



## IBO Innovatie in de zorg

Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie

Versie

Datum 24 april 2017  
Status Definitief



## Colofon

Titel	IBO Innovatie in de zorg Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie
Bijlagen	7
Inlichtingen	<b>Inspectie der Rijksfinanciën</b> Bureau Strategische Analyse



## Inhoud

### **Samenvatting—7**

#### **1 Inleiding—14**

- 1.1 Inleiding—14
- 1.2 Taakopdracht en onderzoeksvragen—14
- 1.3 Afbakening scope en uitgangspunten—15
- 1.4 Leeswijzer—15

#### **2 Context—16**

- 2.1 Beleidsdoel en probleemschets—16
  - 2.1.1 Beleid en zorginnovatie—16
- 2.2 Innovatietypen—16
  - 2.2.1 Productinnovatie—16
  - 2.2.2 Procesinnovatie—17
  - 2.2.3 Systeeminnovatie—17
- 2.3 Toponderzoek—17
- 2.4 Probleemschets—18
- 2.5 Taken, rollen en verantwoordelijkheden bij innovatie in het zorgstelsel—18
  - 2.5.1 Rol overheid en opzet zorgstelsel—20
- 2.6 Mogelijke belemmeringen bij innovatie in het zorgstelsel—21

#### **3 Beleidsinzet Zorginnovatie—24**

- 3.1 Het huidige beleid—24
- 3.2 Beleidsinzet van VWS op digitaal ondersteunde gezondheid en zorg—24

#### **4 Analyse kader—26**

- 4.1 Niveaus in het zorgsysteem—26
- 4.2 Operationalisering triple aim—27
- 4.3 De praktijk van innovatie in de zorg—28

#### **5 Bevindingen, analyse en conclusies.—30**

- 5.1 Inleiding—30
- 5.2 Belemmeringen en (onderbenutte) kansen—30
  - 5.2.1 Onvolkomenheden in de zorgmarkt—30
  - 5.2.2 Overheidshandelen en institutionele innovatieprikkels—32
  - 5.2.3 Zorglandschap—36
  - 5.2.4 Kennis en kunde—37
  - 5.2.5 Overige randvoorwaarden—38
- 5.3 Analyse en conclusies—39

#### **6 Beleidsvarianten—41**

- 6.1 Inleiding varianten—41
- 6.2 Variant Faciliterende overheid—43
- 6.3 Variant Stimulerende overheid—46
- 6.4 Variant Intervenierende overheid—50

### **Afkortingen—54**

### **Bijlage 1 Taakopdracht—55**

**Bijlage 2 Bronnen—57**

**Bijlage 3 Samenstelling IBO-werkgroep—60**

**Bijlage 4 Betrokken experts—61**

**Bijlage 5 Beleidsinzet van VWS—62**

**Bijlage 6 Celsus rapport “Doelmatige innovatie in de zorg”—65**

**Bijlage 7 Survey Klimaat voor Innovatie in de zorg—66**

## Samenvatting

We leven steeds langer en gezonder. Tegelijkertijd is er sprake van een toenemende druk op de gezondheidszorg. Innovatie in de zorg en maatschappelijke ondersteuning is noodzakelijk om de kwaliteit te verbeteren en de kosten beheersbaar te houden. Wanneer deze innovaties uitblijven of niet effectief worden geïmplementeerd komen de kernwaarden van de Nederlandse gezondheidszorg (toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit) op termijn in gevaar. De afgelopen jaren is er veelal sprake geweest van incrementele innovaties. Stap voor stap werden verbeteringen in de zorg ingevoerd. Opschaling en implementatie van innovaties lopen tot op heden achter bij wat mogelijk en wenselijk is. De verwachting is dat de komende jaren maatschappelijke en technologische trends in een stroomversnelling raken. De kansen voor de zorg die hierdoor ontstaan zijn mede afhankelijk van een proces van adequate opschaling en implementatie. Een proces dat veel van iedereen in de zorg zal vragen, maar wat de mens die zorg nodig heeft veel kan opleveren.

De centrale vraagstelling van dit IBO luidt:

*Wat is het meest effectieve overheidsbeleid om de totstandkoming van doelmatige innovaties in de zorg en de implementatie daarvan te bevorderen?*

Bij het beantwoorden van deze vraag gaat speciale aandacht uit naar het wegnemen van belemmeringen voor implementatie en/of opschaling van innovaties. Waarbij het vanzelfsprekend is dat voor de totstandkoming van innovaties een goede kennisbasis en investeren in baanbrekend onderzoek essentieel is.

Innovatie wordt in dit IBO gedefinieerd als het proces waarmee ideeën op een nieuwe manier in waarde worden omgezet. Met deze definitie als uitgangspunt worden doelmatige zorginnovaties gedefinieerd als innovaties die bijdragen aan de drie kerndoelen voor de zorgsector (de 'triple aim'):

- Verbetering van de door de patiënt ervaren zorgkwaliteit en
- Verbetering van de gezondheid/vitaliteit van een gedefinieerde populatie/specifieke doelgroep en
- Vermindering van de kosten per capita (of in ieder geval beheersing van de kosten)

Innovatie in de zorg heeft doorgaans betrekking op een drietal te onderscheiden typen:

- **Productinnovatie:** Er wordt in Nederland veel geïnvesteerd in onderzoek waardoor nieuwe medicijnen, technologieën, preventiemethoden, methoden voor ondersteuning en behandelingen worden ontwikkeld. Dit leidt tot veel (product)innovaties en een stevige bijdrage aan het verdienvermogen en de concurrentiekracht van Nederland.
- **Procesinnovatie:** Onder procesinnovatie wordt in dit IBO verstaan een middel om het primaire proces te verbeteren. Bij procesinnovaties in de zorg structureren zorgorganisaties hun processen zo dat ze betere en/of efficiëntere zorg kunnen (blijven) leveren. Als gevolg van procesinnovaties verandert de zorgverlening en daarmee de wijze waarop zorg wordt georganiseerd en diensten worden geleverd.
- **Systeeminnovaties** betreffen in dit onderzoek met name door de overheid geïnstigeerde prikkels in het zorgstelsel om de (financiële) houdbaarheid van

het stelsel te verbeteren. Systeeminnovaties beogen door verandering van prikkelstructuur veranderingen in het gedrag van actoren te bewerkstelligen. Systeeminnovatie kan daarmee ook proces- en productinnovatie bevorderen.

Nederland blinkt uit in productinnovaties. Het is belangrijk dat er voortdurend nieuwe productinnovaties tot stand komen. De IBO-werkgroep heeft echter geconstateerd dat de grootste knelpunten liggen in het opschalen van kansrijke innovaties en het implementeren van de daarvoor vaak benodigde procesinnovaties. Het zorgstelsel speelt bij het al dan niet implementeren van innovaties een sleutelrol. De IBO-werkgroep heeft daarom de nadruk gelegd op de proces- en systeeminnovatie.

Er kunnen drie niveaus worden onderscheiden waarin innovaties verschillende stadia doorlopen, in elk van die stadia wordt elke keer weer besloten over (verdere) opschaling van innovaties:

- Het individuele (micro)niveau: Dit is het niveau van de patiënt, zorgverlener, onderzoeker en innovatieve zorggerelateerde bedrijven. Veel innovaties komen op dit niveau tot stand. Intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren is op dit niveau een belangrijke stimulans om innovaties tot stand te brengen.
- Het instellings-/uitvoerdersniveau (mesoniveau): Dit is het niveau van de zorgaanbieders (instellingen) en uitvoerders (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten). Dit is het niveau van de zorginkoopmarkt. De eerste formele kosten-batenafweging voor de beslissing tot implementatie van innovaties vindt vaak op dit niveau plaats.
- Populatie-niveau (macroniveau): Dit is het niveau van het zorgsysteem waarop de overheid vraagstukken ten aanzien van de vormgeving van het stelsel ter hand neemt en tracht met behulp van het vormgeven van prikkels het zorgsysteem te laten voldoen aan de triple aim, maar dan op populatieniveau.

De Rijksoverheid is, in het Nederlandse zorgsysteem, stelselverantwoordelijk. Zij dient het zorgstelsel zo vorm te geven dat het goed functioneert, dat de noodzakelijke zorg van goede kwaliteit wordt geleverd en toegankelijk is tegen redelijke kosten. Het systeem beoogt dat de verschillende actoren van het stelsel in hun respectievelijke rol elkaar scherp houden en op die manier de beste zorg tegen de gunstigste prijs tot stand brengen. Het huidige zorginnovatiebeleid van de Rijksoverheid is voornamelijk een voorwaardenscheppend beleid om de diverse actoren in de zorgsector te stimuleren en te faciliteren op innovatiegebied en daarmee de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Het beleidsmatig stimuleren van innovatie in de zorg is primair belegd bij het ministerie van VWS. VWS is verantwoordelijk voor het bevorderen van het innovatieklimaat en innoverende bewegingen in gezondheid, zorg en ondersteuning. Het departement vult deze verantwoordelijkheid in samenwerking met andere departementen en gemeenten in. Naast deze partijen zijn ook het bedrijfsleven, zorginstellingen en kennisorganisaties belangrijke actoren in de zorg als toeleverancier van innovaties. Naast dat deze partijen de zorg beter maken, voegen ze ook toe aan het Nederlandse verdienvermogen, bijvoorbeeld door de mogelijkheid hun innovaties te exporteren.

Wanneer het zorgstelsel optimaal functioneert, moet het samenspel van de actoren resulteren in goede en doelmatige zorg. Ook worden dan de mogelijkheden automatisch benut om door innovaties de zorg beter en doelmatiger te maken. De werkgroep heeft echter moeten constateren dat opschaling van innovaties in het



zorgdomein onvoldoende tot stand komt. De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in verschillende faalmechanismen, al dan niet samenhangend met de inrichting van het zorgstelsel. Er zijn twee vormen van mechanismen: Marktfaalen en overheids-/stelsel-falen:

- De zorg kent een zekere mate van (gereguleerde) concurrentie, die in de achterliggende jaren incrementeel is verruimd voor de actoren in de zorg. De markt kan met betrekking tot innovaties echter falen, waarbij innovaties niet of onvoldoende van de grond komen.
- De overheid heeft een inherent beperkte informatiepositie, als gevolg van beperkte capaciteit en middelen van het apparaat. Tevens heeft de overheid beperkte kennis en expertise en heeft ze een beperkte controle over reacties in de samenleving en in de zorgmarkt. Het politieke proces kent ook zijn beperkingen. Kortetermijndenken kan tot gevolg hebben dat er moeilijk tot ingrijpende keuzes wordt gekomen.

Het algemene beeld van de werkgroep is dat verschillende van de gevonden belemmeringen samenhangen met de inrichting van het zorgstelsel en, als gevolg daarvan, het in de praktijk niet optimaal benutten van de potentie van het zorgstelsel. De inrichting van het zorgstelsel veronderstelt dat doelmatige innovaties in de zorg vanuit partijen in de zorg op mesoniveau tot stand komen en worden opgeschaald, zonder nadere specifieke overheidssturing. De praktijk is echter weerbarstiger, vooral vanwege een beperkte marktdynamiek.

De werkgroep onderscheidt de volgende oorzaken van belemmeringen:

- onvolkomenheden in de zorgmarkt;
- overheidshandelen en institutionele prikkels;
- zorglandschap;
- kennis en kunde;
- andere belemmeringen.

Gelet op deze belemmeringen, en met het oogmerk om het tempo van opschaling van veelbelovende initiatieven te bevorderen, heeft VWS, deels in samenwerking met EZ, de afgelopen jaren gaandeweg een actievare overheidsrol ontwikkeld. Vanwege de veelvormigheid van de problematiek is daarbij gekozen voor een breed scala aan beleidsmatige initiatieven.

Het beleid richt zich enerzijds op infrastructurele aspecten zoals de implementatie van standaarden voor gegevensuitwisseling en het wegnemen van belemmeringen in de bekostiging, en anderzijds op de organisatorische dimensie door het breed stimuleren van opschalingprocessen. De overheid zoekt daarbij een activerende en faciliterende rol, zonder verantwoordelijkheden van partijen over te nemen. In de praktijk betekent dat partijen bij elkaar brengen, procesbegeleiding bieden, knelpunten verhelpen en veel aandacht genereren voor geslaagde initiatieven.

In dit kader is ook een aantal instrumenten ter bevordering van de opschaling van doelmatige innovaties ontwikkeld. Te denken valt aan Health Deals en Health Impact Bonds, een investeringsprogramma (Fast Track), het ondersteunen van regionale en landelijke netwerkvorming, het aanbieden van kennis en expertise en het verspreiden van goede voorbeelden. Speerpunt daarbij is: 'Low Tech, High Impact' waarbij met name laagtechnologische en in potentie breed toegankelijke innovaties met een relatief grote impact op doelmatige zorg dan een wel beter ervaren gezondheid worden ondersteund. Randvoorwaarde daarbij is steeds dat de in het stelsel verankerde verantwoordelijkheidsverdeling intact blijft.

Aangezien dit instrumentarium nog maar sinds kort operationeel en deels nog in ontwikkeling is, is het nog te vroeg voor een evaluatief standpunt. Wel kan worden gesignaleerd dat het instrumentarium aangrijpt op onderwerpen die ook in dit IBO-onderzoek naar voren komen als belangrijke thema's. VWS acht de eerste resultaten bemoedigend: er ontstaat volgens haar langzamerhand op regionaal en landelijk niveau een meer innovatiesensitief klimaat, waarbij opschaling meer en meer een centraal thema aan het worden is. Tegelijkertijd ziet VWS een aantal aandachtspunten, waaronder het belang van focus op een beperkt aantal, elkaar versterkende actielijnen en een 'lange adem'.

Gezien de knelpunten die in dit IBO worden geconstateerd ten aanzien van het opschalen van kansrijke innovaties en het implementeren van de daarvoor vaak benodigde procesinnovaties roept de werkgroep op voortvarend door te gaan met het adresseren van deze vraagstukken. Als stelselverantwoordelijke heeft de Rijksoverheid keuzeruimte en mogelijkheden om gesignaleerde onvolkomenheden in het zorgstelsel te adresseren en aanpassingen van de prikkels op macroniveau (systeeminnovaties) aan te brengen om innovatie meer fundamenteel te bevorderen. Daarbij zal ook het belang van meer innovatie in relatie tot andere doelstellingen in het zorgstelsel dienen te worden afgewogen, zoals een brede toegankelijkheid of kostenbeheersing.

Innovatie in de zorg is soms een belangrijke kostenverhogende factor. Dit betekent evenwel niet dat de voorgestelde maatregelen die bijdragen aan effectievere implementatie daarmee ook kostenverhogend zullen zijn. Uit het onderzoek zijn diverse voorbeelden naar voren gekomen van innovaties die juist kunnen bijdragen aan een betere beheersing van kosten. Dit betreft met name procesinnovaties. Er zijn vooralsnog geen directe en indirecte kosten en baten per maatregel in beeld gebracht. Over het algemeen is de inschatting dat de maatregelen een beperkt direct budgettair beslag hebben. De maatregelen zijn voornamelijk randvoorwaardelijk en hebben daarmee een indirecte werking. Deze indirecte en maatschappelijke effecten van innovatie zijn pas op de langere termijn zichtbaar waarbij de relatie met de ingezette instrumenten vaak niet meer 1 op 1 herleidbaar is. De met de maatregelen samenhangende uitgaven/kosten zijn afhankelijk van de schaal en wijze waarop en het tempo waarin de maatregelen worden ingezet.

De werkgroep heeft op basis van voorgaande bevindingen drie beleidsvarianten geformuleerd waarmee kan worden ingespeeld op de maatschappelijke en technologische trends. De beleidsvarianten zijn pakketten aan samenhangende maatregelen die elk vanuit een verschillende invalshoek de opschaling van innovaties in de zorg bevorderen. De beleidsvarianten presenteren verschillende perspectieven op de rol van de overheid bij het bevorderen van het opschalen van zorginnovaties. Daarbinnen kiest de overheid, gegeven de randvoorwaarden, een zo effectief mogelijk instrumentarium. De varianten kunnen elkaar aanvullen en sluiten elkaar niet uit:

1. De faciliterende overheid, waarbij de maatregelen voortbouwen op het vigerende beleid. In deze variant komen met name no regret maatregelen aan bod. Dit zijn maatregelen die zonder veel aanvullende inspanningen kunnen worden genomen en doorgaans aansluiten op het vigerend beleid en de werking van het zorgstelsel in de praktijk verbeteren.
2. De stimulerende overheid, waarbij de Rijksoverheid een actieve stimulerende rol aanneemt opdat partijen in de zorg zelf de opschaling actiever ter hand nemen. Onder stimulerende bouwstenen worden maatregelen verstaan die een

extra inspanning vereisen door bijvoorbeeld belemmeringen voor opschaling weg te nemen en waar mogelijk innovatie via prikkels te stimuleren.

