzaken en uitspraken van het tuchtcollege? Leiden die tot risicomijdende dokters met steeds meer inzet van diagnostiek? Al deze aspecten komen aan bod in onderzoek van de Celsus academie.

5.3 Mantelzorg en vrijwilligerswerk

De zorgsector heeft een sterke traditie van charitatieve dienstverlening. Nog altijd zijn mantelzorg en vrijwilligerswerk van groot belang om de zorg goed te laten functioneren. Met name in de langdurige zorg wordt er veel gebruik gemaakt van vrijwilligers. Zonder mantelzorg zouden veel meer mensen een beroep doen op formele zorg, waaronder dure intramurale opnames en verblijf. De monetaire waarde van de informele zorg loopt in de miljarden. Zonder informele zorg zou de betaalbaarheid van de zorg onder grote druk komen te staan. Welke bijdrage leveren mantelzorgers en vrijwilliger aan het zorgaanbod? Hoe kan het effect van dit aanbod worden geoptimaliseerd? Welke kansen bieden bijvoorbeeld nieuwe zorgcoöperaties daarvoor? Welke rol kunnen sociale media spelen? Waarom beschikken sommige instellingen over veel vrijwilligers, en andere juist niet? Wat is de relatie tussen een sociaal netwerk en zorggebruik? Hoe kunnen zorgprofessionals goed samenwerken met mantelzorgers en vrijwilligers? Wat is het effect van mantelzorg op het reguliere arbeidsaanbod en op het welbevinden van patiënten en mantelzorgers? Al deze vragen komen aan bod bij het onderzoek naar dit subthema.

6. Innovatie en betaalbaarheid

Het laatste thema behandelt innovaties in relatie tot betaalbare zorg. De subthema's die de Celsus academie onderzoekt zijn Uitgavenbesparende innovaties en pakketbeheer en Richtlijnenontwikkeling.

6.1 Uitgavenbesparende innovaties

Dat innovaties in de zorg kostenverhogend werken is maar ten dele waar. Veel innovaties zijn wel degelijk uitgavenverlagend, denk aan handhygiëne, vaccinaties die dure behandelingen voorkomen (polio), automatisering van labbepalingen en het gebruik van statines bij hoogrisicogroepen. Bijna altijd geldt dat correcte diagnostiek kostenverlagend werkt en foutieve kostenverhogend. Er zijn ook geluiden dat sociale media en ICT - mits goed gebruikt - de transactiekosten voor zorgverlening aanzienlijk kunnen verlagen. Maar welke innovaties verlagen de zorguitgaven? Waarom worden ze ingevoerd, of juist niet? Hoe functioneren de onderliggende mechanismen? Zijn de belemmeringen cultureel, worden belangen beschermd of zit de regelgeving misschien in de weg? Wat zijn effectieve strategieën om barrières te slechten die de implementatie van uitgavenbesparende innovaties tegenhouden?

Een andere vraag is waarom kostenbesparende innovaties en technologieën soms ook *niet* worden ontwikkeld? Waarom komt de kostenbesparende en kwaliteitsverhogende ontwenningstrip, - een verpakking om pijnstillers, antidepressiva, slaapmiddelen et cetera geleidelijk af te bouwen -, maar niet tot ontwikkeling? Het antwoord is simpel, de farmaceutische industrie heeft er geen belang bij. Ligt hier dan een taak voor de overheid?

6.2 Pakketbeheer en richtlijnen

Ordentelijk beheer van het pakket is belangrijk voor de beheersing van de zorguitgaven. Het voorkomen van instroom die de toets van de kosteneffectiviteit niet kan doorstaan is daarbij een belangrijke taak. Dat is niet altijd makkelijk, want kosteneffectiviteit hangt vaak af van het precieze indicatiegebied. Het is dan ook belangrijk om de patiëntengroep die baat heeft bij een bepaalde vernieuwing goed af te bakenen. Voor het vaststellen van de effectiviteit wordt als maat vaak kwaliteitsgecorrigeerde levensjaren gebruikt. Op het terrein van economische evaluaties worden *patient reported outcome measures* (PROMs) geoperationaliseerd in de vorm van kwaliteit van leven. Internationaal is hier veel ervaring mee opgedaan en bestaan er gevalideerde meetinstrumenten. PROMs - om de (kosten)effectiviteit van behandelingen vast te stellen -, worden gebruikt om pakketbeslissingen te onderbouwen, maar ook om richtlijnen op te baseren. Het biedt voordelen om dezelfde uitkomstmaten ook te gebruiken om de uitkomsten van zorg in kaart te brengen, te *benchmarken* en praktijkvariatie op te sporen. *Patient reported experience measures* (PREMs) in de vorm van cliënt/patiënttevredenheid en cliëntervaringen, worden ook gehanteerd als indicatoren voor kwaliteit van zorg. Het verder ontwikkelen van deze PROMs om uitkomsten van zorg mee vast te stellen is een volgende stap. Hierbij is het van belang dat de bestaande kennis en instrumenten vanuit de (economische) evaluaties worden benut en het wiel niet opnieuw wordt uitgevonden. Als elke beroepsgroep of instelling een eigen PROM ontwikkelt, draagt dat niet bij aan betaalbare zorg. Hoe kunnen deze PROMs bijdragen aan betaalbaarheid? Wie moet daarvoor wat doen en hoe bereiken we dat? Dit onderzoek van de Celsus academie brengt synthese in de kennis op het terrein van het (kosten) effectiviteitonderzoek, inclusief de koppeling naar kansrijke toepassingen voor pakketbeheer, richtlijnontwikkeling en uitkomsten/kwaliteit van zorg.

Deel 2: Kennisdeling en –toepassing

Een belangrijke doelstelling van de Celsus academie is dat de ontwikkelde kennis zijn weg vindt naar beleid en praktijk en zo daadwerkelijk een bijdrage kan leveren aan betaalbare zorg. Dat dit geen eenvoudig vraagstuk is, blijkt wel uit deel 1 van dit Werkprogramma.

Dit tweede deel van het Werkprogramma gaat in op hoe de academie de ontwikkelde kennis laat stromen zodat die kan renderen in de praktijk. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat wetenschap en beleid, kennis en ervaring gaan delen en samen tot nieuwe kennis komen. Dit wordt ook wel cocreatie genoemd. Hoe gaat cocreatie in zijn werk? Wat zijn de effecten daarvan en hoe kan het worden vormgegeven?

