

Financieel
Dagblad
Maandag
10 januari
2011

Zorginnovatie kan wel sneller

Deel risico nieuwe producten

Ron de Graaff en
Bob van der Kamp

Het kabinet constateert dat zorginnovatie in Nederland te traag plaats vindt. Nieuwe behandelmethoden vinden moeizaam hun weg naar het verzekerd pakket. De experimenteel diagnosebehandelcombinatie biedt, in ieder geval voor ziekenhuizen, slechts beperkte verbetering in dat proces. De toelatingsprocedure is traag en ingewikkeld. Maar als ze het risico delen, hebben marktpartijen een instrument in handen om innovaties in de zorg te stimuleren.

Voordat een medicijn of medisch hulpmiddel patiënten bereikt, besluiten de autoriteiten eerst of zij het nieuwe product toelaten. Vervolgens spreken instanties zich uit over de aanspraak op en de prestatiebeschrijving van het nieuwe product. Uiteindelijk opname in een DBC, het prijskaartje van zorg, bepaalt of de nieuwe zorgprestatie in het ziekenhuis voor betaling in aanmerking komt. Geen DBC betekent geen vergoeding.

Een probleem in de besluitvorming over die vergoeding is dat vaak nog niet bekend is hoe het nieuwe product 'presteert' in de praktijk. Vanwege die onzekerheid zijn zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) terughoudend in de aanschaf. Het gevolg is een relatief lange 'time to market' (TTM) en tot die tijd is de producent niet in staat zijn investering terug te verdienen, laat staan winst te maken.

Om dit hindernis te ondervangen heeft de overheid de e-DBC geïntroduceerd. De zorgaanbieder mag voor maximaal drie jaar de ingekochte nieuwe zorgprestatie factureren bij de zorgverzekeraar. Het stelt de producent in staat zijn nieuwe product af te zetten. Binnen die drie jaar onderzoeken de producent en de zorgaanbieder de prestaties in de praktijk. Opname in een e-DBC blijkt een complex en tijdrovend proces.

Risk-sharing verschaft de zorgmarkt een innovatieve vorm van samenwerking. Het verkort de TTM en verlengt de terugverdientijd. Voor de zorgsector, de over-

heid en de patiënt is dit relevant: ze hebben sneller de beschikking over 'nieuwe' en efficiënte zorg.

Bij risk-sharing worden de aan het nieuwe product verbonden risico's over de betrokken partijen verdeeld. De producent, de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar maken afspraken op maat over het voorwaardelijk vergoeden van het nieuwe product. Er is sprake van een prestatieafhankelijke vergoeding. De zorgverzekeraar garandeert aan het einde van de ru (bij opname in een DBC) de vergoeding over de gehele periode, dus ook over de periode voorafgaand aan de opname in een DBC.

De prestaties, uitgedrukt in kwaliteitseisen, therapeutische waarde, volume en prijs kunnen nog worden gekoppeld aan een zogenaamde 'milestone' zoals een publicatie van onderzoeksresultaten, het vaststellen van een richtlijn of een zorgstandaard.

Doordat formele procedures en voorwaarden ontbreken kan een samenwerking gebaseerd op risk-sharing relatief snel worden gerealiseerd. De 'milestones' zorgen ervoor dat in het op zich onzekere proces er telkens meetpunten aanwezig zijn. Er blijft in die tussentijd controle over de risico's en de daaraan gekoppelde beloning. De keerzijde is dat risk-sharing gepaard kan gaan met hoge transactiekosten. De praktijkleert dat partijen die risk-sharing toepassen al snel kostenefficiënte meetpunten, modellen en best-practices ontwikkelen.

Onderzoek en ontwikkeling moeten renderen, anders blijft innovatie uit. Daar hoort een instrument bij dat partijen snel in staat stelt te profiteren van de nieuwe zorg. Risk-sharing neemt veel van de beperkingen van de DBC's weg. Het verschaft de producent voldoende economische prikkels om blijvend te innoveren. Zorgaanbieder, overheid en patiënt behouden snelle toegang tot nieuwe zorg; de zorgverzekeraar kan state-of-the-art zorg inkopen en daarmee zijn concurrentiepositie verstevigen.

Mr R. de Graaff is directeur Seljgraaf Consultancy te Heemstede; Mr drs. B. van der Kamp is advocaat bij Guldemond Advocaten te Amsterdam.