3. De interveniërende overheid, waarbij de overheid de innovatiekracht in de zorg versterkt door het voortouw te nemen. In deze variant kiest de overheid er nadrukkelijk voor om het opschalen van innovatie een leidend element te laten zijn bij systeemkeuzes. Deels door de dynamiek in het zorgstelsel ingrijpend te versterken. Deels door gerichte ingrepen die de keuzevrijheid op mesoniveau juist verminderen. Hiermee bevordert de overheid de toepassing van innovaties en het afbouwen van achterhaalde praktijken.

**Maatregelentabel**

De onderstaande tabel bevat voor iedere beleidsvariant een overzicht van de aanbevolen maatregelen. Zie hoofdstuk 6 voor een nadere uitwerking van deze maatregelen.

<b>Faciliterende overheid</b>	
Communicatie	Communiceer over mogelijkheden binnen wet- en regelgeving om te innoveren en te komen tot opname in verzekerd pakket en over doelmatige innovaties.
Kennisdeling	Coördineer bestaande kennisnetwerken, verbind kennisnetwerken over de grenzen van de regio's en zorgdomeinen heen, zorg samen met VNG voor een actieve uitwisseling tussen gemeenten van ervaringen met en een goede evaluatie van de Wmo.
Evidentieopbouw	Ondersteun innovatoren bij het verwerven van de kennis voor de opbouw van doelmatigheidsevidentie en het slechten van praktische obstakels bij de opbouw van evidentie.
No regret	Ga door met het ondersteunen van de ontwikkeling van innovaties. Zorg dat aanpalend beleid op elkaar aansluit en evalueer dit beleid in samenhang over de departementen heen. Inventariseer welke wettelijke kaders knellen en moderniseer daar waar wenselijk. Stel samen met het veld standaarden in voor ICT-innovaties. Zet het beleid voort om de kwaliteit van zorg transparant te maken.

<b>Stimulerende overheid</b>	
Transparantie	Maak de kwaliteit van de zorg transparant. Stel samen met de sector maatstaven vast. Stel de registratie, vergelijkbaarheid en inzichtelijkheid van de uitkomsten zeker.
Bekostiging	Zet productieprikkels in op het beoogde doel en optimaliseer de ex ante risicoverevening. Verken de mogelijkheden om innovatieve contractvormen binnen de bekostigingssystematiek te faciliteren.
Concurrentie	Maak participatie in de zorg lonend en verlaag de drempel voor nieuwe toetreders.
Samenwerking	Vergroot de mogelijkheden voor benefit sharing van doelmatigheidswinst. Zorg voor gelijkgerichtheid van belangen binnen instellingen. Breng de wettelijke grenzen aan samenwerking scherp in beeld en communiceer die.
Professionals	Rust professionals toe voor innovatie. Identificeer hiaten in kennis en vaardigheden. Pas de opleidingen en het nascholingscurriculum hierop aan. Bied kennistrajecten aan over de rol van leiderschap bij innovaties. Bied begeleiding aan bij het proces om innovaties op te laten nemen in het pakket.

<b>Interveniërende overheid</b>	
Doelmatige innovaties bevorderen	Maak keuzes om (onderzoek naar) veelbelovende doelmatige innovaties te ondersteunen. Zet als overheid een stip op de horizon, maak keuzes voor focusgebieden en realiseer de voorwaarden voor succes. Onderzoek mogelijkheden om doelmatige of kansrijke procesinnovaties sneller te implementeren. Ondersteun initiatieven om machtsposities of impasses in de markt te doorbreken.
Ondoelmatigheid tegengaan	Versterk de doelmatigheidstoetsing voor opname in het pakket. Pas de voorlopige toelating aan. Zet de Wbmv gericht in. Onderzoek of problemen met marktmacht adequaat kunnen worden aangepakt, bijvoorbeeld door toetredingsdrempels te verminderen of via het markttoezicht voor de zorg. Stel ambitieuze volumenormen vast en laat de IGZ deze handhaven.
Selectieve inkoop	Bevorder selectieve inkoop van zorg. Verscherp maatregelen voor de transparantie van de kwaliteit van zorg. Laat het Zorginstituut indien nodig kwaliteitsstandaarden bindend vaststellen. Verplicht instellingen om scores te registreren en publiceren. Laat de IGZ toezien op de uitvoering. Verken de mogelijkheden om art. 13 Zvw zodanig aan te passen, dat zorgverzekeraars polissen kunnen aanbieden waarin alleen gecontracteerde zorg vergoed wordt.
Belangen	Lijn de belangen bij implementatie van innovaties op. Verplicht medisch specialisten te werken in loondienst. Maak compensatie voor verliezers bij innovaties mogelijk. Laat de IGZ transparante procedures ontwikkelen om voor innovaties tot een aangepast regime te komen.
Bekostiging	Onderzoek de mogelijkheden van nieuwe bekostigingssystemen. Richt grootschalige proeftuinen hiervoor in. Denk aan vormen van populatiebekostiging en uitkomstenbekostiging.
Professionals	Borg, aanvullend op de maatregelen uit de variant stimulerende overheid, de innovatiekennis en kunde bij professionals.

# 1 Inleiding

## 1.1 Inleiding

De afgelopen jaren is er veelal sprake geweest van incrementele innovaties. Stap voor stap zijn verbeteringen in de zorg ingevoerd. De komende jaren zullen maatschappelijke en technologische trends in een stroomversnelling raken. Een proces dat veel van iedereen in de zorg zal vragen, maar wat de mensen die zorg nodig hebben veel zal opleveren. In de zorg komt de mens meer en meer centraal te staan. Innovatie in de zorg en maatschappelijke ondersteuning is daarnaast belangrijk om de kwaliteit verder te verbeteren en de kosten beheersbaar te houden. Ook voor het Nederlands verdienvermogen is met het oog op de exportmogelijkheden zorginnovatie en –vernieuwing van belang. Het beeld is echter dat veelbelovende innovaties niet altijd goed van de grond komen. Zij blijven vaak steken in pilots, proeftuinen en lokale initiatieven. Om een eerste idee of concept door te ontwikkelen tot een concreet nieuw product of een nieuwe doelmatige aanpak, is een investering nodig in tijd, mensen en middelen. Deze investeringen komen in veel sectoren op een concurrerende markt vaak vanzelf tot stand. Daar geldt het principe: wie niet innoveert, zal niet overleven.

Innovaties lijken in de zorgsector anders te verlopen dan in andere sectoren. De verhoudingen tussen de actoren in de zorgsector spelen hierbij ook een rol. Zo hebben zorgaanbieders een relatief sterke positie ten opzichte van patiënten en cliënten; deze zitten vaak in een afhankelijkheidsrelatie. Zorgverzekeraars en gemeenten onderhandelen namens hun verzekerden respectievelijk burgers met de zorgaanbieders over de in te kopen zorg en ondersteuning. Idealiter wordt bij deze onderhandelingen zowel ingezet op kwaliteit als prijs. In de praktijk blijkt echter dat zorginnovaties suboptimaal worden geïmplementeerd dan wel opgeschaald.

Dit interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Innovatie in de zorg heeft tot doel om beleidsaanbevelingen te formuleren die ertoe leiden dat door het verbeteren van het implementatieproces, innovaties meer gaan bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Daarbij wordt gekeken naar product-, proces en systeeminnovaties in de zorg. De analyse richt zich conform de taakopdracht op de prikkels in verdien- en bekostigingsmodellen, het zorglandschap en kennisdeling tussen instellingen. In beginsel wordt daarbij uitgegaan van het huidige zorgstelsel. Ten slotte en niet onbelangrijk: het uitgangspunt van dit IBO is dat innovatie wordt gezien als een middel om doelmatigheid en kwaliteit te verhogen en geen doel op zich is. De taakopdracht voor het IBO staat in bijlage 1.

## 1.2 Taakopdracht en onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling van dit IBO luidt:

*Wat is het meest effectieve overheidsbeleid om de totstandkoming van doelmatige innovaties in de zorg en de implementatie daarvan te bevorderen?*

Deze onderzoeksvraag is door de IBO-werkgroep gespecificeerd tot:

*Welke beleidsmaatregelen kan de overheid nemen om doelmatige innovaties tot stand te laten komen (en opschalen) en (implementatie van) ondoelmatige innovaties tegen te gaan?*

Bij het beantwoorden van deze vraag gaat speciale aandacht uit naar het wegnemen van belemmeringen voor implementatie en/of opschaling van innovaties.

### 1.3 **Afbakening scope en uitgangspunten**

Innovatie wordt in dit IBO gedefinieerd als het proces waarmee ideeën in nieuwe vormen van waardecreatie worden omgezet<sup>1,2</sup>. Met deze definitie als uitgangspunt worden doelmatige zorginnovaties gedefinieerd als innovaties die bijdragen aan de drie kerndoelen voor de zorgsector (de 'triple aim') die in hoofdstuk 2 nader worden toegelicht. Deze doelstelling is met het oog op de creatie van waarde voor de individuele zorgafnemer als uitgangspunt gehanteerd.

In de taakopdracht is een drietal innovatietypen onderscheiden:

1. Het ontwikkelen van bijvoorbeeld nieuwe medicijnen, technologieën, preventiemethoden, methoden voor ondersteuning en behandelingen wordt in dit onderzoek als productinnovatie gedefinieerd.
2. Onder procesinnovatie wordt het innoveren als een middel om de zorg en de daar onder liggende processen te verbeteren verstaan. Bij procesinnovaties in de zorg structureren zorgorganisaties hun processen zo dat ze goede zorg kunnen (blijven) leveren.
3. Systeeminnovaties betreffen met name door de overheid, als stelselverantwoordelijke, geïnstigeerde prikkels in het zorgstelsel om de (financiële) houdbaarheid van het stelsel te verbeteren.

Naast productinnovatie zelf is ook proces- en systeeminnovatie nodig om te komen tot implementatie en opschaling van productinnovaties die bewezen meerwaarde hebben en kosteneffectief zijn. De ene vorm van innovatie leidt daarbij vaak tot een andere.

De traditionele verdeling in de domeinen curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning is in het onderzoek losgelaten. Veel innovaties gaan over de grens van de domeinen heen, dan wel bestaat de innovatie uit verschuiving tussen domeinen. Het IBO richt zich met name op de periode vanaf de *proof of concept* (werkt het?) tot de *proof of business* (levert het voldoende op?) van een innovatie waarbij wordt verkend of het huidige innovatiebeleid belemmeringen opwerpt dan wel kansen creëert voor het implementeren dan wel opschalen van innovaties in de zorg.

### 1.4 **Leeswijzer**

Hoofdstuk 2 schetst de context waarbinnen de innovatie in de zorg plaatsvindt en schetst kort de onderliggende problematiek. Hoofdstuk 3 gaat in op het beleid in relatie tot innovatie in de zorg. Ook wordt een toelichting gegeven op de typen van innovatie. Hoofdstuk 4 bevat het analysekader voor kansen en belemmeringen bij innovaties in de zorg. Hoofdstuk 5 beschrijft de geïnventariseerde kansen en belemmeringen waarna deze nader worden geanalyseerd ten behoeve van de beleidsvarianten die ten slotte in hoofdstuk 6 worden gepresenteerd.

1 Sluit aan bij de definitie uit Oslo Manual (OESO en Eurostat, 2005).

2 Situated novelty: Introducing an process perspective on the study of innovation (2005) Janssen, Stoopendaal en Putters.

## 2 Context

### 2.1 Beleidsdoel en probleemschets

#### 2.1.1 *Beleid en zorginnovatie*

Hoewel innovatie in de zorg geen doel op zich is, heeft de Rijksoverheid een voorwaardenscheppend beleid ontwikkeld. Dit beleid heeft als doel om de diverse actoren in de zorgsector te stimuleren en te faciliteren op innovatiegebied en daarmee de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg te verbeteren.

Om de zorg kwalitatief beter te maken en betaalbaar en bemensbaar te houden is zorginnovatie als middel onontbeerlijk. Innovatie leidt echter niet automatisch tot hogere kwaliteit<sup>3</sup> en beter betaalbare zorg<sup>4</sup>. Een succesvolle uitkomst van een innovatieproces staat immers niet vooraf vast<sup>5</sup>, evenals de doelmatigheid van een innovatie<sup>6</sup>. Doelmatige innovaties waarbij hogere zorgkwaliteit tegen lagere of gelijke kosten tot stand komt zijn echter wel van groot belang. Kwaliteit en kosten samenbrengen vormt de kerngedachte van het 'triple aim'-concept, een aantal jaar geleden geïntroduceerd door het Institute of Health Improvement (Bisognano & Berwick, 2012). Deze drie gecombineerde kerndoelen, geldig voor elke actor in de zorgsector zijn:

- Verbetering van de door de patiënt ervaren zorgkwaliteit en
- Verbetering van de gezondheid/vitaliteit van een gedefinieerde populatie/specifieke doelgroep en
- Vermindering van de kosten per capita (of in ieder geval beheersing van de kosten).

### 2.2 Innovatietypen

Innovatie in de zorg heeft doorgaans betrekking op een drietal te onderscheiden typen.

#### 2.2.1 *Productinnovatie*

Er wordt in Nederland veel geïnvesteerd in onderzoek waardoor nieuwe medicijnen, technologieën, preventiemethoden, methoden voor ondersteuning en behandelingen worden ontwikkeld. Dit leidt tot veel (product)innovaties en een stevige bijdrage aan het verdienvermogen en de concurrentiekracht van Nederland.

De prominente plaats die het thema 'Ziekte en gezondheid' (en daarbinnen het onderzoek naar geneesmiddelen en diagnostica) inneemt in de Nationale wetenschapsagenda, laat zien dat er in Nederland breed draagvlak en waardering is voor onderzoek en ontwikkeling op dit vlak. Veel innovatie op bijvoorbeeld het terrein van geneesmiddelen komt voort uit onderzoek door universiteiten en zogenaamde spin-offs van universiteiten.

Naast productinnovatie zelf kunnen proces- en systeeminnovaties nodig zijn om te komen tot implementatie en opschaling van productinnovaties die bewezen meerwaarde hebben en kosteneffectief zijn.

3 New treatments compared to established treatments in randomized trials (2012) Djulbegovic et al..

4 Zie oa Innoveren voor Gezondheid , Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg (2013) TNO.

5 Winst van zorgvernieuwing (2009), K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen .

6 Zorg voor versnelling (2012) IPSE studies.



### 2.2.2 *Procesinnovatie*

Onder procesinnovatie wordt in dit IBO het innoveren als een middel om het primaire proces te verbeteren verstaan. Bij procesinnovaties in de zorg structureren zorgorganisaties hun processen zo dat ze goede zorg kunnen (blijven) leveren. Deze procesinnovaties worden vaak ingegeven door product- dan wel systeeminnovaties. Hierbij kan worden gedacht aan:

- Het slimmer, efficiënter en mensgericht maken van de zorg(infrastructuur).
- Het versterken van een integrale eerstelijns, preventie en zelfmanagement door bijvoorbeeld zorgprogramma's voor chronisch zieken.
- Het over schotten en grenzen heen organiseren van zorg in bijvoorbeeld de dementieketen.
- Het efficiënt (bijvoorbeeld volgens de principes van LEAN) organiseren van zorginstellingen.

Er zijn tal van procesinnovaties ontwikkeld en beschikbaar in de curatieve en langdurige zorg en in de publieke gezondheidszorg. Veel experts geven aan dat er veel doelmatigheidswinst is te behalen indien deze innovaties worden toegepast. Toch blijkt de praktijk weerbarstig en komen implementatie en opschaling van procesinnovaties vaak moeizaam tot stand. In hoofdstuk 5 worden de hieraan ten grondslag liggende belemmeringen geïnventariseerd en geanalyseerd.