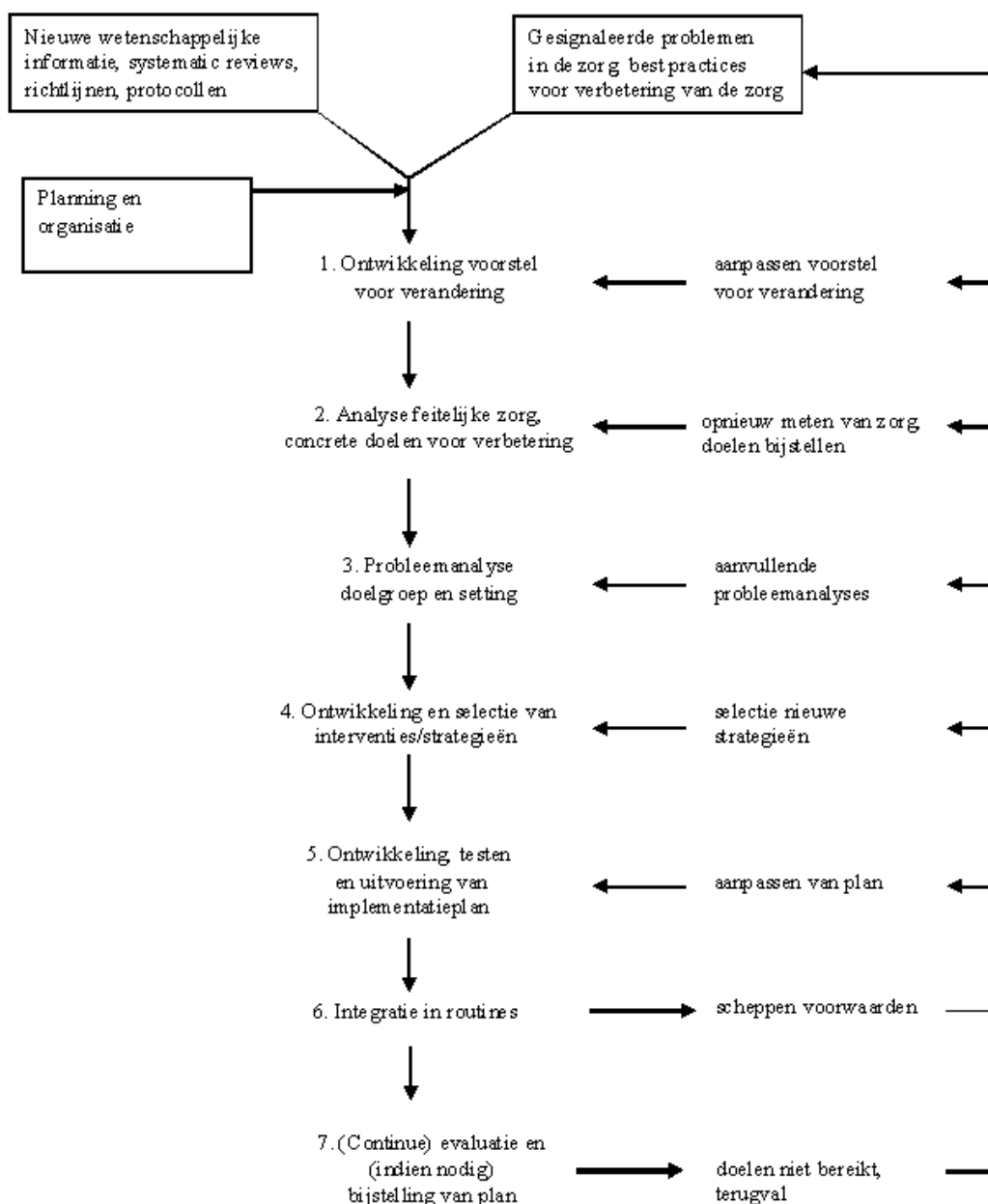
Tenslotte worden suggesties gedaan voor het vormgeven van kennis cocreatie en worden concrete activiteiten beschrijven die de Celsus academie inzet om kennis tussen wetenschap en beleid samen te laten komen en te laten stromen.

2.1. Het vraagstuk

In deel 1 van dit werkprogramma is de urgentie van kostenbeheersing in de zorg en het belang van goede en toegankelijke zorg uitvoerig beschreven. Kwaliteit en toegankelijkheid zijn de maatstaf als het gaat om goede zorg. Hoe verhoudt zich dit tot de betaalbaarheid ervan, die zeker problemen gaat vormen als we niet snel in actie komen. Deze problemen kunnen worden ingedeeld in gestructureerde en ongestructureerde problemen.

Gestructureerde problemen

Voor gestructureerde problemen kent de wetenschap oplossingen waarvan de meerwaarde is aangetoond. Beleidsmakers kunnen deze oplossing vervolgens afdwingen met wetten of stimuleren door bekendmaking. Toch worden in de praktijk lang niet alle oplossingen toegepast, zelfs niet als het doel helder is en de meerwaarde ervan wetenschappelijk is aangetoond. Daadwerkelijke implementatie vereist een actieve implementatiestrategie. Om ervoor te zorgen dat kennis over het aanpakken van gestructureerde problemen zijn weg vindt naar beleid en praktijk, is een actieve benadering nodig. Hierbij dient een aantal stappen te worden doorlopen (zie figuur 10). De eerste stap is dat de opgedane kennis wordt verwerkt tot een concreet, haalbaar voorstel voor verandering. Daarna moet worden gekeken naar de huidige manier van werken en de belangrijkste afwijkingen, de context, de doelgroep en belemmerende factoren voor de voorgestelde verandering. Barrières hierbij kunnen gaan over de kennis en vaardigheden van betrokkenen, over randvoorwaarden en de organisatie of over beloningsystemen. Op basis van analyse hiervan kunnen strategieën worden ontwikkeld die de verandering of het gebruik bewerkstelligen. Denk aan reminders, educatie en (financiële) prikkels⁷⁵. Deze strategieën kunnen vervolgens worden uitgevoerd. Ze moeten voortdurend worden geëvalueerd en, zo nodig, bijgesteld.



Figuur 10: Implementatie van veranderingen: een model⁶ (Grol, Wensing 2011)

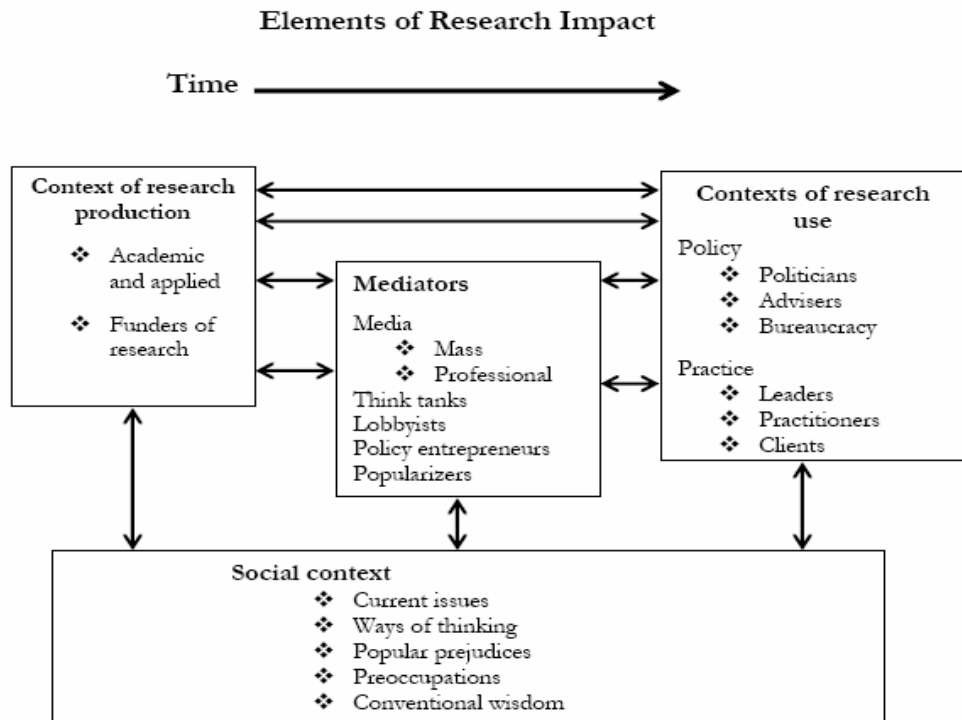
Ongestructureerde problemen

Voor ongestructureerde problemen bestaan geen oplossingen waarvan de meerwaarde is aangetoond. Causale verbanden zijn niet met grote zekerheid vast te stellen. Vaak betreft dit problemen waar veel en verschillende actoren en belangen in het spel zijn, zonder dat er eenduidige kennis voorhanden of te ontwikkelen is. Zoals gezegd in deel 1 van dit Werkprogramma hebben belangrijke onderdelen van het vraagstuk van de betaalbare zorg alle kenmerken van een *wicked problem*. Juist daarom is het belangrijk dat de wetenschap kennis ontwikkelt waarmee het probleem helder wordt, bijvoorbeeld wat betreft omvang en mogelijke effecten en gevolgen. Daarnaast is het belangrijk dat vanuit verschillende invalshoeken gekeken wordt naar het probleem, de afbakening ervan, de mogelijke oplossingen en hun gevolgen. Dit vraagt om een lerende omgeving waarin onderzoekers van verschillende disciplines, beleidsmakers, zorgverleners en andere relevante partijen betrokken worden. Gelijkwaardigheid en waardering van ieders inbreng zijn hiervoor essentieel. Dit zijn dan ook de uitgangspunten bij de activiteiten van de Celsus academie.

2.2 De context

Zoals eerder geschetst is betaalbare en goede zorg een urgent, maar ook grotendeels ongestructureerd probleem. Een effectieve aanpak ervan vraagt betrokkenheid van zowel de producenten van kennis als van de gebruikers ervan. De uitwisseling van kennis gebeurt daarbij in een dynamische omgeving.

In zijn Impact Model (figuur 11) onderscheidt Levin de context van de kennisproductie (kennisontwikkelaars en onderzoekers) en die van de kennisgebruikers (beleidsmakers en professionals)⁷⁷. De communicatie tussen deze twee kan rechtstreeks verlopen. Dan is er sprake van rechtstreekse beïnvloeding. Maar vaker zal deze verlopen via intermediërende partijen en via een overkoepelende sociale en politieke context. Wetenschappelijke resultaten en kennis worden in dit proces vaak opnieuw gehuid en geïnterpreteerd. Als kennis niet daadwerkelijk wordt geïmplementeerd in de praktijk, is dit niet zomaar een eenvoudig communicatieprobleem tussen twee partijen. Vaak moet worden geconcludeerd dat de kennis zich leent voor meerdere (beleids)toepassingen en nog moet worden vertaald in een bredere maatschappelijke context.



Figuur 11: Impact model, Levin (2004)

De volgtijdigheid van de 'context of research production' en de 'context of research use', in het model van Levin maken duidelijk dat op het niveau van organisaties een zekere taakverdeling bestaat tussen wetenschap, beleid/praktijk en intermediërende partijen. Tegelijkertijd maakt wetenschappelijk sociologisch onderzoek duidelijk dat er op individueel niveau een (informele) verwevenheid bestaat tussen wetenschap en beleid/praktijk. Commissies en adviesraden worden bevolkt door wetenschappers en beleidsmakers die zich via die structuren verdiepen in inzichten uit beleidspraktijk en onderzoeksresultaten. Zij bewegen zich op de grens tussen beleid en wetenschap in *boundary organizations*⁷⁸.

Ook de Celsus academie kan gezien worden als een *mediating gremium* of *boundary organization*. Het profiel van *boundary organizations* en hoe ze zich in het krachtenveld

bewegen tussen wetenschap en beleid verschilt sterk. Een voorbeeld van een publieke *boundary organization* in Nederland is de Gezondheidsraad⁷⁹. In het buitenland bestaan ook veel private denktanks, zoals de *Nuffield Trust* en *The King's Fund* (Verenigd Koninkrijk), het *Itera Instituut* (België), de *Robert Bosch Stiftung* (Duitsland) en de *Brookings foundation* en *het Commonwealth Fund* (Verenigde Staten). Kenmerkend voor al deze organisaties is dat de kennis- en beleidswereld voortdurend bezig zijn met het vormgeven van de grenzen (*boundary work*) van hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

2.3 Manieren van kennisontwikkeling

Duidelijk is dat betaalbare zorg vooral kenmerken heeft van een ongestructureerd of *wicked* probleem en dat de Celsus academie kan worden gezien als een *boundary organization* waarin wetenschappers en beleidsmakers intensief samenwerken.

Maar welke kennis genereert de Celsus academie en hoe doet ze dat? Deze paragraaf beschrijft verschillende soorten kennis en verschillende manieren van kennisontwikkeling.

Volgens Jasanoff kan kennis gebaseerd zijn op puur wetenschappelijk onderzoek (*research science*), maar ook op onderzoek dat in de keuze van vraagstelling, methodologie en output gericht is op oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken (*regulatory science* of *socially robust science*). Enkele kenmerkende verschillen hiertussen staan in figuur 12.

	Regulatory Science	Research Science
Goals	'truths' relevant to policy	'truths' of originality and significance
Products	Studies and data analysis, often unpublished	Published papers
Time frame	Statutory timetable, political pressure	Open ended

Figuur 12: Regulatory Science and Research Science

Een andere, vergelijkbare indeling komt van Gibbons en Edelenbos (zie tabel 13). Zij spreken van twee typen kennis: Modus 1 en Modus 2. Modus 1 staat voor contextvrije en objectieve kennis (*research science* volgens Jasanoff) en Modus 2 voor de ontwikkeling van nieuwe kennis vanuit praktijksituaties waardoor kennis haar betekenis ontleent aan haar functie in een sociale context (*regulatory science* volgens Jasanoff).

Modus 1	Modus 2
Wetenschap kent veel disciplines die sectoraal zijn opgebouwd vanwege hun specifieke karakter.	Wetenschap kent vele raakvlakken tussen disciplines; interdisciplinariteit is het gevolg.
Kennisproductie is een neutraal, objectief en onafhankelijk proces.	Kennis is een sociaal proces waarin subjectiviteit een grote rol speelt.
De aard van wetenschappelijke kennis is tijdloos; het hoogst haalbare is objectieve en universele kennis.	Wetenschappelijke kennis is tentatief en situatiegebonden; het hoogst haalbare is intersubjectieve kennis.
Wetenschappelijke feiten spreken voor zich.	Over wetenschappelijke feiten kan getwist en onderhandeld worden.

Tabel 13: Modus 1 en Modus 2 Kennis (Gibbons, 2005; Edelenbos, 2005)

Modus 2 slaat op de productie van wat Gibbons sociaal robuuste kennis noemt. Deze ontstaat door de interactie tussen verschillende kennisproducenten en betrokkenen in een nieuwe, publieke ruimte, de zogenoemde agora. De grenzen tussen universiteiten en andere plaatsen waar kennisontwikkeling plaatsvindt, vloeien door de opkomst van Modus 2 onderzoek steeds meer in elkaar over. Modus 2 onderzoek is meer dan het toepassen van bestaande kennis. Het creëert nieuwe kennis door multi- en transdisciplinaire samenwerking en reflectie en verantwoordelijkheid in heterogene netwerken die het proces van kennisproductie en kennisoverdracht sturen. Deze netwerken worden niet van tevoren opgezet, maar ontwikkelen zich gedurende het proces. Kennis wordt verspreid tijdens het proces van kennisproductie.