### 2.2.3 *Systeeminnovatie*

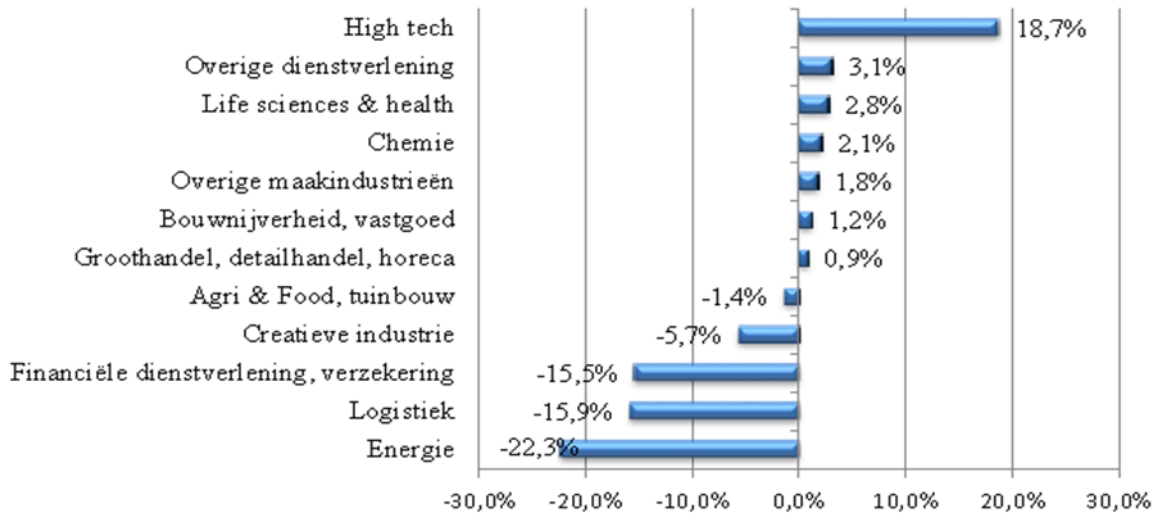
Systeeminnovaties betreffen in dit onderzoek met name door de overheid geïnstigeerde prikkels in het zorgstelsel om de (financiële) houdbaarheid van het stelsel te verbeteren. Als gevolg van innovaties in het zorgstelsel verandert de zorgverlening en daarmee de wijze waarop zorg wordt georganiseerd en diensten worden geleverd. Ook de houding van professionals wijzigt hierdoor.

## 2.3 **Toponderzoek**

De kwaliteit van onderzoekers en wetenschapsgebieden in Nederland is hoog: toponderzoek vindt plaats op zeer uiteenlopende terreinen. De Nederlandse topsector Life sciences and Health (LSH) doet het bijzonder goed. Hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek, toenemende aandacht voor het vertalen van nieuwe wetenschappelijke inzichten in waardevolle producten, steeds meer ondernemende wetenschappers en beschikbaarheid van durfkapitaal worden door experts genoemd als ingrediënten voor recente en toekomstige successen<sup>7</sup>. In relatie tot andere sectoren scoort de LSH-sector dan ook goed op het gebied van disruptieve innovaties zoals onderstaande grafiek laat zien. Dit is van belang omdat disruptie de 'gevestigde orde' verstoort, zorgt voor dynamiek en kansen creëert voor het Nederlandse bedrijfsleven. Het beeld is dat productinnovatie goed verloopt.

Daarbij is wel de kanttekening te plaatsen dat in de ontwikkeling van producten (en dan vooral nieuwe medicijnen) er sprake kan zijn van (te) hoge maatschappelijke kosten. Dit leidt in toenemende mate tot maatschappelijke en politieke weerstand. Veel baanbrekende ontdekkingen worden in de academische instellingen gedaan, gefinancierd met publieke middelen. Deze ontdekkingen worden verkocht aan farmaceutische bedrijven die vervolgens de productontwikkeling en -vermarktting doen. Dit heeft tot een maatschappelijke discussie geleid over de door deze bedrijven gehanteerde prijzen per Qaly. Dit vraagstuk valt buiten het bereik van dit onderzoek, maar verdient wel nader onderzoek.

<sup>7</sup> Kamerbrief Medisch technologische innovatie en topsector Life Science and Health 809213-139821-GMT.



Afbeelding. Mate van disruptieve innovaties per sector ten opzichte van alle observaties samen (%). Bron: Erasmus concurrentie en innovatiemonitor 2015

## 2.4 Probleemschets

In de taakopdracht van dit IBO (zie bijlage 1) wordt gesteld dat dit onderzoek tot doel heeft om tot beleidsaanbevelingen te komen die ertoe leiden dat innovaties meer bijdragen aan de kwaliteit en doelmatigheid in de zorg. Hieraan ligt de impliciete probleemanalyse ten grondslag dat, mede gezien de kostenbeheersingsproblematiek in de zorg, implementatie en opschaling van innovatie in de zorg complex<sup>8</sup> is maar dat er meer mogelijk is dan nu gebeurt.

Gesteld kan worden dat er op grote schaal innovatieve producten worden ontwikkeld. Veel productinnovaties stranden echter en ondoelmatige innovaties stromen het verzekerd basispakket in. Proces- en systeeminnovaties die ook vaak randvoorwaardelijk zijn voor het succesvol opschalen en implementeren van (doelmatige) productinnovaties lijken ook moeizaam tot stand te komen. Deze suboptimale opschaling kan implicaties hebben voor de (ervaren) kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Daarbij dient niet uit het oog te worden verloren dat bij het optimaliseren van proces- en systeeminnovaties ook blijvende aandacht voor productinnovatie een vereiste is. Er dient immers een voldoende aanbod van innovaties te zijn.

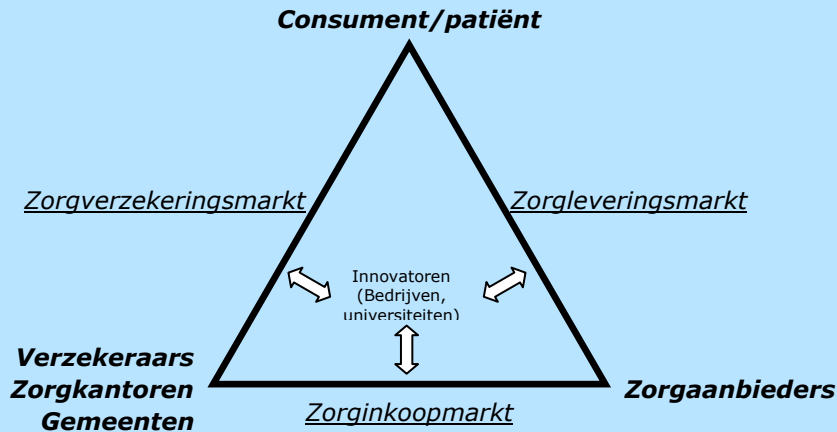
In hoofdstuk 5 wordt een aantal kansen en belemmeringen voor het implementeren en opschalen van zorginnovaties in beeld gebracht. Deze vormen in combinatie met geïnventariseerde maatregelen de bouwstenen voor beleidsvarianten waarin verbeteropties voor de innovatiepraktijk zijn opgenomen.

## 2.5 Taken, rollen en verantwoordelijkheden bij innovatie in het zorgstelsel

In het zorgstelsel hebben de diverse actoren uiteenlopende rollen. In deze paragraaf wordt nader ingegaan op deze rollen en op de samenhang tussen de inrichting van het zorgstelsel en de wijze waarop innovatie in de zorg tot stand komt.

8 Weten wat we doen. Verspreiding en innovaties in de zorg (2005) RVZ.

**Box1 - Rol actoren in het innovatieproces**



Het Nederlandse zorgstelsel laat zich weergeven in een driehoek. De drie punten van de driehoek worden ingenomen door de volgende actoren:

- De consument/patiënt/burger: dit is de Nederlandse burger zowel in zijn hoedanigheid als verzekerde, als in zijn hoedanigheid als patiënt.
- De zorgaanbieders: zij bieden de zorg aan de patiënt en zijn gecontracteerd door de uitvoerders.
- De uitvoerders van het stelsel. Dit zijn achtereenvolgens de zorgverzekeraars voor de Zvw, de zorgkantoren voor de Wlz en de gemeenten voor de Jeugdwet, de GGD en (in medebewind) de Wmo.

De uitvoerders dienen de benodigde zorg en/of ondersteuning in te kopen:

- Zorgverzekeraars voeren de Zvw uit en concurreren onderling voor een verzekeringsovereenkomst met de consument. In geval van een restitutiepolis vergoeden ze de consument de kosten van het gebruik van de verzekerde zorg. In geval van een natura polis betalen zij direct de gecontracteerde zorgaanbieder. In de praktijk is dit ook bij de restitutiepolis vaak het geval.
- Zorgkantoren voeren namens de gezamenlijke Wlz-uitvoerders de Wlz uit en hebben een regionaal monopolie. Zij kopen de voor de bewoners van hun regio benodigde zorg in bij de zorgaanbieders.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de GGD en de jeugdzorg en voeren mede op basis van autonome keuzes van de gemeente zelf in medebewind voor hun inwoners die ondersteuning nodig hebben de Wmo uit. Zij organiseren en kopen de benodigde zorg in. Gemeenten leggen horizontaal verantwoording af aan de gemeenteraad.

De zijden van de driehoek staan voor de verschillende zorgmarkten:

- De zijde tussen consument en zorgaanbieders staat voor de zorgleveringsmarkt. Wanneer een cliënt een beroep doet op een zorgaanbieder binnen een van de wettelijke regelingen, komt een zorgovereenkomst tot stand.

- De zijde tussen consument en verzekeraar staat voor de zorgverzekeringsmarkt. Tussen cliënt en gemeente of zorgkantoor bestaat strikt genomen geen markt. De cliënt heeft immers geen keuze. Het zorgkantoor voert de Wlz uit namens de zorgverzekeraar van de cliënt. De cliënt kan zich met klachten richten tot het zorgkantoor en zo nodig tegen beslissingen van het zorgkantoor in beroep gaan bij de rechter. De gemeente is in de uitvoering van zijn taak democratisch gelegitimeerd. Ook hier beschikt de cliënt over bezwaaren en beroepsmogelijkheden.
- Tot slot staat de zijde tussen de uitvoerder en de zorgaanbieder voor de zorginkoopmarkt. De uitvoerder sluit over de noodzakelijke zorg contracten met de aanbieders. Uitzondering hierop is de restitutiepolis of zorg geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders. In dat geval betaalt de zorgverzekeraar een vergoeding aan de verzekerde, zonder dat de zorgaanbieder gecontracteerd is door de zorgverzekeraar.

De diverse spelers in de zorgdriehoek trachten door product-, proces- en systeeminnovaties bij te dragen aan de triple aim. Te midden van de driehoek bevinden zich innovatoren zoals UMC's en andere universiteiten, bevlogen ondernemers, bedrijven en gedreven zorgverleners. Zij bedenken nieuwe producten, toepassingen en efficiëntere werkprocessen. Met deze ideeën wordt de zorg beter wat bijdraagt aan een gezondere bevolking. Ook kunnen de innovaties geëxporteerd worden wat bijdraagt aan het verdienvermogen van de Nederlandse economie.

### 2.5.1

#### *Rol overheid en opzet zorgstelsel*

De Rijksoverheid is stelselverantwoordelijk. Zij dient het zorgstelsel zo vorm te geven dat het goed functioneert en dat de noodzakelijke zorg van goede kwaliteit geleverd wordt tegen redelijke kosten en dat deze voor iedereen goed toegankelijk is. Het systeem beoogt dat de verschillende actoren in de stelsels (Zvw, Wlz en Wmo) in hun respectievelijke rollen elkaar scherp houden waardoor zij de beste zorg tegen de gunstigste prijs tot stand brengen.

In de curatieve zorg (Zvw) concurreren zorgverzekeraars met elkaar om verzekeren. Zij dienen daarvoor goede zorg te contracteren en een scherpe premie te bieden. In de langdurige zorg (Wlz) kan het zorgkantoor bij een slechte uitvoering van de Wlz zijn mandaat verliezen, daarnaast kan de moeder van het zorgkantoor (steeds een zorgverzekeraar) imagoschade oplopen bij een slecht functioneren van het zorgkantoor. Het gemeentebestuur is verantwoordelijk voor de GGD en de jeugdzorg en voert mede op basis van autonome keuzes van de gemeente zelf in medebewind de Wmo uit. Het gemeentebestuur legt hierover verantwoording af aan de gemeenteraad.

Zorgaanbieders dingen om de gunst van cliënten, verzekeraars en gemeenten en dienen daartoe goede zorg te leveren tegen een scherpe prijs. Deze dynamiek creëert kansen voor innovaties bij zorgaanbieders aangezien deze zich daarmee positief kunnen onderscheiden. Cliënten worden verondersteld door kritisch gedrag zowel de aanbieders (aanspreken of mijden van niet goed presterende zorgaanbieders) als de zorgverzekeraars (geen onnodig dure polissen afnemen) scherp te houden. In de lokale democratie kan de cliënt als burger via de gemeenteraad of via cliëntenraden invloed op de gemeente uitoefenen ten behoeve van de juiste zorg tegen de juiste prijs.

## 2.6 Mogelijke belemmeringen bij innovatie in het zorgstelsel

Wanneer het zorgstelsel optimaal functioneert, moet het samenspel van de actoren resulteren in kwalitatief goede en doelmatige zorg. Ook worden dan de mogelijkheden automatisch benut om door innovaties de zorg verder te verbeteren en doelmatiger te maken.

De uitvoerder (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) heeft er namens zijn cliënten respectievelijk burgers in principe belang bij wanneer de zorg en ondersteuning doelmatiger worden verstrekt. Deze houdt dan geld over, dat kan worden besteed aan andere zorg, betere zorg voor dezelfde prijs, lagere premies of andere (gemeentelijke) prioriteiten. Dergelijke (waarschijnlijk) innovatieve zorg zal idealiter bij voorrang worden gecontracteerd.

De zorgaanbieder heeft belang bij een innovatie voor zover deze iets oplevert in kwalitatieve (betere zorg) dan wel financiële zin. Bijvoorbeeld doordat er betere zorg kan worden geleverd voor de patiënt en het marktaandeel van de zorgaanbieder groter wordt. Ook kunnen innovaties de marge van aanbieders vergroten, doordat er betere contracten met de uitvoerder (zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente) kunnen worden gesloten. Wanneer een innovatie per saldo (ook op de langere termijn) resulteert in verlies aan omzet ontstaat mogelijk een probleem voor het draagvlak van de innovatie en kan deze worden belemmerd. Wel is het mogelijk dat andere actoren (zoals zorgverzekeraars) in dat geval het verlies compenseren om zodoende de innovatie alsnog mogelijk te maken.

De cliënt/burger heeft doorgaans belang bij een innovatie die leidt tot kwalitatief betere zorg dan wel beleefde gezondheid tegen een lagere of gelijkblijvende prijs<sup>9</sup>. Hierbij moet wel enige nuance worden aangebracht. Als premiebetaler zal de cliënt waarschijnlijk een voorkeur hebben voor een lagere premie terwijl deze als zorgontvanger waarschijnlijk maximale en desnoods duurdere zorg zal willen ontvangen.

Zoals ook al in de inleiding is aan de orde is geweest is het opschalen van innovaties in het zorgdomein van groot belang maar doen er zich belemmeringen voor. De oorzaak hiervan kan gelegen zijn in verschillende faalmechanismen, samenhangend met de inrichting van het zorgstelsel. Er zijn twee vormen van mechanismen (die zich afzonderlijk en in samenhang kunnen voordoen):

1. Marktfalen;
2. Overheidsfalen (of stelsel-falen).

Het kan echter ook zijn dat er bij het uitblijven van opschaling van een vernieuwing geen sprake is van falen van de markt of de overheid. Een experiment kan immers ook een negatieve uitkomst hebben. Of de innovatie concurreert/is strijdig met andere vernieuwingen/innovaties. De vormen van falen en hun effecten worden hieronder toegelicht.

Het effect van falen op (het opschalen van) innovaties in het zorgdomein kan zich op verschillende manieren openbaren:

- Veelbelovende ideeën stikken tijdens de conceptualiseringfase (of de testfase), ook als er (sterke) aanwijzingen zijn dat de innovaties doelmatig zijn.
- Implementatie van innovaties vindt op ondoelmatige wijze plaats.
- Goede, doelmatige innovaties worden niet grootschalig geïmplementeerd.

<sup>9</sup> Niet altijd, denkbaar is dat een eenzame oudere liever een hulpverlener langs ziet komen, dan dat ze op afstand wordt geholpen via beeldtelefonie. Vandaar dat bij de triple aim ook de subjectieve kant aan bod komt.

Innovatieprocessen kennen drie hoofdfasen: conceptualisering, de testfase (onderzoek veiligheid en daarna effectiviteit) en opschaling. Ideeën en concepten kunnen uit de zorg zelf of van buiten de zorg komen. Een suboptimaal ondernemersklimaat<sup>10</sup> of prikkel vanuit de zorg kunnen het volume en de kwaliteit van de ideeën beperken. Onderzoek (R&D) in de conceptualiseringfase vraagt een investering van tijd en geld. In een klimaat waar innovaties weinig kans krijgen, wordt de dynamiek van de conceptualiseringfase geremd. Tevens spelen verdienmodellen van innovatoren (bedrijven en kennisinstellingen) een rol bij het al dan niet vermarkten van innovaties.

Gedurende de opschaling zijn er verschillende overdrachtsmomenten tussen actoren (zoals UMC, bedrijven en zorginstellingen). Op ieder van deze overdrachtsmomenten vindt een prioritering van innovaties plaats op basis van het belang dat de actoren hebben. De keuzes die daarbij worden gemaakt om een innovatie al dan niet te adopteren kunnen leiden tot ondoelmatigheid op systeemniveau. Bijvoorbeeld geval van het niet implementeren van goede, doelmatige innovaties (of innovaties op een ondoelmatige wijze implementeren) of het implementeren van ondoelmatige innovaties.

### 1. Marktfalen

De marktfaalmechanismen vallen uiteen in de volgende categorieën:

- Externe effecten van innovatie (positieve, negatieve);
- Marktmacht van innoverende partijen of van adopterende partijen;
- Informatieasymmetrie.

### 2. Overheidsfalen (systeem- of stelselfalen)

De overheid speelt een rol in het innovatieproces en kent verschillende vormen (Stiglitz, Economics of the Public Sector)<sup>11</sup>:

- beperkte informatie positie van de overheid;
- beperkte controle over reacties samenleving/markten ;
- beperkte controle over bureaucratie;
- beperkingen door het politieke proces;
- (onbedoelde) reguleringseffecten;
- ontbrekende financiële prikkels;
- actoren pakken hun rol niet (zien, willen, kunnen).

#### Ad 1. Marktfalen

De zorg kent een zekere mate van (gereguleerde) concurrentie, die in de achterliggende jaren incrementeel is verruimd voor de actoren in de zorg. De markt kan met betrekking tot innovaties echter falen, waarbij innovaties niet of onvoldoende van de grond komen. Innovatoren (bedrijven maar ook kennisinstellingen) zijn actief op de drie gesignaleerde markten in de zorg. Enerzijds als antwoord op vraag uit de markt vanuit patiënten en/of instituties (pullfactoren) en anderzijds als aanbieders van innovaties waarvoor nog niet altijd een specifieke vraag bestaat (push factoren). Verdienmodellen van innovatoren spelen hierbij een belangrijke rol. Ook kunnen gewenste innovaties tegengehouden worden doordat er sprake is toetredingsdrempels waardoor nieuwe partijen met innovatieve ideeën de markt niet betreden en bestaande partijen marktmacht hebben.

10 Winst van zorgvernieuwing (2009), K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen

11 ww-norton-amp-co/ 3e editie februari 2000

*Ad 2. Overheidsfalen (systeem- of stelselfalen)*

De Rijksoverheid heeft, als gevolg van beperkte capaciteit en middelen van het apparaat, een inherent beperkte informatiepositie. Tevens heeft de Rijksoverheid een beperkte controle over reacties in de samenleving en in de zorgmarkt. Het politieke proces kent ook zijn beperkingen. Kortetermijndenken kan tot gevolg hebben dat er moeilijk tot ingrijpende en uitvoerbare keuzes wordt gekomen. Als gevolg van regulering kan het zijn dat doelmatige innovaties niet zijn toegestaan of worden vergoed. Voorbeelden hiervan doen zich voor in de relatie tussen privacywetgeving en ICT-innovaties zoals e-health. Ook in het geval dat regels worden aangepast om concurrentie en innovatieve praktijken te bevorderen, komt het voor dat achteraf alsnog regelgeving met het oog op controle en toezicht tot stand komt. Tevens kunnen ontbrekende of verkeerd liggende financiële prikkels, zoals volumefinanciering, leiden tot vertraagde adoptie van innovatie. Ook moeten actoren de wil of het belang hebben om de mogelijkheden die er zijn te benutten. Die wil of dat belang kan worden verminderd vanwege strijdige belangen van actoren of door gebrek aan dynamiek bij actoren door bijvoorbeeld oligopolies.

**Box 2 - Marktfalen nierdialyseapparatuur**

Sinds de uitvinding in 1943 van de kunstnier door Willem Kolf heeft de nierdialyse geen fundamentele verbetering ondergaan. Dit terwijl er wel revolutionaire ontwikkelingen hebben plaatsgevonden op het gebied van biomaterialen. Een nierdialyseapparaat is zo zwaar als een koelkast en berust op het principe dat bloed wordt geleid langs dialysevloeistof die regelmatig ververscht wordt. Dialyse heeft een enorme impact op het leven van de patiënt omdat hij minimaal driemaal per week 4 uur in een ziekenhuis dialyseren. Wanneer het apparaat draagbaar zou zijn, heeft de patiënt meer vrijheid en kan hij vaker waar en wanneer hij wil dialyseren. Bovendien zijn de zorgkosten van een draagbare kunstnier lager. De dialyse-industrie investeert niet in de ontwikkeling van een draagbaar apparaat omdat dit ten koste gaat van hun huidige business model waarin de industrie beschikt over dialysecentra, dialyseapparatuur, disposables en personeel.

De Nierstichting heeft derhalve zelf het initiatief genomen om een draagbaar apparaat te ontwikkelen<sup>12</sup> waarvoor dit jaar clinical trials worden uitgevoerd.

<sup>12</sup> Nierstichting

## 3 Beleidsinzet Zorginnovatie

### 3.1 Het huidige beleid

Binnen de Rijksoverheid is het generieke innovatiebeleid belegd bij het ministerie van Economische Zaken (EZ) en sinds 2010 onderdeel van het bedrijvenbeleid (waaronder de topsectorenaanpak). De topsectorenaanpak is een manier van werken om innovaties te bevorderen door publiek-private samenwerking. Met de ontwikkeling hiervan is in allerlei domeinen een innovatieve manier van werken tot stand gebracht. Op het terrein van innovatie neemt de samenwerking tussen VWS en EZ toe. Onder de paraplu van de topsector Life Sciences & Health (LSH)<sup>13</sup> worden innovaties in de zorg gestimuleerd en gefaciliteerd. Daarnaast is het afgelopen jaar bijvoorbeeld het instrument Health Deal<sup>14</sup> gerealiseerd. Een instrument dat kan helpen om effectieve innovaties in de zorg een stapje verder te helpen.

Ook kent VWS bijvoorbeeld de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating, waarmee veelbelovende nieuwe interventies tijdelijk tot het basispakket kunnen worden toegelaten terwijl gelijktijdig nog onderzoek naar de (kosten)effectiviteit plaatsvindt.

Het ministerie van OCW draagt bij aan innovatie door zowel de directe financiering van (hoger) onderwijsinstellingen, universitair medische centra als de indirecte financiering van publieke onderzoeksinstellingen via het NWO.

Het ministerie van BZK stimuleert de zorginnovatie indirect door het ontschotten van gemeentelijke budgetten waardoor er meer (financiële)ruimte ontstaat om middelen in te zetten daar waar ze innovatie (indirect) het beste ondersteunen.

Het ministerie van Financiën faciliteert innovatie door een aantal fiscale instrumenten die beogen het innovatieklimaat te versterken.

Geconstateerd kan worden dat veel Rijksoverheidsbeleid is gericht op (het versterken van) het stimuleren en faciliteren van innovatie in de zorg. Bij met name EZ en Financiën ligt daarbij de nadruk op de randvoorwaarden voor innovatie. Naast de Rijksoverheid hebben ook de gemeentelijke overheden en private partijen met een wettelijke taak een rol bij innovatie in de zorg. De gemeenten en decentrale organisaties als de GGD zijn als opdrachtgever en onderzoeker verantwoordelijk voor zorg op decentraal niveau.

### 3.2 Beleidsinzet van VWS op digitaal ondersteunde gezondheid en zorg

De stormachtige ontwikkelingen in informatie- en communicatietechnologie kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de beleidsdoelstellingen van zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg. Zorg kan steeds meer in de eigen omgeving worden georganiseerd. Mensen kunnen hun eigen gezondheidsparameters monitoren en delen met hun arts, en patiënten krijgen een steeds gelijkwaardiger informatieve positie en kunnen daardoor meebeslissen over hun behandeling. De verbeterde kwaliteit van de zorg, de substitutie van zorg, het langer zelfstandig thuis blijven wonen, dragen bij aan meer welbevinden, betere uitkomsten en leiden tot besparingen op kosten en arbeid<sup>15</sup>. Deze 'low tech high impact' innovaties komen minder vanzelfsprekend van de grond dan high tech productinnovaties. Opscaling

13 <http://www.health-holland.com/portal?theme=&category=&keyword=mkb>

14 <http://www.rvo.nl/onderwerpen/innovatief-ondernemen/research-development/health-deals>.

15 Een recente studie van SIRM duidt op een besparingspotentieel door ontschotting en slimmer inrichten van zorg van 1,5 mld euro in 2022. McKinsey berekende voor de Zweedse situatie een mogelijke besparing van 25% in 2025. Een recente Gupta studie naar kosten en baten van persoonlijke gezondheidsomgevingen indiceert 10 jaar na invoering een besparing van 4,6 mld.euro. Deze studies zijn op aannames met een hoge mate van onzekerheid gebaseerd. Dat neemt niet weg dat substantiële besparingsmogelijkheden voorzienbaar zijn.



van de bestaande goede voorbeelden naar andere plaatsen of regio's komt relatief moeizaam tot stand. Dit komt mede doordat de introductie van digitaal ondersteunde procesinnovatie zich vaak afspeelt over verschillende zorgdomeinen en het nodige vergt van verandervermogen en samenwerkingsbereidheid.

Het ICT-landschap in de zorg biedt daarbij niet altijd de noodzakelijke vruchtbare bodem. Er bestaat een lappendeken aan gebruikte standaarden en er zijn veel situaties van vendor lock-in. Hierdoor worden de uitwisseling en beschikbaarheid van gegevens gehinderd. Ook is de regelgeving in de zorg niet altijd even bevorderlijk voor vernieuwing, daar waar deze gericht is op instandhouding van het bestaande. Door haar complexiteit is het voor velen lastig om optimaal gebruik te kunnen maken van de ruimte die er is. Een gerichte inzet is daarom nodig op de verbetering van de randvoorwaarden voor innovatie teneinde de opschaling van veelbelovende initiatieven te bevorderen.

Vanuit die gedachte heeft het ministerie van VWS, deels in samenwerking met het ministerie van EZ, de afgelopen jaren gaandeweg een actievere overheidsrol ontwikkeld. Onder het programma "Innovatie en Zorgvernieuwing", dat begin 2015 van start is gegaan, zijn verschillende beleidsmatige initiatieven samengebracht.

Leidende gedachte achter het programma is dat de impact van technologisch ondersteunde procesinnovatie in de laagcomplexe zorg een significante bijdrage kan bieden aan doelmatigheid in de zorg. Onderliggende notie in deze aanpak is de idee dat enkel het 'uitrollen' van best practices, in de vorm van het kopiëren van een geslaagde procesinnovatie naar andere plekken, in de praktijk niet blijkt te werken. Elk ecosysteem van samenwerkende partijen zal voor elke serieuze vernieuwing zijn eigen proces moeten doormaken, omdat het zoekproces waarin die vernieuwing gestalte krijgt enerzijds bepaald wordt door de specifieke constellatie van partijen en anderzijds ook contextspecifieke uitkomsten genereert<sup>16</sup>. Dit leren in, van en met de praktijk vergt een open vizier op wat zich afspeelt in veld en samenleving. Het programma gaat daarbij uit van drie leidende principes. In de eerste plaats: 'patient included'. Patiënten participeren op basis van gelijkwaardigheid in alle actielijnen. Een tweede kenmerk is dat de overheid een activerende en faciliterende rol zoekt, zonder verantwoordelijkheden van partijen over te nemen. Een derde karakteristiek is dat betrokkenheid bij individuele casuïstiek niet wordt geschuwd. Enerzijds om te leren van de praktijk en vanuit die praktijk interventies te ontwikkelen die mogelijk ook elders toepasbaar zijn, anderzijds om als overheid engagement te tonen bij. Gelet op de korte tijd dat deze benadering operationeel is, is het nog te vroeg voor een evaluatief standpunt. Een uitgebreidere beschrijving is opgenomen in bijlage 5.

16 Zie proefschrift van Maarten Janssen (PM literatuurlijst) tav "situated novelty".

## 4 Analysekamer

Als uitgangspunt van dit onderzoek is innovatie gedefinieerd als het proces waarmee ideeën worden omgezet in nieuwe vormen van waardecreatie. Een ander uitgangspunt is dat zorginnovaties doelmatig zijn als zij bijdragen aan de triple aim van Berwick c.s. Dit betekent dat innovaties van waarde moeten zijn voor de kwaliteit van zorg, de betaalbaarheid van zorg en voor gezondheidswinst.

### 4.1 Niveaus in het zorgsysteem

Er kunnen drie niveaus worden onderscheiden waar innovaties verschillende stadia doorlopen waarin elke keer weer wordt besloten over (verdere) opschaling van innovaties:

1. *Het individuele (micro)niveau*  
Dit is het niveau van de patiënt, zorgverlener, onderzoeker en innovatieve zorggerelateerde bedrijven. Veel innovaties komen op dit niveau tot stand. Naast financiële overwegingen is met name intrinsieke motivatie om de kwaliteit van zorg te verbeteren op dit niveau een belangrijke stimulans om innovaties tot stand te brengen. De overheid ondersteunt innovaties actief door middel van bijvoorbeeld subsidies, PPS constructies en steunen van fundamenteel onderzoek.
2. *Het instellings-/uitvoerniveau (mesoniveau)*  
Dit is het niveau van de zorgaanbieders (instellingen) en uitvoerders (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten). Dit is het niveau van de zorginkoopmarkt. De eerste formele kosten-batenafweging voor de beslissing tot implementatie van innovaties vindt vaak op dit niveau plaats. Aangezien het zorgstelsel wordt gekenmerkt door ketens en netwerken spelen de belangen van de diverse in de ketens en netwerken betrokken partners een belangrijke rol bij de afwegingen op het mesoniveau. Vaak worden op mesoniveau dezelfde afwegingscriteria gebruikt als op het microniveau maar afhankelijk van ondermeer het type innovatie (product of proces) kan de weging anders uitpakken. Het ziekenhuisbestuur zal bijvoorbeeld niet alleen naar de winst voor de specifieke patiëntengroep kijken maar bij zijn afwegingen zowel de belangen van andere patiënten en van de medische staf als die van zijn positie ten opzichte van de zorgverzekeraars en eventueel de eerstelijnszorg meenemen.
3. *Populativeniveau (macroniveau)*  
Dit is het niveau van het zorgsysteem waarop de overheid vraagstukken ten aanzien van de vormgeving van het stelsel ter hand neemt en tracht met behulp van het introduceren van prikkels het zorgsysteem te laten voldoen aan de triple aim, maar dan op populativeniveau. Hierbij speelt met name allocatieve doelmatigheid een rol, zoals bij de decentralisatie van de langdurige zorg en ondersteuning naar gemeenten.

Op ieder niveau wordt de triple aim op een andere manier beleefd. Afwegingen ten aanzien van bijvoorbeeld zorginnovaties vinden plaats op basis van de voor de betreffende niveaus relevante uitgangspunten en randvoorwaarden. Ook binnen de verschillende niveaus kunnen de afwegingen verschillend plaatsvinden, mede afhankelijk van de situatie waarin de actoren zich bevinden. De uitkomsten van deze (kosten-baten-)afwegingen zullen daardoor niet op alle niveaus dezelfde uitkomst

hebben en kunnen zelfs strijdig zijn. Het belang van de overheid ten aanzien van de (financiële) houdbaarheid van het zorgstelsel hoeft dus niet overeen te komen met de financiële belangen op instellingsniveau. En de gerealiseerde gezondheidswinst voor een patiëntengroep moet soms op populatieniveau worden afgewogen tegen minder zorg of lagere kwaliteit voor andere patiëntengroepen. Zo doen zich op ieder niveau andere belemmeringen en kansen ten aanzien van innovaties voor.

Er bestaat in de zorg een sterke wisselwerking tussen de drie niveaus. Het overheidshandelen ten aanzien van (het opschalen van) innovaties heeft daarbij met name betrekking op het macroniveau en het microniveau. Dit handelen, zeker op stelselniveau moet worden gezien in het perspectief van de impact hiervan op het mesoniveau en de prikkels die in het systeem worden ingebouwd. Op het mesoniveau ligt het zwaartepunt van het zorgveld waar de belangrijke eerste opschalingstap van innovaties plaatsvindt, maar waar de sturing van de overheid, gegeven het karakter van het zorgstelsel, veelal indirect is.