De Raad voor Ruimtelijk Milieu- en Natuuronderzoek (RMNO) presenteert een model waarin de verhoudingen tussen wetenschap en praktijk worden geschetst, maar ook kenmerken van kennisproductie en type kennis⁸⁰. Zij spreken van mode-0, mode-1 en mode-2 om drie ideaaltypische relaties tussen wetenschap en praktijk te beschrijven (zie tabel 14). Of deze relatie autonoom, gekoppeld of interactief is, heeft consequenties voor het soort kennis dat wordt ontwikkeld en de methode die bij deze kennisontwikkeling past.

	Verhouding Wetenschap en Praktijk	Rol wetenschappelijke kennisontwikkeling	Type kennis
Mode-0	APART Wetenschap en praktijk staan (vrij) los van elkaar.	AUTONOOM en ONAFHANKELIJK Meer wetenschappelijk kennis leidt tot meer vooruitgang. Primaat van kennisontwikkeling ligt bij wetenschappers.	Monodisciplinaire kennis Nadruk op bèta
Mode-1	SAMENWERKEN Samenwerking tussen wetenschap en praktijk. Geen verandering in wijze van werken van beiden. Opkomst van intermediairen.	INSTRUMENTEEL en SPECIALISATIE Ontwikkelen van beleidsrelevante kennis en/of toegepaste kennis leidt tot het oplossen van maatschappelijke problemen en het stimuleren van de economie. Veel afstemmingsactiviteiten.	Mono-, multi- en interdisciplinaire kennis Beta en gamma
Mode-2	CO-PRODUCTIE Praktijk en wetenschap beiden actief op zoek naar beste manier om complexe veranderingsprocessen vorm te geven en te begeleiden. Intermediairen zijn actief.	TRANSDISCIPLINAIR Wetenschappelijke kennis is onderdeel van het gezamenlijke oplossingsproces en het proces is onderdeel van wetenschappelijke kennisontwikkeling.	Mono-, multi- en interdisciplinaire kennis Ook ervaringskennis of maatschappelijke kennis

Tabel 14: De rol van wetenschappelijke kennisontwikkeling (RMNO, 2007)

In mode-0 staan wetenschap en praktijk los van elkaar en is wetenschappelijke kennisontwikkeling een autonoom proces. In mode-1 vinden wel afstemmingsactiviteiten plaats tussen wetenschap en praktijk maar verandert de werkwijze binnen de wetenschap niet wezenlijk. In mode-2 gaat het om transdisciplinaire kennisontwikkeling waarbij een intensieve samenwerking bestaat tussen wetenschap en praktijk. Actoren lopen in elkaar over en zijn nauw met elkaar verweven in een netwerk. Een mode-2 perspectief op de samenleving betekent dat het onderscheid tussen (wetenschappelijke) kennisproductie en de aanpak van ongestructureerde problemen moeilijk te maken is.

Celsus, academie voor betaalbare zorg is een plek waar wetenschappers vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines en beleidsmedewerkers van VWS met hun kennis en ervaring elkaar ontmoeten. Er is sprake van co-productie waarbij actoren in een netwerk met elkaar samenwerken. Betaalbare zorg is immers een maatschappelijk probleem dat nooit alleen maar wetenschappelijk benaderd kan worden. De interactie tussen wetenschappelijke disciplines en beleidsmedewerkers is daarom cruciaal.

2.4 Kennisdeling en kennistoepassing = kennis-cocreatie

In mode-2 is het lastiger om onderscheid te maken tussen wetenschappelijke kennisontwikkeling en het oplossen van ongestructureerde maatschappelijke vraagstukken. Wetenschappelijke ontwikkeling krijgt meer de vorm van socio-technologische innovatie. Innovatie kun je zien als een twee-eenheid. Nieuwe ideeën of innovaties zijn nodig om vooruitgang te boeken. Dat is de technologische kant. Daarnaast heeft de innovatie een plek nodig om waardevol te kunnen zijn. Dat vraagt om aanpassing of vernieuwing door organisaties. Dit wordt ook wel sociale innovatie genoemd. Juist deze sociale innovatie is het meest ingewikkeld te realiseren. Er is dus geen sprake van directe kennisoverdracht of van het toepassen van wetenschappelijke kennis in een specifieke context. De kennis wordt tijdens een socio-technologisch innovatieproces, in de probleemcontext, door alle betrokkenen genereerd en beoordeeld.

In deze paragraaf worden allereerst de begrippen kennisdeling en kennistoepassing nader toegelicht. Vervolgens wordt ingegaan op cocreatie.

Kennisdeling

Kennisdeling gaat over het verspreiden van kennis in de vorm van tweerichtingsverkeer tussen mensen uit wetenschap, beleid en praktijk met elk hun eigen relevante kennis. Kennisdeling is ook het ontwikkelen van nieuwe en gedeelde concepten en perspectieven (*frames*). Onderzoekers dragen hieraan bij door zoveel mogelijk relevante en beschikbare kennis te verzamelen en inzichtelijk te maken. Mensen uit beleid en praktijk brengen hun kennis en ervaring in. Om het complexe probleem van betaalbare zorg aan te kunnen pakken, is inbreng vanuit deze verschillende perspectieven belangrijk. Alleen dan ontstaat gedeelde kennis over betaalbare zorg. Bovendien, als wederzijdse kennis wordt gedeeld en bediscussieerd, vergroot dit de kans op implementatie in de praktijk.

De Celsus academie kiest voor een multidisciplinaire en actieve benadering van kennisdeling. Het is immers bekend dat alleen kennisverspreiding meestal niet leidt tot verandering van gedrag⁸¹. Een belangrijke reden hiervoor is dat beleidsmakers en professionals zich meer laten leiden door hun eigen ervaringen en die van de mensen in hun netwerk, dan door wetenschappelijk bewijs⁸². Om kennis daadwerkelijk toepasbaar te laten zijn moet er daarom sprake zijn van uitwisseling én discussies over interpretatie van kennis tussen onderzoekers, beleidsmakers en professionals. Als zij elkaars doelen en professionele culturen beter

begrijpen, elkaars werk beïnvloeden, nieuwe vormen van samenwerking creëren en het gebruik van onderzoeksgegevens in besluitvorming stimuleren, dan pas gaat kennis echt stromen.

Kennistoepassing

Kennistoepassing of implementatie is het daadwerkelijk toepassen van nieuwe kennis in beleid en praktijk. Het gaat daarbij om een proces- en planmatige invoering van vernieuwingen of verbeteringen van bewezen waarde om deze een structurele plaats te geven in het handelen van zorgverleners en beleidsmakers. Kennistoepassing veronderstelt dat actoren het eens zijn over nut en noodzaak van deze vernieuwingen of verbeteringen. Maar dit speelt vooral bij gestructureerde problemen waarvoor bewezen oplossingen beschikbaar zijn. Behalve het ontwikkelen van gedeelde kennis en inzichten, zijn ook *timing en planning* van belang om 'bewezen effectieve kennis' om te zetten in concrete, haalbare voorstellen voor beleid en praktijk.