Met inachtneming van het bovenstaande kan er voor de drie onderscheiden niveaus een weging plaatsvinden van de geïnventariseerde kansen en belemmeringen voor de opschaling van doelmatige innovaties in de zorg. Het operationaliseren van de doelstellingen van de triple aim is daarbij het uitgangspunt.

Doordat er sprake is van verschillende wegingen op en binnen de verschillende niveaus doen zich ook uiteenlopende belemmeringen voor. De oplossing voor het wegnemen van de ene belemmering kan door het individuele karakter ervan, afhankelijk van de situatie, geen oplossing bieden voor een andere belemmering.

#### 4.2 **Operationalisering triple aim**

De triple aim biedt een afwegingskader voor het opschalen van (doelmatige) zorginnovaties. Hieronder wordt kort toegelicht hoe het begrip doelmatige innovatie met behulp van de triple aim is geoperationaliseerd. Van belang is daarbij de notie dat de drie doelstellingen in samenhang dienen te worden gezien.

##### *Betere gezondheid, gezondheidswinst*

Traditioneel is dit de uitkomstmaat waarmee in kosteneffectiviteitsstudies de 'additionele' waarde van innovaties wordt aangetoond bovenop de gebruikelijke praktijk. Er zijn verschillende objectiveerbare maten voor beschikbaar maar voor de vergelijking wordt hier meestal gebruik gemaakt van quality adjusted life years (Qaly's). Dit is een maat voor de het aantal voor gezondheid gecorrigeerde gewonnen levensjaren. De kosteneffectiviteit van zorginnovatie wordt bepaald door de kosten per Qaly.

##### *Verhogen kwaliteit vanuit patiëntenperspectief*

In toenemende mate wordt echter aan objectieve gezondheidswinst ook de subjectieve ervaren kwaliteitsverbetering van de patiënt toegevoegd. Dit is natuurlijk ook belangrijk voor de waardering van innovaties in bijvoorbeeld de langdurige zorg waar objectieve gezondheidswinst wellicht helemaal niet mogelijk en zeker niet het enige doel is. Deze subjectieve maat past ook bij de definitie van positieve gezondheid van Huber<sup>17</sup>.

##### *Kostenbeheersing*

Elke innovatie heeft een prijs, als de kosten lager worden bij gelijkblijvende of grotere gezondheidswinst of kwaliteit, zou afweging eenvoudig moeten zijn. Dit type innovaties kan dan ook helpen om de zorgkosten te kunnen beheersen. Het kan

17 <http://www.ipositivehealth.com/>

echter ook zijn dat innovaties worden ontwikkeld die baten (kwaliteit) opleveren tegen hogere kosten.

Het al dan niet implementeren van een dergelijke innovatie vergt een expliciete afweging. Deze afweging kan met behulp van kosten per Qaly worden geoperationaliseerd. Als signaalwaarde voor een doelmatige innovatie wordt door het Zorginstituut Nederland bij het beoordelen van de toelating van nieuwe interventies een Qaly van € 80.000 gehanteerd<sup>18</sup>.

### 4.3 De praktijk van innovatie in de zorg

Zoals al eerder in dit rapport is beschreven wordt er in Nederland op internationaal vooraanstaand niveau zorggerelateerd onderzoek verricht en komen er mede daardoor veel innovaties tot stand. De hiertoe door de Rijksoverheid ingerichte randvoorwaarden lijken hiermee succesvol te zijn. Toch doen zich de nodige belemmeringen voor, in het bijzonder bij de opschaling van veelbelovende initiatieven. Om daar meer zicht op te krijgen is in het kader van dit onderzoek een tweetal onderzoeken uitgevoerd en een groot aantal interviews afgenomen om hier meer zicht op te krijgen.

De Celsus academie voor betaalbare zorg heeft een literatuurstudie uitgevoerd (zie bijlage 6) naar de internationale ervaringen op dit terrein en prof. dr. P. Iske (Maastricht University) heeft een survey uitgevoerd (zie bijlage 7) onder meer onder zorgaanbieders en patiëntenverenigingen over de beleving die deze partijen hebben bij kansen en belemmeringen ten aanzien van doelmatige zorginnovaties.

#### *Literatuuronderzoek*

In opdracht van de IBO-werkgroep heeft de Celsus academie voor betaalbare zorg van de Radboud universiteit een internationaal vergelijkend literatuuronderzoek uitgevoerd<sup>19</sup>. Celsus is er in het onderzoek in geslaagd een aantal belemmeringen voor opschaling van zorginnovaties in beeld te brengen, maar internationale best practices zijn minder voor het voetlicht gekomen. Data uit de VS laat zien dat naar schatting 25% tot 75% van de groei in zorgkosten veroorzaakt wordt door innovatie. De indirecte meetmethoden geven echter geen inzicht in de mogelijke verschillen wat betreft impact of kosten van zorginhoudelijke innovaties, procesinnovaties en systeeminnovaties. Voor Nederland zijn deze schattingen mogelijk aan de hoge kant, maar het is aannemelijk dat de verschillende soorten innovatie ook in Nederland een grote rol spelen bij de stijgende zorgkosten. Tegelijk zorgen de innovaties er ook voor dat we in staat zijn om meer mensen op betere wijze te behandelen zodat we een gezondere bevolking krijgen. Studies die kijken naar kostengroei bij bepaalde aandoeningen geven inzicht in welke innovaties de kostenstijging binnen die aandoening zoal veroorzaken: bijvoorbeeld dure geneesmiddelen bij kanker. Deze innovaties zorgen veelal voor hogere kosten per patiënt. Maar ook innovaties die per stuk goedkoper zijn leiden vaak tot hogere totale zorgkosten. Dit komt doordat betere en/of goedkopere zorg vaak leidt tot een stijging in het aantal behandelde patiënten (indicatieverruiming), zoals door de komst van het dotteren en stenten bij patiënten met hart- en vaatziekten. Innovaties die leiden tot kostenverlaging zijn in de literatuur nog ruimschoots in de minderheid. Een achterliggende oorzaak kan zijn dat, zoals Celsus constateert, reviews en algemeen beschouwende literatuur over innovatie zich vaak richten op technische en zorginhoudelijke innovatie. Naar deze soort innovatie worden dan ook meeste studies gedaan. Proces- en systeeminnovatie zijn daardoor in de literatuurstudie onderbelicht gebleven, terwijl deze soorten innovatie wel een belangrijke rol kunnen spelen bij het vergroten van doelmatigheid van de zorg. Het

<sup>18</sup> Zorginstituut Nederland Rapport Kosteneffectiviteit in de praktijk, juni 2015

<sup>19</sup> Celsus academie, Doelmatige innovatie in de Zorg, december 2016

is volgens Celsus dan ook van belang dat er méér onderzoek wordt gedaan naar proces- en systeeminnovatie, bijvoorbeeld in de context van de langdurige zorg.

### *Survey*

Uit de survey van prof. dr. Iske komt naar voren dat er veel wil tot innoveren bestaat in de zorgsector. Tevens blijkt dat actoren in de zorgsectoren niet altijd voldoende kennis hebben van de mogelijkheden zijn op het gebied van overheidsfaciliteiten, dat het leervermogen aandacht verdient en er sprake is van onbekendheid met wat er binnen de wet- en regelgeving mogelijk is. Ook blijkt een gebrek aan vertrouwen tussen de diverse belanghebbenden. Mede daardoor is er sprake van een gebrek aan grensoverschrijdend kunnen en willen kijken. Daarnaast wordt een tegenstelling tussen eigen en algemeen belang gesignaleerd en lijkt er sprake te zijn van angst om fouten te maken en wordt aangegeven dat er in de sector sprake is van het 'not invented here'-syndroom. Deze verschijnselen kunnen als marktfalen (of in het geval van angst om fouten te maken, als systeemfalen) worden gekwalificeerd waarvoor in principe mechanismen beschikbaar zijn om deze te ondervangen of te verkleinen.

De bevindingen van de Celsus academie en uit de survey zijn consistent met het beeld dat uit interviews met een groot aantal experts en uit een expertbijeenkomst naar voren is gekomen. Deze bevindingen worden in hoofdstuk 5 verder uitgewerkt.

## 5 Bevindingen, analyse en conclusies.

### 5.1 Inleiding

Om een goed beeld te krijgen van innovatie in de zorg in de praktijk heeft de IBO-werkgroep het nodige onderzoek gedaan. Zo zijn vele gesprekken gevoerd met deskundigen en professionals uit de zorgsector (zie bijlage 4), zijn expertbijeenkomsten gehouden, is literatuuronderzoek gedaan door de aan de Radboud universiteit verbonden Celsus academie voor betaalbare zorg en is door prof. dr. Iske (Maastricht University) een survey uitgevoerd onder een groot aantal stakeholders binnen de zorgsector.

In de Nederlandse zorgsector vindt relatief veel productinnovatie plaats. Nederland is voor wat betreft medisch-technische ontwikkelingen een koploper in de wereld. Uit het onderzoek van de IBO-werkgroep blijkt dat het vervolgens opschalen van zorginnovatie niet optimaal verloopt. Partijen ervaren belemmeringen die het opschalen van doelmatige innovaties hinderen dan wel vertragen. Ook is sprake van kansen die niet of nog beperkt worden benut.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen in beeld gebracht. De nadruk ligt daarbij op bevindingen gerelateerd aan belemmeringen en (onderbenutte) kansen die zich voordoen op het mesoniveau (het niveau van de zorguitvoerder en zorgaanbieders). Dit aangezien op dit niveau in de meeste gevallen besluiten worden genomen over opschaling van innovaties.

Het algemene beeld van de IBO-werkgroep is dat verschillende van de gevonden belemmeringen samenhangen met de inrichting van het zorgstelsel en, als gevolg daarvan, het niet optimaal functioneren van het zorgstelsel in de praktijk. Denk bijvoorbeeld aan de bestaande schotten in de financiering tussen de eerste en tweede lijn. Deze schotten hinderen de substitutie, waardoor de zorg niet altijd op de meest doelmatige plaats wordt verstrekt.

De inrichting van het zorgstelsel veronderstelt dat doelmatige innovaties in de zorg volgens de in hoofdstuk 2 geschetste dynamiek tot stand komen en worden opgeschaald, zonder nadere overheidssturing. De praktijk is weerbarstiger, vooral vanwege een beperkte marktdynamiek.

In paragraaf 5.2 staan de belangrijkste belemmeringen en (onderbenutte) kansen die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen. In paragraaf 5.3 worden de bevindingen nader geanalyseerd.

### 5.2 Belemmeringen en (onderbenutte) kansen

#### 5.2.1 *Onvolkomenheden in de zorgmarkt*

In de zorg lijkt sprake te zijn van relatief beperkte marktdynamiek. Cliënten kiezen vaak voor zorgaanbieders dicht bij de woonplaats. Mede door fusies tussen zorgaanbieders hebben sommige zorgaanbieders relatief veel marktmacht. De zorgverzekeringsmarkt is een oligopolie: er is een beperkt aantal grote zorgverzekeraars en sinds de invoering van het huidige zorgstelsel voor curatieve zorg zijn geen nieuwe zorgverzekeraars toegetreten. De beperkte marktdynamiek zorgt voor een relatief comfortabele status quo en daarmee tot weinig druk om te innoveren. Het introduceren en opschalen van innovatieve werkwijzen wordt hierdoor niet bevorderd. In de praktijk blijkt nogal eens dat er pas dynamiek

ontstaat als de status quo wordt bedreigd. Zie bijvoorbeeld de casus Bernhoven en de Sionsberg, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders effectieve afspraken hebben gemaakt om door middel van zorgvernieuwing de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg te verbeteren. Zie ook box 4.

Toetreding van nieuwe partijen op de zorg(verzekerings)markt kan tot disruptie bij gevestigde partijen leiden, zoals onlangs door de Autoriteit Consument en Markt (ACM) is bevestigd<sup>20</sup>. Dit gebeurt echter maar in beperkte mate en dat heeft verschillende oorzaken:

1. De zorgmarkt blijkt, behalve voor leveranciers van genees- en hulpmiddelen, weinig aantrekkelijk voor nieuwe commerciële toetreders. De investeringen zijn hoog en de mogelijkheden op winstuitkeringen zijn voor met name zorgaanbieders en zorgverzekeraars zeer beperkt.
2. Het vergroten van een marktaandeel gaat voornamelijk gepaard met verdringing van andere aanbieders. Zorgverzekeraars kiezen er in de praktijk bovendien voor om overwegend bestaande partijen te contracteren waardoor in de praktijk de doelmatigheid en kwaliteit nauwelijks worden gestimuleerd. Het contracteren van nieuwe zorgaanbieders en het niet of minder contracteren van bestaande zorgaanbieders zou hierin verandering aan kunnen brengen.
3. Specifiek voor zorgverzekeraars gelden Europees geharmoniseerde solvabiliteitseisen (Solvency II). Deze eisen hebben als doel verzekeren te beschermen en de zorgverzekeraars zelf weerbaarder te maken voor financiële schokken. Omdat er in de Zorgverzekeringswet sprake is van een acceptatieplicht, dient er een prudente inschatting gemaakt te worden van het aantal polishouders, wat deze toetredingsdrempel extra hoog maakt. Deze eisen vormen ook een substantiële toetredingsdrempel voor nieuwe zorgverzekeraars.

Een belangrijk instrument voor de werking van de zorgmarkt is selectief inkopen door zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Idealiter leiden de uitkomsten van de onderhandelingen hierover tot een optimale verhouding tussen prijs en kwaliteit van de geleverde zorg en ondersteuning. In de praktijk blijkt dit echter beperkt te gebeuren, waardoor een belangrijke prikkel om te innoveren voor zorgaanbieders vervalst. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het ontbreken van de noodzakelijke informatie om selectief te kunnen inkopen op kwaliteit. De onderhandelingspositie van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten ten opzichte van zorgaanbieders verschilt per jaar per sector<sup>21</sup>. Daarbij valt op dat:

1. Hoewel er vanuit de Rijksoverheid en door enkele zorgaanbieders zelf een aantal initiatieven wordt ontplooid, is het van belang om transparantie van de kwaliteit van geleverde zorg te vergroten. Instellingen zijn soms terughoudend met het leveren van informatie en een gedeelde kwaliteitsdefinitie in de zorg ontbreekt. Er worden wel veel indicatoren verzameld, maar die geven toch beperkt bruikbare informatie.
2. De opbouw van kosten van verrichtingen sterk verschilt tussen zorgaanbieders. Zorgaanbieders hanteren een eigen (niet transparante) kostenopbouw, wat vergelijken zeer moeilijk maakt. Dit wordt bemoeilijkt door de hoge "beschikbaarheidskosten" en de relatief lage variabele kosten.

20 ACM Toetreding en groeidrempels op de zorgverzekeringsmarkt (2017)

21 iBMG 2016

Tevens spelen er bij de zorginkoop ook andere overwegingen een rol dan kwaliteit en prijs. Dit is gelegen in het feit dat het aandeel gezonde klanten van zorgverzekeraars veel hoger is dan het aantal zieke klanten. Bepaalde groepen zorggebruikers zijn daarbij voorspelbaar verliesgevend voor zorgverzekeraars. In Nederland is de basiskwaliteit van zorg geborgd door verschillende controlemechanismen waardoor zieke cliënten worden voorzien van een voldoende goed zorgniveau. De zorgverzekeraars hebben daarmee een prikkel om zich mede hierdoor vooral te laten leiden door de wensen van gezonde klanten, zoals vrije keuze en gemak, waardoor selectieve inkoop minder opportuun is en zorgaanbieders daardoor onvoldoende worden geprikkeld om transparant te zijn over kwaliteit en te innoveren om zich te kunnen onderscheiden. Een optimale ex ante risicoverevening kan bijdragen aan het verbeteren van deze situatie.

### 5.2.2 *Overheidshandelen en institutionele innovatieprikkel*

Een van de mechanismes om zorginnovaties (productinnovaties) op te schalen is de opname in het collectief verzekerd basispakket.

Het Zvw-pakket is voor de meeste aanspraken open omschreven en voor enkele aanspraken gesloten omschreven. Bij een *open pakketomschrijving* wordt de inhoud van de verzekerde zorg nader ingevuld door de criteria 'plegen te bieden' en 'stand van de wetenschap en praktijk'. De standaarden/richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen operationaliseren in belangrijke mate welke zorg onder die open pakketomschrijvingen valt. Doordat er bij een open pakketomschrijving geen ex ante toetsing plaatsvindt, is minder zichtbaar welke zorg het pakket instroomt. Het voordeel is dat de instroom in het pakket van innovaties sneller kan aangezien zorg die aan de "stand van de wetenschap en praktijk" voldoet automatisch onderdeel is van het verzekerde pakket. Het nadeel is dat er geen structurele doelmatigheidstoets van deze innovaties plaats vindt.

Het uitgangspunt in de Zvw is dat zorgverzekeraars in eerste instantie zelf op grond van de wettelijke kaders de concrete inhoud van het verzekerde pakket vaststellen. Daarnaast is het Zorginstituut belast met het pakketbeheer, wat inhoudt dat deze de minister adviseert over behandelingen indien daar aanleiding toe is. Dit is geoperationaliseerd in de vorm van het zogenaamde risicogericht pakketbeheer. Een gebrek aan kennis van de bovengenoemde procedures en een tekort aan (financiële) middelen kan vooral voor kleinere partijen een belemmering vormen.

Indien een veelbelovende interventie nog niet voldoende bewijslast heeft om te voldoen aan het criterium "stand van de wetenschap en praktijk", bestaat er daarnaast de mogelijkheid om een traject van voorwaardelijke toelating te starten. Via de voorwaardelijke pakkettoelating kunnen veelbelovende interventies voor vier jaar (bij uitzondering maximaal zeven jaar) worden toegelaten tot het basispakket, onder de voorwaarde dat in deze periode de vereiste onderzoeksgegevens worden verzameld om de therapeutische meerwaarde aan te tonen. De voorwaardelijke toelatingsprocedure kent een effectiviteitstoets.

Uit de interviews blijkt dat er bij de zorgaanbieders, zorginkopers, financiers en zorgondernemers behoefte is aan een stip op de innovatiehorizon/perspectief vanuit de Rijksoverheid<sup>22</sup>. De (als gevolg van politieke keuzes beleefde) onvoorspelbaarheid van het zorgbeleid wordt gezien als een belemmering voor opschalen van innovatie. Door de uiteenlopende belangen van de diverse partijen in

<sup>22</sup> Blijkt ook uit diverse andere bronnen. Zie o.a. 22 Winst van zorgvernieuwing (2009), K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen.



het complexe zorgveld is volgens geïnterviewde experts het oplijnen van belangen een belangrijke randvoorwaarde om tot een succesvolle innovatie te komen<sup>23</sup>. Een toekomstperspectief op hoofdlijnen kan helpen eventueel strijdige belangen op te lijnen en (proces)innovaties mogelijk te maken.

In het zorgveld wordt wet- en regelgeving vaak als een belemmering voor opschaling beleefd. De vraag is of dit voor een belangrijk deel niet een kwestie is van beeldvorming, respectievelijk een gebrek aan kennis. Uit de survey blijkt dat er op mesoniveau onbekendheid is met de in wet- en regelgeving aanwezige mogelijkheden voor innovatie in de zorg. Ook is er meer ruimte dan wordt gedacht voor overleg en bereidwilligheid om met bijvoorbeeld de NZa of VWS de mogelijkheden te verkennen om afspraken te maken over de van toepassing zijnde regelgeving. Ook zorgverzekeraars zijn bereid om met zorgaanbieders mee te denken over de ruimte binnen de bestaande (wettelijke) kaders. Daar tegenover staat dat in het onderzoek is gebleken dat de vigerende wet- en regelgeving niet altijd meer passend is op nieuwe ontwikkelingen met een grote technologische of ethische component, bijvoorbeeld bij regels rondom stamcelonderzoek en de privacywetgeving.

### **Box 3 Herinrichting van de regeling Voorwaardelijke toelating (VT)**

Via de voorwaardelijke toelating tot het basispakket kunnen veelbelovende interventies voor vier jaar (bij uitzondering maximaal zeven jaar) worden toegelaten tot het basispakket, onder de voorwaarde dat in deze periode de vereiste onderzoeksgegevens worden verzameld om de (kosten)effectiviteit ten opzichte van de standaardbehandeling aan te tonen. Op basis van de uitkomst van het onderzoek bepaalt het Zorginstituut of de interventie effectief is<sup>24</sup> en voldoet aan de overige pakketcriteria, en of deze daarmee blijvend tot het pakket behoort, of uitstroomt. Uitvoerings- en veldpartijen signaleren echter sinds enkele jaren een toenemend aantal knelpunten in de uitvoering van de voorwaardelijke pakkettoelating. Het huidige instrument biedt in hun ogen onvoldoende mogelijkheden voor substantiële verbetering. Het aantal aanvragen om gebruik te maken van de regeling neemt daarbij al jaren af. Ook de kwaliteit van de aanvragen neemt af.

De minister van VWS heeft recent in een brief<sup>25</sup> haar voornemens ten aanzien van de VT naar de Kamer gezonden. Deze brief bevat de volgende beleidsvoornemens:

- Het voornemen om de huidige voorwaardelijke pakkettoelating te vervangen door een beter toegankelijke en meer effectieve subsidieregeling gericht op onderzoek naar nieuwe, veelbelovende en pakketwaardige interventies. Met als doel dat innovaties voor de patiënt op een veilige wijze en sneller dan voorheen in het basispakket kunnen stromen.
- Het voornemen om als onderdeel van de doelmatigheid en de kwaliteit te bevorderen van nieuwe interventies die het basispakket instromen.

De Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) reguleert onder meer door middel van vergunningen de toelating van specifieke veilige maar risicovolle en kostbare medische verrichtingen in een beperkt aantal centra. Het recente verleden laat echter zien dat de Wbmv niet heeft kunnen verhinderen dat innovaties waarvan

23 Winst van zorgvernieuwing (2009), K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen.

24 Dit is zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en, die bij ontbreken van een zodanige maatstaf, aan hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg (artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering).

25 Kamerbrief 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating' februari 2017

de evidentie en doelmatigheid niet of onvoldoende zijn aangetoond – denk aan de protontherapie en grootschalige aanschaf van Da Vinci-robots<sup>26</sup> - toch worden opgeschaald, de zogenaamde 'medical arms race'<sup>27</sup>. Het kabinet heeft aangekondigd de Wbmv anders toe te gaan passen<sup>28</sup>.

In recente jaren is het besef gegroeid dat concentratie van zorg van belang is om voldoende massa te creëren waarmee medisch specialisten hun kennis en vaardigheden kunnen verbeteren. Bij het definiëren van minimumvolumes aan operaties die tot een sterke concentratie hebben geleid, hebben de medisch specialisten zelf een belangrijke rol gespeeld. Een voorbeeld hiervan is de behandeling van dikkedarmkanker.

Uit het onderzoek blijkt dat in de zorgsector van zorgprofessional, ondersteunend personeel tot bestuurders, sprake is van een sterke intrinsieke motivatie om goede kwaliteit van zorg te leveren. Veel innovaties komen voort uit deze intrinsieke motivatie. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat vooral op mesoniveau, zeker in de curatieve zorg, onvoldoende existentiële noodzaak is om te innoveren. Het zorgstelsel biedt aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars relatief veel (financieel) comfort, waardoor de prikkel is om te innoveren (of innovaties te adopteren) en om kwaliteit te leveren tegen lagere kosten onvoldoende sterk is. Dit geldt zeker voor innovaties die gericht zijn op doelmatiger werken en helpen het triple aim doel van lagere kosten te verwezenlijken. In de langdurige zorg vertaald de intrinsieke motivatie op met name medewerkerniveau zich in de wens de cliënt te ontzorgen door 'meer handen aan het bed'. Voor innovaties die de zelfredzaamheid van cliënten kan bevorderen is men vaak minder ontvankelijk.

De zorg heeft door de bekostigingssystematiek een intrinsieke productieprikkel. In alle zorgdomeinen vindt de bekostiging mede plaats op grond van verrichtingen (pxq) waarbij op een aantal aspecten, zoals extradiagnostiek in de curatieve zorg een rem is ingebouwd. De volumeprikkel is door de hele zorg terug te vinden en in eerste aanleg ingesteld om productiviteit van individuele zorgverleners te vergroten, toegankelijkheid van de zorg te garanderen en daarmee de wachtlijsten tegen te gaan. De bedrijfsvoering bij actoren op mesoniveau is ingericht op deze wijze van financiering. Voor veel innovaties die op macroniveau doelmatig zijn, geldt echter dat een belangrijk deel van de potentiële opbrengst zit in het verlagen van het aantal verrichtingen. Echter, vanwege de aanwezige productieprikkel in de bekostigingssystematiek zullen zorginstellingen dergelijke innovaties niet zo snel adopteren, tenzij ze bij de adoptie op een andere wijze worden gecompenseerd voor de verloren omzet. Zelfstandige behandelcentra (ZBC's) hebben daarnaast vaak productieplafonds wat substitutie uit het ziekenhuis kan belemmeren. In het geval van ziekenhuizen wordt vaak een omzetplafond/vast bedrag gecontracteerd hetgeen de productieprikkel mitigeert. Daar gaat het vooral om de onderliggende verdeling tussen medisch specialisten waarbij het de uitdaging is om de belangen van de specialisten gelijkgericht te krijgen met die van het ziekenhuisbestuur.

Hindermacht van machtige (potentiële) verliezers van een innovatie kan een belemmering zijn voor opschaling van innovaties. Dat verlies is doorgaans verbonden aan het verlies van omzet en daarmee ook soms met inkomen en/of status en kan zowel tussen zorginstellingen als binnen zorginstellingen spelen. Hierbij kan worden gedacht aan de omzet van medisch specialisten uit een

26 Celsus Rapport.

27 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie. In opdracht van werkgroep IBO innovatie in de zorg. Referentie: Diffusion of innovation in healthcare (2002) M. Cain en R. Mittman.

28 Kamerbrief VWS 33693: Toekomst van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

ziekenhuis die voor substitutie naar de eerstelijnszorg in aanmerking komt. Dit kan daarnaast ook binnen instellingen gebeuren, bijvoorbeeld als medisch-specialistische maatschappen in een ziekenhuis omzet verliezen door adoptie van een innovatie. De casus Bernhoven laat echter zien dat het mogelijk is om arrangementen in te richten waarbij de verliezers comfort wordt geboden zodat innovaties doorgang kunnen vinden en worden gestimuleerd.

#### **Box 4 - Contractering en bekostiging**

In het zorgveld wordt er op verschillende plaatsen een aanzet gedaan om de contractering en de bekostiging van instellingen te vernieuwen. Een van de initiatieven, die nog in verkennende fase is, heeft als doel om prikkels in de bekostiging zo te leggen, dat onnodige productie wordt verminderd. De vorm van de vergoeding wordt in dit model aangepast aan de aard van de handeling, om productieprikkels weg te halen waar die niet bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg;

- spoedeisende hulp: op basis van beschikbaarheid;
- consult/diagnose: op urenbasis;
- behandeling/verrichting: op pxq (op basis van DBC's);
- chronische zorg op basis van een vast bedrag per patiënt.

De spoedeisende hulp wordt bemand op het aankunnen van een piekbelasting gegeven het tijdstip, en niet op de gemiddelde vraag. Het is daarom meer passend bij het type dienst om voor beschikbaarheid te vergoeden. Dit zorgt tevens voor meer transparantie in de kosten. Diagnostiek en consults gaan op urenbasis en worden apart vergoed en niet gekoppeld aan de behandeling. Daarmee kan ook een deel van het werk worden gedaan in de eerste lijn en is het buiten de DBC geplaatst. Voor bekostiging van de behandeling is de huidige systematiek aangehouden van productiebekostiging, waarbij de DBC's als startpunt zijn gebruikt.

Chronische zorg wordt zo weinig mogelijk in het ziekenhuis gedaan, maar in de eerste lijn. Daar waar dit mogelijk is hoeven patiënten niet naar het ziekenhuis te komen. De bekostiging kan vanwege de voorspelbaarheid van de vraag in de vorm van een vast bedrag per patiënt.

De inrichting van het zorglandschap heeft geleid tot het zogenaamde wrong pocketverschijnsel. Dit speelt op micro- en mesoniveau. Het 'wrong pocket'-verschijnsel betekent dat baten van een investering bij een andere partij neerslaan dan de partij die de investering heeft gedaan. In de zorg wordt dit onder andere veroorzaakt door de schotten tussen zorgdomeinen (curatieve zorg, langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning).

Zorginnovatie gaat in de praktijk namelijk vaak over de traditionele schotten in de zorg heen. Een voorbeeld hiervan is zorgsubstitutie. Deze procesinnovatie betreft een verschuiving vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn, binnen de eerste lijn en van de eerste lijn naar zelfmanagement. Deze verschuiving wordt ook wel substitutie genoemd. Substitutie vergt herinrichting van werkprocessen en een gedragsverandering van cliënt en professional. Daarvoor is een regionale aanpak, in het adherentiegebied van een ziekenhuis, wenselijk. Een dergelijke innovatie leidt tot een bekostigingsvraagstuk, aangezien de eerste en de tweedelijnszorg een andere bekostigingssystematiek kennen. Dit creëert het vaak genoemde 'wrong

pocket'-probleem en leidt tot terughoudendheid of hindermacht bij partijen om te innoveren. Vanwege de invloed van de schotten tussen zorgstelsels speelt in de zijlijn een coördinatieprobleem, omdat geen van de partijen echt eindverantwoordelijk is.

Uit de survey blijkt verder dat ook zorgverleners risicomijdend zijn bij de adoptie van innovaties. Het zorgsysteem bevat *checks en balances* en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) vervult daarbij een belangrijke rol. Er wordt door zorginstellingen en professionals veel gewicht toegekend aan negatieve bevindingen van de IGZ. De neiging is daarom de kans op medische fouten te minimaliseren. Dit is op zich goed, maar het leidt eveneens tot terughoudendheid bij het doorvoeren van medisch-technische innovaties en procesinnovaties.

### 5.2.3

#### *Zorglandschap*

Ook in de langdurige zorg liggen er kansen voor het opschalen van innovaties. Hiertoe dienen op het niveau van de instellingen en professionals belemmeringen te worden weggenomen. In de curatieve zorg zijn er krachtige kennisnetwerken binnen de beroepsverenigingen van de medisch specialisten<sup>29</sup>. Binnen deze netwerken wordt actief kennis gedeeld en ze hebben een positieve invloed op het adopteren van innovaties. Dit blijkt zowel uit de interviews als uit het onderzoek van Celsus<sup>30</sup>. In de langdurige zorg zijn deze kennisstructuren minder prominent aanwezig en in een andere vorm als in de curatieve zorg. Er zijn samenwerkingsverbanden, maar die zijn veelal regionaal van aard. Het ontbreken van landelijke verspreiding van informatie over doelmatige innovaties wordt door respondenten in het onderzoek als een belemmering ervaren. De recent vanuit VWS gestarte aanpak, waarbij aan regionale innovatienetwerken een landelijk platform voor kennis- en ervaringsuitwisseling wordt geboden, beoogt hierin te voorzien maar kan nog aan bekendheid winnen.

Innovatie in de zorg is volgens experts vaak verbonden aan individuen. Er kan sprake zijn van excellente medisch specialisten of doortastende bestuurders bij gemeenten, zorgaanbieders of zorgverzekeraars. In het onderzoek is gebleken dat dit doorgaans enkelingen betreft die op relatief kleine schaal succesvol zijn. Vooral de langdurige zorg wordt gekenmerkt door het ongecoördineerd toepassen van innovaties waardoor er sprake is van praktijkvariatie waarbij als gevolg van gebrek aan goed onderzoek de keuze niet altijd uitmondt in de meest doelmatige variant. Deze gang van zaken is in het onderzoek door experts gekwalificeerd als een 'ieder voor zich cultuur'.

Innovaties hebben ook een zekere massa nodig om tot volwassenheid te komen. In de langdurige zorg blijkt dat er sprake is van veel versnippering van innovatieve initiatieven. Indien samenwerking tussen zorgaanbieders om tot noodzakelijke massa te komen niet tot stand komt, kan dit innovatie belemmeren. Uit de praktijk blijkt dat partijen in de zorg soms terughoudend kunnen zijn om samen te werken, vanwege angst dat dit kan leiden tot een overtreding van de Mededingingswet waarbij de Autoriteit Markt en Consument (ACM) kan ingrijpen door bijvoorbeeld het opleggen van boetes<sup>31</sup>. Binnen de Mededingingswet bestaat echter veel ruimte voor samenwerking die in het belang is van patiënten en verzekerden.

29 Homogene groepen: Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie. In opdracht van werkgroep IBO innovatie in de zorg. Referentie: Diffusion of innovation in healthcare (2002) M. Cain en R. Mittman.

30 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie. In opdracht van werkgroep IBO innovatie in de zorg. Referentie: Diffusion of innovation in healthcare (2002) M. Cain en R. Mittman.

31 Wie doet het met wie? (2016) KPMG Plexus.

Tot slot zijn in de zorg, professionals en veelal ook bestuurders van instellingen intrinsiek sterk gemotiveerd om fysiek zorg te leveren. Deze zorgfocus en de impliciete norm die deze intrinsieke motivatie met zich meebrengt ten aanzien van wat "goede zorg" is, leiden er met name in de langdurige zorg toe dat innovatie niet altijd wordt gezien als een kerntaak door de professionals. Dit heeft gevolgen voor het innoverend vermogen van deze instellingen.