Kennis-cocreatie

Zoals gezegd is de Celsus academie een *mediating gremium of boundary organization* waarin wetenschappers en beleidsmakers intensief samenwerken. Celsus is opgericht betaalbare zorg voor elke burger te realiseren. Het delen van kennis vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines, beleidsmakers, zorgverleners en andere relevante partijen is hierbij van groot belang. Want op deze manier wordt als het ware nieuwe kennis gegenereerd. Er is dan geen sprake meer van verschillende disciplines die multidisciplinair samenwerken, maar van het samen creëren van nieuwe kennis, ofwel kennis-cocreatie. Zeker voor het vraagstuk betaalbare zorg is deze benadering van belang omdat het primaat voor het oplossen van dit complexe probleem niet kan liggen bij alleen wetenschappers of beleidsmakers. Ze zoeken in een gezamenlijk proces naar gedeelde oplossingen voor tastbare problemen. De kennis van de wetenschappers staat naast die van de beleidsmakers.

2.5 Vormgeven van kennis-cocreatie

De Celsus academie doet op verschillende manieren aan kennisontwikkeling. Voor gestructureerde (deel)problemen wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan dat resulteert in artikelen en promoties. Voor ongestructureerde en meer complexe problemen is er gekozen voor werkwijzen waarin cocreatie kan plaatsvinden (mode-2). Hoe organiseert de Celsus academie dit?

Transdisciplinair onderzoek

In transdisciplinair onderzoek werken onderzoekers en stakeholders, - in het geval van de Celsus academie de beleidsmedewerkers - gedurende het hele proces actief met elkaar samen. Er is sprake van een iteratief proces van observatie, reflectie en implementatie. Het gaat hierbij om het creëren van een omgeving waarbij mensen uit verschillende werelden en met verschillende kennis, ervaring en vaardigheden gezamenlijk zoeken en intensief samenwerken. Kennisontwikkeling vindt plaats in de context waarin de nieuwe kennis ook moet worden toegepast. Bij transdisciplinair onderzoek gaat het om het creëren van een omgeving waarin mensen vanuit verschillende, ook niet academische werelden, samenwerken aan complexe problemen. Hierdoor wordt sociaal robuuste kennis gegenereerd die niet alleen wetenschappelijk betrouwbaar is maar ook geaccepteerd en bruikbaar in de maatschappelijk contexten van het vraagstuk. Er wordt gedacht vanuit de probleemsituatie van de betaalbare zorg en niet vanuit bestaande disciplines.

Succesfactoren

In de literatuur over interactieve onderzoeksmethoden worden instrumenten genoemd die dit proces faciliteren⁸³. Regeer en Bunders spreken van succesfactoren op vier verschillende niveaus. Voor complexe problemen is het immers nodig dat interventies plaatsvinden op verschillende niveaus, dat van: het individu (de deelnemers), het project (projectleider en kernteam), het instituut (regels, procedures en culturen) en het niveau van de wijdere context (systeemniveau met patronen en paradigma's).

Individu	Project	Instituut	Wijdere context
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gecommitteerd aan de gezamenlijke doelstelling ▪ Open, luisteren, nieuwsgierig, empathisch ▪ Competenties voor gezamenlijk leren ▪ Communicatief sterk ▪ Teamspeler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Draagt het project ▪ Sociale, communicatieve vaardigheden ▪ Geloof in het project ▪ Omgaan met weerstanden ▪ Interdisciplinair team 	<p>Inbedding:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Draagvlak vanuit thuisbasis ▪ Ruimte voor verandering <p>Stimulansen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiering ▪ Adequate beoordelingscriteria 	<p>Netwerk is adaptief (niet te sterk, niet te zwak) en lerend</p>

Tabel 15: Succesfactoren voor interactieve benaderingen op vier niveaus⁸⁴.

Dynamiek

Bij het invulling geven aan cocreatie binnen een mode-2 aanpak moet er aandacht zijn voor twee samenhangende dynamieken: de interne - en de grensdynamiek. Bij de interne dynamiek gaat het om het creëren van een omgeving die kennis-cocreatie faciliteert. Er moet een proces op gang komen van goed communiceren, samenwerken, leren en de deelnemers moeten een netwerk bouwen. Het is belangrijk dat er een vertrouwensrelatie ontstaat tussen deelnemers. Of dit lukt hangt onder meer af van externe factoren, zoals de institutionele achtergrond van de deelnemers. De externe grensdynamiek gaat over het handelen van een deelnemer in een project en het kader van waaruit de actor dit doet, zoals zijn beroepsmatige en culturele achtergrond en de waarden, kwaliteitscriteria en werkwijze die hierbij horen. De mate waarin actoren, open en co-productief kunnen deelnemen aan een project is afhankelijk van de ruimte die ze krijgen van de netwerken waar ze deel van uitmaken. Om deze processen te faciliteren, kan gebruik worden gemaakt van zogenaamde *Communities of Practice (CoP)*.

Communities of Practice

Wenger definieert *Communities of Practice* als 'groups of people who share a concern or passion for something they do and learn how to do it better as they interact regularly'. Een *Communities of Practice* dient om mensen te stimuleren, ervaringen uit te wisselen en die te verbinden om zo tot gedeelde en/of nieuwe inzichten te komen. Het reflecteren op wetenschappelijk kennis en ervaring en het uitwisselen ervan staat centraal. Volgens Wenger heeft een *Communities of Practice* drie dimensies:

- Domein: deelnemers richten zich op vraagstukken die belangrijk zijn voor hun werk in de praktijk.
- Gemeenschap: deelnemers vormen een gemeenschap waarbinnen men elkaar vertrouwt, men elkaars bijdragen waardeert en men elkaar inspireert door ideeën en andere perspectieven.
- Praktijk: deelnemers zijn praktijkbeoefenaars die een repertoire van handelen, ervaringen, verhalen en methoden delen.

Interacties binnen een *community* kunnen online of *face-to-face* plaatsvinden, als deelnemers zich maar eigenaar van hun *Communities of Practice* voelen⁸⁵. Want alleen dan nemen ze verantwoordelijkheid, investeren ze tijd en zijn ze trots op de *community*.

De Celsus academie organiseert *Communities of Practices*. Dit is immers een goede manier om kennisdeling en -toepassing - ofwel kennis-cocreatie! - te stimuleren.

2.6 Activiteiten voor kennisdeling en -toepassing

Om kennis-cocreatie te kunnen realiseren is het van belang dat wetenschappers van verschillende disciplines en beleidsmakers in contact komen met elkaar. Hierdoor begrijpen ze elkaars doelen en professionele culturen beter, beïnvloeden ze elkaars werk, creëren ze nieuwe vormen van samenwerking en komen ze gezamenlijk tot nieuwe oplossingen voor het ongestructureerde probleem van onbetaalbare zorg. De basisgedachte is het vormgeven van tweerichtingsverkeer tussen beleidsmakers en onderzoekers door het uitwisselen van kennis en het opbouwen van netwerken.

De Celsus academie organiseert een aantal activiteiten met de volgende doelstellingen:

- Het organiseren van afstemming tussen wetenschap en beleid.
- Het stimuleren van gedeelde visies, verwachtingen en taal.
- Het bewerkstelligen van open communicatie en wederzijds vertrouwen.
- Het anticiperen op conflicten die raken aan interne - en grensdynamieken.
- Het creëren van draagvlak voor implementatie van kennis.
- Het ondersteunen van deelnemers bij het omgaan met conflicten tussen het project en het instituut waar de deelnemers vandaan komen.
- Competenties die nodig zijn om een intermediaire rol te vervullen ontwikkelen bij medewerkers van de Celsus academie.

Bovenstaande activiteiten vinden plaats op vier niveaus: individuele deelnemers, projectteams, betrokken instituten en de bredere omgeving.