De schotten tussen de zorgstelsels leiden er, naast de eerder genoemde wrong pocket problematiek, ook toe dat ontwikkeling en adoptie van innovaties over de schotten heen door coördinatieproblemen wordt beperkt. Dit vraagstuk doet zich met name ook voor op decentraal niveau waar na de recente decentralisaties diverse zorgtaken bij de gemeenten zijn belegd en ook onder meer de door gemeenten aangestuurde GGD-organisaties een rol spelen. De gemeenten acteren in ketens met andere actoren met eigen verantwoordelijkheden, zoals huisartsen en zorgverzekeraars. Zo kunnen op preventie gerichte activiteiten van gemeenten primair ten goede komen aan zorgverzekeraars. In de praktijk leidt dit er toe dat opschaling van innovaties suboptimaal tot stand komt.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de bekostigingssystematiek in de langdurige zorg waarbij een belangrijk deel van de innovatiemiddelen in de tarieven zijn opgenomen leidt tot versnippering van initiatieven dan wel dat middelen niet aan innovatie worden besteed. Deze dynamiek brengt geen verbetering in de toch al relatief onvruchtbare voedingsbodem voor innovaties in de langdurige zorg.

#### 5.2.4

##### *Kennis en kunde*

Kennis en kunde zijn van groot belang bij het adopteren van innovaties binnen en buiten de zorg. Zorgprofessionals hebben doorgaans met een sterke overtuiging gekozen voor het zorgvak. Om tot succesvolle implementatie te komen van doelmatige innovaties is het echter ook belangrijk dat professionals daarvoor zijn toegerust. Daarvoor moet voldoende kennis aanwezig zijn van onderzoek en van implementatieprocessen. Op beroepsgroep niveau moeten er ook voldoende mogelijkheden zijn om kennis over beschikbare innovaties te verspreiden. Het kennisniveau van professionals blijkt in de curatieve zorg voldoende geborgd te zijn. Dat is ook zichtbaar, zeker daar waar het innovaties met een zorginhoudelijke component betreft. Artsen zijn academisch opgeleid en verplegend personeel is doorgaans HBO opgeleid. Onderzoeksvaardigheden zijn integraal onderdeel van hun opleiding. Tevens is er, met name voor de artsen, goede infrastructuur voor het verspreiden van kennis door de beroepsgroep en is het ook een waarde binnen de groep. Wat betreft veranderkunde en ondernemerschap lijkt de kennis en kunde bij veel zorgaanbieders nog minder ontwikkeld.

Als gevolg van de Herziening langdurige zorg (HLZ) is er in de langdurige zorg sprake relatief veel dynamiek die veel vraagt van de medewerkers en bestuurders van de zorgaanbieders. Ook op het gebied van ondernemerschap en innovatie. Het overgrote deel van het zorgpersoneel is praktisch opgeleid op MBO-niveau. Onderzoeksvaardigheden en organisatieontwikkeling maken niet of nauwelijks deel uit van de opleiding. Ditzelfde geldt voor nascholing gericht op de uitvoeringspraktijk. Uit het onderzoek blijkt ook dat artsen in de langdurige zorg vaak minder op onderzoek gericht zijn dan medisch specialisten in de curatieve zorg. Tevens is de organisatiegraad in de beroepsgroepen van de professionals in de langdurige zorg lager dan in de curatieve zorg.

Op regionaal niveau zijn er innovatieplatforms, maar die zijn (nog) niet zo krachtig als de kennisdelingsmechanismen binnen de beroepsgroepen in de curatieve zorg

(artsen, verloskundigen). Dit wordt onder meer veroorzaakt door de versnippering van deze initiatieven en dat die op zichzelf staan<sup>32</sup>. Tevens blijkt uit het onderzoek dat professionals uit de langdurige zorg in hun dagelijkse werkzaamheden vaak minder ruimte ervaren om te innoveren dan in de curatieve zorg. Hierdoor blijft het innoverend vermogen van de langdurige zorg nogal eens achter bij dat van de curatieve zorg. Het beeld bestaat dat, naast het kennisniveau bij de uitvoerende medewerkers in de zorg, ook in de langdurige zorg het ondernemerschap bij bestuurders verder kan worden ontwikkeld. Dit blijft nu achter, waardoor innovaties ook onvoldoende worden ontwikkeld en geïmplementeerd.

Ook voor de uitvoerders van het zorgstelsel (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten) is het van belang aansluiting te hebben bij kennisnetwerken om daarmee ondermeer toegang te hebben tot kennis van best practices. Voorbeelden van regie op verspreiding van lokale/regionale innovaties zijn:

- Initiate is een platform van en door gemeenten waarin van 'onderop' innovaties worden aangejaagd en ontwikkeld. Het ondersteunt en ontwikkelt nieuwe netwerken van inwoners, ketenpartijen, ondernemers en gemeenten die bezig zijn met innovatie in het Sociaal Domein. Een voorbeeld hiervan is de ontwikkeling van een Zorgapp, waarmee kleine zorgaanbieders nu moeiteloos gebruik kunnen maken van het Berichtenverkeer.
- Citydeal Inclusieve stad om in samenwerking tussen departementen, gemeenten en aanbieders belemmeringen weg te nemen voor innovatieve aanpakken en good practices te verspreiden.

Naar het zich laat aanzien zijn deze kennisnetwerken nog onvoldoende ontwikkeld. Mededingingswet- en regelgeving kan hierbij een rol spelen maar uit het onderzoek komt ook naar voren dat er vaak sprake is van solistisch handelen als gevolg van onwetendheid.

#### 5.2.5 *Overige randvoorwaarden*

Uit het onderzoek blijkt dat inzetten op meer en betere evaluatie van de effectiviteit en doelmatigheid van veelbelovende interventies veel kansen biedt om de innovatiepraktijk te verbeteren. Een belangrijke belemmering voor opschaling vormt namelijk het ontbreken van de evidentie of een innovatie effectief is en of die doelmatig is. Een vereiste vanuit de Zorgverzekeringswet is dat zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk waardoor een afweging op basis van effectiviteit en/of doelmatigheid niet structureel plaats vindt en daarmee geen structurele rol speelt bij pakketopname. Tevens zal de innovatie ook niet snel worden geadopteerd door professionals, omdat de relatieve meerwaarde van de innovatie niet inzichtelijk is<sup>33</sup>. Illustratief voor dit fenomeen zijn innovaties uit het e-health domein. In de app stores bevinden zich bijvoorbeeld meer dan 100.000 op zorg gerichte applicaties, waarvan de werking of doelmatigheid niet is aangetoond en die zelfs schadelijk kunnen zijn<sup>34</sup>.

Een tweede aspect dat bijdraagt aan de opschaling is de zichtbaarheid van innovaties voor de buitenwacht<sup>35</sup>. Dergelijke innovaties kunnen dienen als uithangbord voor de instelling. Dit is een algemeen optredend mechanisme met versnellende invloed op adoptie van innovaties. Een keerzijde hiervan is dat dit

32 Stimuleren innovatie in de zorg (2016) Celsus Academie (ioV VWS).

33 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie. In opdracht van werkgroep IBO innovatie in de zorg. Referentie: Diffusion of innovation in healthcare (2002) M. Cain en R. Mittman.

34 Zie oa. <http://www.smarthealth.nl/2016/09/08/apple-gezondheidsapp-app-store/>.

35 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie. Referentie: Diffusion of innovation in healthcare (2002) M. Cain en R. Mittman.

mechanisme geen onderscheid maakt tussen doelmatige en ondoelmatige innovaties.

Financiering van innovaties in de zorg is doorgaans niet problematisch, op zowel micro- als mesoniveau, al zijn er wisselende signalen. Er zijn in principe voldoende bronnen van risicodragend kapitaal en subsidies om commercialisatie van innovaties te financieren. Maar dan moet er wel een deugdelijke *business case* zijn. Met name voor ziekenhuizen, het midden- en kleinbedrijf en start ups ontbreekt echter weleens de voor financiering noodzakelijke kennis van het organiseren van klinisch onderzoek dat nodig is de effectiviteit van een innovatie aan te tonen. Zorgverzekeraars zijn doorgaans bereid in de uitrol van innovaties op mesoniveau te participeren, mits er voldoende evidentie van doelmatigheid is, wat mogelijk ook kwalitatief betere zorg tegen hogere kosten kan betekenen. Op microniveau worden subsidies verstrekt door onder meer ZonMW en is er financiering van de academies. Er is in de markt daarnaast voldoende risicodragend kapitaal voorhanden om het R&D-proces te financieren en tot een 'proof of concept' te komen. Zoals gezegd is op mesoniveau financiering mogelijk als er een deugdelijke *business case* kan worden overlegd. Mede door de eerder gesignaleerde belemmeringen schort het daar echter vaak aan. Betrouwbare data-uitwisseling is een belangrijke randvoorwaarde voor de adoptie van e-health toepassingen. Uit het onderzoek blijkt dat het niet evident is dat eenduidige standaarden bottom-up tot stand komen. Dit leidt tot versnippering en belemmeringen bij het opschalen van adopties. De recente beleidsbrief van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving bevestigt dit beeld<sup>36</sup>.

#### Box 5 - Mammaprint

Belangrijke innovaties voor de doelmatigheid van de zorg worden gedaan op het gebied van biomarkers. Hiermee kan gekeken worden of bepaalde geneesmiddelen effectief zijn. Een voorbeeld hiervan is het in Nederland ontwikkelde Mammaprint en de internationale marktleider Oncotype. Met behulp van deze testen kan de behandelend medisch specialist inschatten of na de operatie aanvullende chemotherapie noodzakelijk is. Zo blijkt uit bijvoorbeeld een recente studie van Mammaprint dat er jaarlijks 2500 vrouwen chemotherapie ontvangen zonder dat zij hier gezondheidswinst van ervaren. Oncotype en Mammaprint worden bij veel verzekeraars vergoed, maar alleen via een aanvullende verzekering. In 2010 heeft het Zorginstituut geoordeeld dat het Mammaprint geen onderdeel uitmaakt van het basispakket omdat niet voldoende is aangetoond dat het product leidt tot gezondheidswinst. Recent is er een nieuwe studie gepubliceerd en wordt opnieuw gekeken of het product opgenomen kan worden in het verzekerde pakket.

Oncotype is (nog) niet beoordeeld door het zorginstituut. De testen zijn wel onderdeel van de zorgrichtlijn, maar onder andere omdat het geen onderdeel uitmaakt van het verzekerde pakket worden de biomarkers slechts zelden gebruikt.

### 5.3

#### Analyse en conclusies

In hoofdstuk 4 is geconstateerd dat op mesoniveau (het niveau van de zorguitvoerders en zorgaanbieders) niet altijd de juiste afwegingen (kunnen) worden gemaakt en stappen worden gezet om tot opschaling van doelmatige innovaties te komen. De rolverdeling en regelgeving maken het op mesoniveau niet

<sup>36</sup> Briefadvies RVS, publicatie 17-01.

vanzelfsprekend dat het algemeen belang (populatie-niveau) leidend is. Er is sprake van een groot aantal betrokken partijen met uiteenlopende en soms ook strijdige belangen. Innovatie in de zorg dient dan ook vanuit een multidimensionaal perspectief te worden gezien. Voor het succesvol opschalen van doelmatige innovatie liggen de belangrijkste uitdagingen en opgaven op het mesoniveau. Aangrijpingspunten voor oplossingen liggen veelal in het zorgstelsel. Het zorgstelsel is er op gericht om goede zorg te leveren innovatie is daarvan slechts een afgeleide. Onvolkomenheden in de met het zorgstelsel samenhangende regelgeving en rolverdeling spelen een belangrijke rol in het gedrag van partijen op mesoniveau. Een voorbeeld hiervan is de 'wrong pocket'-problematiek als gevolg van de financieringsschotten die onder meer substitutie als procesinnovatie belemmert. Recentelijk zijn er echter meerjarencontracten afgesloten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders waarin op creatieve wijze wordt getracht deze belemmeringen te adresseren.

Het onderzoek laat zien dat de partijen in het zorgveld zich bewust zijn van de complexiteit van de besluitvorming op het mesoniveau maar dat zij creatief zijn bij het zoeken naar oplossingen. De vaak aangehaalde casus van ziekenhuis Bernhoven is een voorbeeld waarbij de actoren in dat mesoniveau creatieve oplossingen hebben gezocht en gevonden om het zorgaanbod op peil te houden met behoud van kwaliteit tegen lagere kosten.

Ook de Rijksoverheid, met name VWS in samenwerking met EZ, heeft een aantal initiatieven ontwikkeld om het opschalen van product- en procesinnovaties te ondersteunen. Geconstateerd kan wel worden dat aan veel van de instrumenten bredere bekendheid kan worden gegeven teneinde het gebruik in alle geledingen in de zorg te bevorderen.

Succesvolle opschaling van innovaties is vaak afhankelijk van waardegedreven leiderschap dat partijen bijeen kan brengen en een beroep kan doen op hun bijdrage aan het algemeen belang. In algemene termen kan namelijk worden gesteld dat leiderschap een belangrijke factor vormt bij het succesvol opschalen van innovaties en dat waar leiderschap wordt getoond adoptie van innovaties sneller en beter plaatsvindt. Leiderschap heeft een persoonsgebonden karakter. Er zijn echter signalen dat dergelijk leiderschap onvoldoende in de zorg aanwezig is. Dit kan er voor zorgen dat adoptie van doelmatige innovaties minder dan maatschappelijk gewenst tot stand komt. Bij het verder verbeteren van de governance in de zorg dient ook hieraan aandacht te worden besteed<sup>37</sup>.

Als de overheid meer doelmatige innovatie wil bewerkstelligen, dan blijft het beleid gericht op meer initiële innovatie (op het microniveau) essentieel, want zonder nieuwe producten of processen op dat niveau valt is ook opschaling niet aan de orde. De inzet van EZ, OCW en VWS om de randvoorwaarden voor innovatie zo gunstig mogelijk te maken blijft hiervoor noodzakelijk en wordt door de IBO-werkgroep dan ook als *no regret* gekwalificeerd.

Indien de overheid de opschaling van doelmatige innovaties wil bevorderen dan staat er een aantal instrumenten ter beschikking die, mits systematisch toegepast, kunnen helpen. Ook kan de vraag gesteld worden of de overheid als stelselverantwoordelijke bereid is gesignaleerde onvolkomenheden in het zorgstelsel te adresseren en aanpassingen van de prikkels op macroniveau (systeeminnovaties) te overwegen om dit meer fundamenteel te bevorderen. Daarbij zal ook het belang van meer innovatie in relatie tot andere doelstellingen die middels het zorgstelsel beoogd worden (kostenbeheersing of ondernemerschap bij medisch specialisten) dienen te worden afgewogen. Daartoe worden in hoofdstuk 6 drie scenario's uitgewerkt.



## 6 Beleidsvarianten

### 6.1 Inleiding varianten

In de vorige hoofdstukken is in beeld gebracht welke belemmeringen en mogelijkheden er zijn bij het opschalen van innovaties in de zorg. Ook zijn mogelijke maatregelen in beeld gebracht om deze belemmeringen zoveel mogelijk weg te nemen en geboden kansen te benutten. Dit alles vormt de basis voor drie beleidsvarianten. De maatregelen zijn gepresenteerd op basis van plausibiliteit en gericht op het wegnemen van specifieke belemmeringen. Daarbij is binnen de varianten rekening gehouden met de invloed die de maatregelen op elkaar hebben; maatregelen kunnen immers een volgordeelijkheid hebben, of adverse effecten op elkaar hebben.

De beleidsvarianten bestaan uit maatregelen die elk vanuit een verschillende invalshoek de opschaling van innovaties in de zorg bevorderen. De maatregelen zijn er op gericht om op het mesoniveau effect te sorteren en daarmee tot een verbeterd innovatieklimaat te komen. De beleidsvarianten presenteren verschillende perspectieven op de rol van de overheid bij het bevorderen van het opschalen van zorginnovaties. Daarbinnen kiest de Rijksoverheid, gegeven de randvoorwaarden, een zo effectief mogelijk instrumentarium.

De inrichting van de beleidsvarianten is gebaseerd op de bevindingen over de effectiviteit van instrumenten bij het opschalen van doelmatige innovaties in de zorg in de context van de triple aim. Betere gezondheid met hogere zorgkwaliteit tegen gelijkblijvende, of lagere, kosten is hierbij het uitgangspunt. In hoeverre er daadwerkelijk sprake is van betere gezondheid is voornamelijk gebaseerd op de aanname dat zorgaanbieders innovatieve zorgvormen aanbieden waarvan de positieve effecten op gezondheid en kwaliteit zijn bewezen. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor het creëren van de optimale randvoorwaarden om de triple aim tot stand te brengen.