Individuele deelnemers

Om het kennisprogramma van de Celsus academie uit te voeren, zet de academie wetenschappers in van de volgende disciplines: openbare financiën, gezondheidswetenschappen, epidemiologie, gezondheidseconomie, geneeskunde en bestuurs/bedrijfskunde. Daarnaast is er kennis en ervaring nodig van beleidsmedewerkers van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Alle wetenschappers worden geselecteerd op basis van affiniteit met het onderwerp betaalbare zorg, analytische en communicatieve vaardigheden en een hoge mate van beleidssensitiviteit. Om deelnemers kennis te laten maken met elkaars achtergrond en werkwijzen, volgen zij een

introductieprogramma en worden er koppels gemaakt van wetenschappers en beleidsmedewerkers (buddy-systeem).

Projectteams

Voor elk hoofdthema vormt de Celsus academie een *Community of Practice* (CoP), namelijk: beleid en betaalbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid, cultuur en betaalbaarheid en innovatie en betaalbaarheid. Elke *community* organiseert maandelijks een bijeenkomst waarin onderzoekers hun bevindingen presenteren en beleidsmedewerkers hun kennis en ervaring inbrengen. Zo ontwikkelen ze gezamenlijk (cocreatie) beleidsrelevante kennis en/of toegepaste kennis die bijdraagt aan betaalbare zorg.

Aan-tafel-sessies

Het is van belang dat er bij de instituten die betrokken zijn bij de Celsus academie, draagvlak bestaat voor het kennisprogramma betaalbare zorg. Ook moeten deze instituten ruimte creëren voor onderzoekers en beleidsmakers zodat zij kunnen participeren in een of meer *Communities of Practice*. Met aan-tafel-sessies wordt de interactie tussen beleidsmakers en onderzoekers vergroot en de basis gelegd voor een persoonlijk netwerk. Tijdens deze bijeenkomsten vindt gedachtewisseling plaats over specifieke betaalbaarheidsvraagstukken. Aan-tafel-sessies ook worden ingericht om de beleidsrelevantie van ontwikkelde kennis nog scherper in beeld te krijgen. Deze sessies kunnen worden ondersteund door *serious gaming* en door een *skills lab* waarin methodieken worden toegepast voor groepsbesluitvorming en deliberatie.

Cursussen en opleidingen

De Celsus academie ontwikkelt cursussen en opleidingen die bijdragen aan meer expertise voor iedereen die serieuze belangstelling heeft voor betaalbare zorg, in eerste instantie voor medewerkers van het ministerie van VWS. Kernwoorden hierbij zijn: betaalbare zorg (zie deel 1), strategie & bestuur, beleidsimplementatie in een complexe omgeving en *evidence based policymaking*. De Celsus academie verzorgt deze opleidingen samen met (inter)nationale topdocenten en experts.

Wijdere omgeving

De kennis die de Celsus academie creëert moet worden gedeeld met en getoetst aan relevante stakeholders en de wijdere omgeving. Hiervoor heeft de academie een website ontwikkeld (www.celsusacademie.nl) en wordt tenminste driemaal per jaar een nieuwsbrief uitgebracht. Op de website is informatie beschikbaar over de doelstelling en activiteiten van de Celsus academie. Daarnaast organiseert de academie openbare en besloten meetings om bevindingen uit het kennisprogramma te bespreken en te delen.

Conferenties

Jaarlijks - in het najaar - organiseert de Celsus academie een conferentie voor alle relevante partijen binnen wetenschap, beleid en praktijk. Om het jaar valt deze Celsus Conferentie samen met het congres dat IQ healthcare elke twee jaar organiseert. Tijdens de Celsus Conferentie wordt de voortgang van het programma besproken, onderzoeksresultaten met elkaar gedeeld en worden nieuwe vragen en mogelijke antwoorden verkend en met elkaar gedeeld. De Celsus Conferentie wordt jaarlijks gehouden in het najaar.

Referenties deel 1

- Aaron H. en WB Schwartz, *The painful prescription: Rationing health care*, Brookings Institution, Washington DC, 1984; B.A. Weisbrod, *The Health Care Quadrilemma: An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care and Cost Containment*, *Journal of Economic Literature* Vol. 29 (2), 1991, p. 523 – 552.
- Anderson, G.F., Reinhard, U.E., Hussey, P.S., Petrosyan, V., *It's the prices stupid: why the United States is so different from other countries?*, *Health Affairs*, Mei 2003.
- Arrow, K., *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, *American Economic Review* 53 (5), 1963 p. 941-973.
- Bardsley, M., Georghiou, T., Dixon J., *Overlap of hospital care and social care in older people in England*, *Journal of health services research and policy*, 2012.
- Blank, J. L. T., Koolmees, W., Vogelaar, I., & Waaijers, J. L. *Tussen bureau en bed: een empirisch onderzoek naar de relatie tussen overhead en productie in Nederlandse ziekenhuizen*. Rotterdam: ECORYS-NEI, 2002.
- Blank JLT en E Eggink, *Productiviteitstrends in de ziekenhuiszorg*, Delft, 2011.
- Bodegom , D., van, et. al, *Dutch life expectancy from an international perspective*, Leyden Academy on Vitality and Aging, 2010.
- Booz & co, Visser S., R. Westendorp, K. Kools, J. Kremer en A. Klink, *Kwaliteit als medicijn. Aanpak voor betere zorg en lagere kosten*. Amsterdam, 2012.
- Brouwer, W., Exel, J., *Een gepaste waarde van gezondheid in Dossier Gepaste Zorg*, *Economisch-Statistische Berichten*, Vol. 97, oktober 2012, p. 50-57.
- Charlesworth A, A Davies en J Dixon, *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*, Nuffield Trust, 2012.
- Chernew, M., Mechanic, R., Landon, B., Safran, D., *Private-Payer Innovation In Massachusetts: The 'Alternative Quality Contract*, *Health Aff* January 2011 vol. 30 no. 1 51-61.
- Cutler, D.M., Rosen, A.B., Vijan, S., *The Value of Medical Spending in the United State, 1960-2000*, *New England Journal of Medicine*, Vol. 355, 2006, p. 920 – 927.
- Eggleston K. en Fuchs VR., *The new demographic transition: most gains in life expectancy now gained later in life*, *Journal of Economic Perspectives*, 2012.
- Ellis RP en TG McGuire, *Provider behavior under prospective reimbursement. Cost sharing and supply*, *Journal of Health Economics* 5, 1986, p 129-151.
- Frakt, A., Trafton, J., Wallace,A., Newman, M., Pizer, S., *Directed funding to address under-provision of treatment for substance use disorders: a quantitative study*, *Journal of Implementation Science*, submitted, 2012.
- Frogner, BK., Hussey, PS, Anderson, GF, *Health systems in industrialized countries*, in S. Glied en PC. Smith, *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press, 2011, p. 15-17.
- Fuchs, VR., *Economics, values, and health care reform*, *American Economic Review* 86 (1), 1996, p. 1-24.
- Jeurissen, PPT, *Houdbare Solidariteit in de Gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, 2005.
- Jeurissen PPT, *Uitgavenbeheer in de Gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Den Haag 2008.
- Jeurissen PPT, *For-profit hospitals. A comparative and longitudinal study of the for-profit hospital sector in four Western countries*, Erasmus Universiteit, Rotterdam 2010.

- Korenstein D., Falk, R., Howell, EA, Bishop, T., Keyhani, S., Less is more. Overuse of health care services in the United States, Archives of Internal Medicine, Jan 23. 2012.
- Kommer, GJ, Wong, A, Slobbe, LJC., Determinanten van volumegroei in de zorg, RIVM, Bilthoven, 2010.
- KPMG-Plexus, Excess growth, Amsterdam, 2012.
- Kringos, DS, The strength of primary care in Europe, NIVEL, Utrecht, 2012. 314 p.
- Lamping, Raab en Kenis, Participation and coordination in Dutch health care policy-making: A network analysis of the system of intermediate organizations in Dutch health care in, Health Promotion International Advance Access Maart 2012.
- LeGrand J., Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights & Knaves, Pawns & Queens, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- Lichtenberg FR., The effect of pharmaceutical utilization and innovation on hospitalization and mortality, NBER, working paper 5418, 1996.
- Mackenbach JP., Ziekten in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie, Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam, 2010, p. 63.
- Mason,A., Epstein, B., Smith, PC., Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T., Tiemann, O. International comparison of costs: an exploration of within- and between-country variations for ten healthcare services in nine EU-countries, Final Report 2007.
- Maynard, A., White,J., Cost control and health care reform. The case for all payer regulation, Working Paper, May 2009.
- Maynard A., The powers and pitfalls of payment for performance, Health Economics 21:3-12, 2012.
- Meerding,W.J., Polder, J.J., Hollander de, AEM, Mackenbach, JP, Hoe gezond zijn de zorguitgaven? De kosten en opbrengsten van gezondheidszorg bij infectieziekten, kankers en hart- en vaatziekten, RIVM, 2007.
- Murphy, K.M., Topel, R.H, *The value of health and longevity*, Journal of Political Economy 114 (5), 2006, p. 871-904.
- OECD, Health at a Glance 2012, Parijs 2012.
- Polder JJ., Kooiker, S., Van der Vlucht, F., De gezondheidsepidemie. Waarom wij gezonder en zieker worden, Reed Business, 2012.
- Pomp, M, *Een beter Nederland: De gouden eieren van de gezondheidszorg*, Balans, 2010.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Het belang van wederkerigheid solidariteit gaat niet vanzelf, Den Haag, 2013.
- RIVM, De prestaties van de Nederlandse zorg. Zorgbalans 2010. Bilthoven 2011.
- Salomon LM, Partners in public service: government-nonprofit relations in the modern welfare state, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.
- Schick A, Lessons from the crisis: will the crisis change budgetting? 33rd annual meeting of OECD senior budget officials, June 2012.
- Schoen C. et. al., A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas, Health Affairs Web First, 15th November 2012.
- Shortell SM, JL O'Brien, JM Carman, RW Foster, EFX Hughes, H Boerstler en EJ O'Connor, Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation, Health Services Research 30 (2), 1995, p. 377-401.
- Skinner JS en A Chandra, Technology growth and expenditure growth in health care, NBER working paper 16953, 2011.
- Song, Y., Skinner, J., Bynum, J., Sutherland, M., Wennberg, J., Fisher, E., Regional Variations in Diagnostic Practices, N Engl J Med 2010; 363:45-53.

- Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., et al. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*(10), CD001431.
- Starfield B. Primary care. Balancing health needs, services, and technology, Oxford University Press, 1998.
- Starr P, The Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry, Basic Books, New York, 1982, p. 389.
- Tweede kamer der Staten-Generaal, Structuurnota gezondheidszorg, 1973-1974, nr. 13 012.
- Vijssel, A., van de, Engelfriet en Westert, GJ., Rendering hospital budgets volume based and open ended to reduce waiting lists: does it work? *Health Policy*, 100 (2011) 60-70.
- Waarborgfonds Zorg, Jaarverslagen diverse jaren.
- Weisbrod B., The healthcare quadrilemma: an essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment, *Journal of Economic Literature* Vol. 29 (2), 1991.
- Wendt, CI., Kohl, J., Translating monetary inputs into health care provision: a comparative analysis of the impact of different modes of public policy, *Journal of Comparative Policy Analysis*, 2010.
- Wennberg, JE., Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care. Oxford University Press, 2010.
- Wennberg, JE, Thomson,P., Time to tackle unwarranted variations in practice, *BMJ* 2011; 342.
- Wennberg, JE, Westert, GP, Praktijkvariatie ongelooft groot, *Medisch Contact*, 2012, nr. 38, 2062-2065.
- Westert GP., Ongezonde zorg en gepaste praktijkvariatie, Oratie Nijmegen, december 2011.
- White J., Cost control and health care reform. The case for all payer regulation. Working Paper May 2009.
- White J. The budget-makers perspective on health care systems, Working paper September 2012.

Referenties deel 2

- Amara, N., M. Ouimet, and R. Landry. 2004. *New evidence on instrumental, conceptual, and symbolic utilization of university research in government agencies*. Science Communication 26, no. 1: 75–106.
- Bal, R., W. Bijker, en r. Hendriks. 2002. Paradox van wetenschappelijk gezag: over de maatschappelijke invloed van de Gezondheidsraad. Den Haag, Gezondheidsraad. 283pp.
- Coburn, C., M. Honig, and M. Stein. 2009. *What's the evidence on districts' use of evidence? In The role of research in educational improvement*, ed. J. Bransford, D. Stipek, N. Vye, L. Gomez, and D. Lam, 67–87. Cambridge, MA: Harvard Education Press.
- Edelenbos, J. (2005) *Kennisontwikkeling als co-evolutionair proces. De 'adaptive walk' van de bestuurskundig onderzoeker*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Gawande, A. 2007. *Better*. London: Picador.
- Gibbons M., Limoges C., Nowotny H., Schwartzman S., Scott, P., & Trow, M. (2005). *The New Production of Knowledge: The Dynamics of Science and Research in Contemporary Societies* (8th reprint). London: Sage Publications.
- Grol, R., Wensing, M., 2011, Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg, Read Business, Amsterdam.
- Guston, DH., 2001, *Boundary organizations in environmental policy and science: an introduction*. Science Technology & human values, volume 26, ussue 4: 399 – 408.
- Hisschemöller, M. (1993). De democratie van problemen, de relatie tussen de inhoud van beleidsproblemen en methoden van politieke besluitvorming. Amsterdam: VU-Uitgeverij.
- Hoppe, R., M. Hisschemöller, 1996, Coping with Intractable Controversies: The Case for *Problem Structuring in Policy Design and Analysis*, Knowledge and Policy 8.4 (1996): 40-60.
- Levin, B., *Mobilising research knowledge in education*, London Review of Education, Vol. 9, No. 1, March 2011, 15–26.
- Mitton, C., Adair, C., McKenzie, E., Patten, S., Perry, B., 2007. Knowledge transfer and exchange: Review and synthesis of the literature. The Milbank Quarterly 85, no. 4: 729–8.
- RMNO (2007). Kenniscocreatie: samenspel tussen wetenschap en praktijk, voorstudie van de Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek. Nr V.10. ISBN 978-72377-68-5.

Eindnoten

-
- ¹ Pomp, 2010; Murphy, 2006
- ² Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012
- ³ Economisch onderzoek maakt duidelijk dat de stijgende zorguitgaven niet zozeer ten koste gaan van de winsten van het bedrijfsleven, maar van de ruimte voor loonstijging. Zo is in de Verenigde Staten de reële loonstijging sinds het midden van de jaren negentig volledig gestagneerd. Dit is deels een rechtstreeks gevolg van de *managed care backlash* die een einde maakte aan een aantal jaren van beheerste groei van de zorguitgaven.
- ⁴ Meer zorguitgaven kunnen leiden tot verdringing van andere sociale verzekeringen en van discretionaire uitgavencategorieën, zoals onderwijs.
- ⁵ Meer zorguitgaven kunnen leiden tot verdringing van andere sociale verzekeringen en van discretionaire uitgavencategorieën, zoals onderwijs.
- ⁶ Jeurissen, 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013.
- ⁷ Booz & Co, 2012.
- ⁸ Westert, 2011.
- ⁹ Wennberg, 2010.
- ¹⁰ Wetenschappelijke publicaties over de relatie tussen overhead en directe patiëntenkosten duiden daar niet op, maar zijn wel wat verouderd (Blank et. al, 2002).
- ¹¹ Cutler, 2006.
- ¹² Cutler et. al. (2006) becijfert dat hart- en vaataandoeningen verantwoordelijk zijn voor zo'n 70 procent van de gezondheidswinst tussen 1969 en 2000. Meerding et. al. (2007) komt voor Nederland uit op een iets lager percentage.
- ¹³ Culter, 2006; Meerding, 2007.
- ¹⁴ Voor alle 65-plussers in de Verenigde Staten becijferde Cutler de gemaakte kosten per gewonnen levensjaar op zo'n \$ 145.000 in 2000; voor subgroepen zijn deze kosten nog veel hoger (Cutler, 2006).
- ¹⁵ Afhankelijk van de methode worden er waarden berekend tot zo'n \$ 425.000 per QUALY (Brouwer, 2012).
- ¹⁶ Cutler, 2006; Brouwer, 2012.
- ¹⁷ Kommer et. al., 2010.
- ¹⁸ Op meso-niveau blijkt beleid een sterk bepalende factor te zijn (KPMG-Plexus, *Excess growth*, 2012). Op micro-niveau heeft het McKinsey Global Institute (*Healthcare productivity*, Los Angeles, 1996) de productiviteit van enkele behandelingen vergeleken tussen drie landen (Verenigde Staten, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland). De precieze prijzen en volumes voor tien behandelingen in negen Europese landen zijn in kaart gebracht door de zogenoemde HealthBasket Study (Mason et. al, 2007).
- ¹⁹ KPMG, 2012; Mason et. al, 2007.
- ²⁰ OECD, 2012.
- ²¹ Frogner et. al., 2011.
- ²² Taskforce Beheersing Zorguitgaven, Naar beter betaalbare zorg, SDU, Den Haag 2012.
- ²³ Polder et. al., 2012.
- ²⁴ Dank aan Valentin Neevel (VWS) voor de gemaakte berekeningen.
- ²⁵ Jeurissen, 2005.
- ²⁶ Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1973-1974.
- ²⁷ Berekeningen van David Cutler (2006) laten inderdaad zien dat de gemiddelde kosten per QUALY tussen 1970 en 1980 voor de meeste leeftijdscategorieën zijn gedaald.
- ²⁸ Juist in deze periode zijn dan ook veel sociale verzekeringsstelsels tot wasdom gekomen.
- ²⁹ Kommer et. al, 2010.
- ³⁰ <http://healthcare-economist.com/2006/10/12/roemers-law/>
- ³¹ Milton Roemer.
- ³² Voor het eerst uitgewerkt door Kenneth Arrow die hieruit de dominantie van de 'geen winst beogende zorgaanbieders' verklaarde (Arrow, 1963)
- ³³ Deze gedachte is niet bepaald nieuw, ze bepaalde het onderzoek lang voordat de belangrijkste theoretische fundamente van de gezondheidseconomie werden ontwikkeld door Arrow, Feldstein en Grossman in de jaren zestig van de vorige eeuw (Fuchs, 1996).

- ³⁴ Mackenbach, 2010.
- ³⁵ Voor het eerst daalt in de VS het deel van hun leven dat mensen werkend doorbrengen van een maximum van 48.6 procent in 2000 tot 46.3 procent in 2007.
- ³⁶ Eggleston, 2012.
- ³⁷ Starr, 1982.
- ³⁸ Sociaal-Cultureel Planbureau, 2012.
- ³⁹ Jeurissen, 2010.
- ⁴⁰ Salomon, 1995.
- ⁴¹ Fuchs, 1996, p. 17-20.
- ⁴² LeGrand, 2003.
- ⁴³ Aaron en Schwartz, 1984, Weisbrod, 1991.
- ⁴⁴ Blank en Eggink, 2011; Lichtenberg, 1996.
- ⁴⁵ Taskforce Beheersing Zorguitgaven, 2012.
- ⁴⁶ Skinner en Chandra, 2011.
- ⁴⁷ www.celsusacademie.nl
- ⁴⁸ Hoppe en Hisschemoller, 1996.
- ⁴⁹ Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1973-1974.
- ⁵⁰ Schick, 2012.
- ⁵¹ Charlesworth et al, 2012.
- ⁵² Ellis, 1986.
- ⁵³ Van de Vijssel et al, 2011.
- ⁵⁴ Wendt en Kohl, 2010; Frakt et al, 2012.
- ⁵⁵ In de praktijk is het ene machtsmiddel nogal eens vervangen door een ander. Lamping, Raab en Kenis betogen dat de brancheorganisaties de intermediaire organisaties domineren bij de beleidscoördinatie tussen de verschillende sectoren.
- ⁵⁶ Het feit dat disciplines een natuurlijke neiging hebben hun taakgebied te verbreden kan hier ook van belang zijn.
- ⁵⁷ Jeurissen, 2008.
- ⁵⁸ Anderson, 2003.
- ⁵⁹ Jeurissen, 2008.
- ⁶⁰ Starfield, 1998.
- ⁶¹ Nivel 2012.
- ⁶² Bardsley, 2012.
- ⁶³ Charlesworth, 2012.
- ⁶⁴ Maynard, 20012; J. White, 2009.
- ⁶⁵ Wennberg, 2010; Westert, 2012.
- ⁶⁶ Korenstein et al, 2012.
- ⁶⁷ Schoen et al, 2012
- ⁶⁸ Wennberg, 2011; Song et al, 2010.
- ⁶⁹ Wennberg, 2011; Song et al, 2010.
- ⁷⁰ Stacey et al, 2011.
- ⁷¹ Chernew et al., 2011.
- ⁷² Anderzijds is door behandelrichtlijnen en spiegelinformatie de praktijkvariatie juist teruggedrongen i.e.g. voor die zorg waarvoor richtlijnen bestaan.
- ⁷³ Jeurissen, 2005.
- ⁷⁴ Praktijkvariatie is juist bij deze groep een probleem, mede omdat er vaak onvoldoende richtlijnen zijn en de behandelingen niet altijd goed worden gecoördineerd.
- ⁷⁵ Grol, 2011.
- ⁷⁶ Grol, Wensing, 2011
- ⁷⁷ Levin, 2004.
- ⁷⁸ Guston, 2001.
- ⁷⁹ Bal, Bijker, Hendriks, 2002.
- ⁸⁰ RMNO, 2007.
- ⁸¹ Grol, 2011.
- ⁸² Mitton, 2007.
- ⁸³ Regeer en Bunders, 2007.
- ⁸⁴ RMNO, 2007.
- ⁸⁵ Wenger.