Als eerstaangewezen vakdepartement heeft VWS de meeste bemoeienis met innovatie in de zorg. In de afgelopen jaren is er veel geïnvesteerd in een alternatieve benadering van de bijdrage van het departement. Naast onderzoek en implementatieprojecten via ZonMW en aanmoediging van het veld via prijzen en subsidies, is er ook steeds actiever geïnvesteerd in de benodigde samenwerking om procesinnovatie zichtbaarder te maken en implementatie hiervan te bevorderen. Deze nieuwe initiatieven zijn nog van recente datum, en zijn maar beperkt terug gekomen in de gevoerde discussies met het veld. De effectiviteit van deze initiatieven is dan ook nog niet gemeten, maar ze passen goed bij de lijn die in dit hoofdstuk wordt uitgezet. Het is dan ook zaak om op de aanzet voort te bouwen en op de ingeslagen weg verder te gaan. Deze aanpak vergt een langdurige inzet, de effectiviteit ervan zal zorgvuldig moeten worden gemonitord.

Tot slot hebben diverse maatregelen een (veel) bredere uitstraling dan alleen de opschaling van innovatie. Diverse maatregelen grijpen aan op de werking van het zorgstelsel en daarmee op de prikkel voor innovatie. Dit is een logisch gevolg van de rol die de Rijksoverheid in het zorgsysteem heeft. Dit vraagt voor die maatregelen een breder afwegingskader dan alleen het implementeren van innovaties.

Innovatie in de zorg is soms een belangrijke kostenverhogende factor. Dit betekent evenwel niet dat de voorgestelde maatregelen die bijdragen aan effectievere implementatie daarmee ook kostenverhogend zullen zijn. Uit het onderzoek zijn diverse voorbeelden naar voren gekomen van innovaties die juist kunnen bijdragen aan een betere beheersing van kosten. Dit laatste geldt zeker voor procesinnovaties. Er zijn vooralsnog geen directe en indirecte kosten en baten per maatregel in beeld gebracht. Over het algemeen is de inschatting dat de maatregelen een beperkt direct budgettair beslag hebben. De maatregelen zijn voornamelijk randvoorwaardelijk en hebben daarmee een indirecte werking. Deze indirecte en maatschappelijke effecten van innovatie zijn pas op de langere termijn zichtbaar waarbij de relatie met de ingezette instrumenten vaak niet meer 1 op 1 herleidbaar is. De met de maatregelen samenhangende uitgaven/kosten zijn afhankelijk van de schaal en wijze waarop en het tempo waarin de maatregelen worden ingezet.

Het bovenstaande resulteert in drie beleidsvarianten voor de overheidsrol ten aanzien van het opschalen van innovaties. Deze varianten sluiten elkaar niet uit:

1. De faciliterende overheid, waarbij de maatregelen voortbouwen op het vigerende beleid. De variant faciliterende overheid is een mix van versterking van het huidige beleid en no regret maatregelen. Dit zijn maatregelen die zonder veel aanvullende inspanningen kunnen worden genomen en doorgaans aansluiten op het vigerend beleid en de werking van het zorgstelsel in de praktijk verbeteren.
2. De stimulerende overheid, waarbij de Rijksoverheid een actieve stimulerende rol aanneemt opdat partijen in de zorg zelf de opschaling actiever ter hand nemen. Onder stimulerende bouwstenen worden maatregelen verstaan die ten opzichte van het huidige beleid een extra inspanning vereisen in bijvoorbeeld het wegnemen van belemmeringen voor opschaling en het waar mogelijk innovatie stimuleren.
3. De interveniërende overheid, waarbij de overheid de innovatiekracht in de zorg versterkt door zelf het initiatief te nemen. In deze variant kiest de overheid er nadrukkelijk voor om het opschalen van innovatie een leidend element te laten zijn bij systeemkeuzes. Deels door de dynamiek in het zorgstelsel ingrijpend te versterken. Deels door gerichte ingrepen die de keuzevrijheid op mesoniveau juist verminderen.

## 6.2 Variant Faciliterende overheid

Maatregelen in deze variant zijn onder te verdelen in maatregelen die het huidige beleid versterken en no regret maatregelen. Het doel hiervan is actoren op mesoniveau (zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorginkopers) in het zorglandschap voor te lichten en te ondersteunen. De nadruk ligt op het optimaliseren van het huidige instrumentarium, het beter benutten van kennis en versterken van het beleidsproces binnen de Rijksoverheid. Dit om de adoptie en implementatie van (doelmatige) innovaties te stimuleren:

- communiceer actief met het zorgveld over bestaande kennislacunes;
- versterk kennisdeling binnen de sector;
- ondersteun de opbouw van evidentie van de doelmatigheid van innovaties;
- diverse no regret maatregelen.

De meeste onderstaande maatregelen zullen met een beperkte (aanvullende) inspanning en inzet van middelen naar verwachting leiden tot een relatief groot effect.

### *Communiceer actief met het zorgveld over bestaande kennislacunes.*

De Rijksoverheid communiceert al veel (en actief) met het zorgveld, zoals via 'Zorg voor innoveren'<sup>38</sup> en campagnes als de nationale e-health week. Uit het onderzoek blijkt dat er in het zorgveld desondanks nog steeds kennislacunes bestaan. Deze zijn een belemmering voor de opschaling van innovaties. Intensivering van de gerichte, actieve communicatie kan deze belemmeringen verminderen. De lacunes bestaan op veel terreinen, maar de verwachting is dat communicatie op onderstaande gebieden de grootste impact zal hebben:

1. Wet- en regelgeving. Communiceer over de mogelijkheden binnen de vigerende wet- en regelgeving om te innoveren en te implementeren en de mogelijkheden om met kaderstellende instanties (zoals de NZa en het Zorginstituut) afspraken te maken. De wet- en regelgeving wordt vaak smaller geïnterpreteerd dan nodig is.
2. Opname in het verzekerde pakket, al dan niet via de regeling voor Voorwaardelijke Pakkettoelating (VT). Licht de procedure en mogelijkheden om innovaties op te laten nemen in het verzekerd pakket toe. Dit geldt ook voor de VT en het opbouwen van evidentie van doelmatigheid<sup>39</sup>.
3. Doelmatige innovaties. Communiceer als rijksoverheid actief over doelmatige innovaties naar relevante partijen. Zowel over de innovaties zelf, als over de onderbouwing van de innovaties en de best practices van implementatie.

### *Versterk de kennisdeling binnen sector*

Kennissenetwerken zijn essentieel bij de verspreiding van innovaties<sup>40</sup>. In de Nederlandse zorgcontext zijn er verschillende kennisstructuren en innovatienetwerken aanwezig die hier aan bijdragen. De wisselwerking tussen deze netwerken kan met beperkte inspanning echter worden versterkt, waarmee de totale impact van de netwerken zal worden vergroot.

4. Coördinatie van bestaande kennisnetwerken in de langdurige zorg (lz). In de langdurige zorg zijn kennisnetwerken veelal regionaal georganiseerd en hierdoor pluriform in doelen en verschijning. Deze fragmentatie is een barrière voor de diffusiesnelheid van innovaties. De Rijksoverheid kan deze barrières beperken

38 <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/>

39 Zie ook 7.3 In Kamerbrief 21-02-2017 is al aangekondigd dat de VT procedure zal worden vereenvoudigd. zie 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke Pakkettoelating' 1097913-161382-Z21 februari 2017

40 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie.

- door een actieve, coördinerende rol te vervullen en de bestaande netwerken sterker aan elkaar te verbinden. Dit kan rond sectorbrede innovatiethema's zoals de randvoorwaarden voor innovatie en kansrijke inhoudelijke en procesmatige innovatierichtingen (zoals low tech, high impact e-health).
5. Verbind kennisnetwerken over de grenzen van de zorgdomeinen heen. De meeste kennisnetwerken zijn horizontaal op een specifiek domein. Zorgvernieuwing gaat echter ook over de grenzen van de domeinen heen. De Rijksoverheid kan hier, analoog aan de coördinatie van horizontale netwerken, deze netwerken bij elkaar brengen op sector overstijgende innovatie thema's.
  6. De Rijksoverheid dient in samenwerking met de VNG zorg te dragen voor actieve uitwisseling van ervaringen van de geleerde lessen in de decentralisatie van de langdurige zorg. De gemeenten hebben hierbij veel ruimte gekregen voor lokale keuzes en invulling, wat tot veel vernieuwing heeft geleid. Een goede evaluatie en het delen van de uitkomsten hiervan, kunnen worden ingezet om de kwaliteit in alle gemeenten te verhogen.

De maatregel om netwerken aan elkaar te verbinden is door VWS (deels in samenwerking met EZ) reeds in gang gezet en het beleid wordt hiermee ondersteund.

#### *Ondersteun de opbouw van evidentie over doelmatigheid van innovaties*

Evidentie over doelmatigheid van innovaties is essentieel voor implementatie. Het is noodzakelijk voor opname in het verzekerd pakket via het VT-traject en voor adoptie door het veld werkt het als een katalysator<sup>41</sup>. De Rijksoverheid kan op de volgende manier bijdragen aan de opbouw van evidentie:

7. Ondersteun innovatoren bij het verwerven van kennis over de opbouw van doelmatigheidsevidentie. Dit kan via ZonMW en de regeling voor de voorwaardelijke pakkettoelating in de vorm van actieve kennisinbreng, subsidies of facilitator voor de randvoorwaarden.
8. Ondersteun innovatoren (bijvoorbeeld via het ondersteuningstraject van Fast Track of ZonMW) bij het slechten van praktische obstakels bij het opbouwen van evidentie zoals het vinden van geschikte proeftuinen en het delen van best practices op het gebied van evalueren.
9. Voortzetten en intensiveren van de ondersteuning van activiteiten die het (zelf)lerend en evaluerend vermogen versterken.
10. Verken de mogelijkheden die nieuwe methoden van verzamelen van informatie en evidentie van doelmatigheid van innovaties bieden, zoals (vroege) HTA's.

#### *Diverse no regret-maatregelen*

11. Zet het huidige beleid voort om de ontwikkeling van innovaties te stimuleren en ondersteunen. Dit zorgt voor een constante stroom met initiatieven voor zorgvernieuwing.
12. Zorg voor aansluitend beleid. Innovatiebeleid in het zorgdomein heeft te maken met verschillende bronnen van beleid vanuit de Rijksoverheid. Identificeer waar innovatiebeleid interdepartementaal overlapt of waar er lacunes zijn en stel zeker dat het beleid op macroniveau op elkaar inhaakt.
13. Inventariseer welke wettelijke kaders precies knellen<sup>42</sup> en richt een traject in om de wetgeving daar waar nodig te moderniseren. Het onderzoek levert signalen op dat bestaande wet- en regelgeving niet in alle opzichten voldoende is voorbereid op de snelheid van de ontwikkelingen. Dit speelt bijvoorbeeld bij

41 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie.

42 In dit kader is bijvoorbeeld de Japanse wetgeving(sproces) als een voorbeeld genoemd waar van kan worden geleerd.

fundamentele innovaties. In dit kader worden de privacy wetgeving en wetgeving ten aanzien van het stamcelonderzoek genoemd.

14. Stel samen met de sector ICT-standaarden vast. Bij ICT-innovaties, zowel in het primaire zorgproces (zoals het gebruik van e-health) als ondersteunende processen (zoals het opslaan en delen van patiënteninformatie) is het ontbreken van standaarden een belemmering in het innovatieproces. Stel daarom voor ICT-innovaties, samen met de sector, relevante standaarden vast. Sluit daarvoor bij voorkeur aan bij bestaande internationale (open) standaarden. Door het Informatieberaad wordt momenteel een voorstel gedaan om hier invulling aan te geven, de concrete uitwerking hiervan is echter nog niet gereed<sup>43</sup>.
15. Zet het huidige beleid voort om de uitkomstkwaliteit van geleverde zorg transparant te maken<sup>44</sup>.

43 <https://www.skipr.nl/actueel/id29544-informatieberaad-zet-grote-stap-naar-it-ecosysteem-in-de-zorg.html>

44 Zie Kamerbrief 'Uitkomsttransparantie voor samen beslissen' 88120-160700-MC 21 februari 2017

### 6.3 Variant Stimulerende overheid

Uitgangspunten in deze variant zijn het actiever inzetten van het bestaande instrumentarium en het wegnemen van bestaande belemmeringen voor innovaties. Het doel is dat de Rijksoverheid de randvoorwaarden voor innovatie zo gunstig mogelijk neerzet, maar de invulling hiervan aan de actoren in het veld overlaat. Door middel van deze indirecte stimulering prikkelt de overheid het mesoniveau om doelmatige innovaties te adopteren en ondoelmatige innovaties niet door te voeren. Innovatie moet lonen, zowel op macroniveau als voor de partijen die ze doorvoeren. Op deze wijze draagt de overheid bij aan het realiseren van de triple aim.

Hiertoe zijn onderstaande maatregelen in beeld gebracht:

- maak de kwaliteit van de geleverde zorg transparant;
- laat het bekostigingsmodel voor je werken;
- versterk de randvoorwaarden voor gezonde concurrentie tussen actoren;
- en verzeker de samenwerking daar waar dat nodig is;
- rust professionals toe voor vernieuwing.

Onderstaand worden de maatregelen verder toegelicht.

#### *Maak de kwaliteit van de geleverde zorg transparant*

Transparante uitkomstkwaliteit van geleverde zorg is een belangrijke voorwaarde en prikkel voor selectieve inkoop van zorg en daarmee ook voor doelmatige zorgvernieuwing<sup>45</sup>. Deze is echter in de afgelopen jaren onvoldoende ingevuld, ondanks gerichte beleidsinzet om het veld te bewegen tot transparantie.

1. Versterk daarom de inzet om het zorgveld te bewegen de uitkomstkwaliteit versneld transparant te maken. Doe dit als Rijksoverheid door (A) bestaande initiatieven bij elkaar te brengen en te laten coördineren door het Zorginstituut en (B) ambitieuze, bindende, doelen te stellen voor het tijdspad van de realisatie van transparantie van uitkomstkwaliteit<sup>46</sup>. Stel daarbij zeker dat de randvoorwaarden voor de gewenste transparantie worden vervuld. Dat zijn in ieder geval (1) het vaststellen van een (sectorbrede) maatstaf voor kwaliteit en bijbehorende kwaliteitscriteria, (2) de registratie en (3) het beschikbaar stellen van uitkomstgegevens. Het Zorginstituut zal hier haar doorzettingsmacht om eigenstandig besluiten voortvarend moeten inzetten, om zeker te stellen dat de doelen binnen het gestelde tijdspad worden gerealiseerd.

#### *Laat het bekostigingsmodel voor je werken*

Bekostigingsmethoden kunnen innovatie op verschillende manieren ondersteunen. Enerzijds kunnen de adverse prikkels worden tegengegaan en anderzijds kunnen de prikkels impliciet zelf innovatie ondersteunen.

2. Zet productieprikkel in de bekostigingssystematiek meer gericht in op het soort verrichtingen waar die voor bedoeld zijn. Binnen het huidige DBC systeem is het mogelijk om deze prikkels aan te scherpen. Dat kan bijvoorbeeld door het vergoedingsmodel toe te spitsen op de aard van de dienst of verrichting. Het concept zoals dat in box 4 'bekostigingssystemen' wordt beschreven, kan hiervoor als voorbeeld dienen. Met deze maatregel zal naar verwachting de weerstand tegen volumeverlagende innovaties worden beperkt.

45 Zie oa Winst van zorgvernieuwing (2009), K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen

46 In de Kamerbrief 'Uitkomsttransparantie voor samen beslissen' (88120-160700-MC 21 februari 2017) is hiertoe een eerste aanzet gegeven.

3. Verken de mogelijkheden om met innovatieve contractvormen tussen zorginkopers en zorgaanbieders substitutie naar de eerste lijn of de verlaging van het volume van geleverde zorg te stimuleren. Voorbeelden hiervoor zijn de contracten met een langere looptijd zoals die zijn toegepast bij kliniek Bernhoven, het Martini ziekenhuis of het Isala Diaconessenziekenhuis. Hierdoor ontstaat er ruimte voor zorgaanbieders om een financiële planning met langere looptijd te maken, waardoor de financiële onzekerheid bij zorgaanbieders wordt beperkt. Dit leidt tot een gunstiger klimaat om te investeren in (doelmatige) innovaties. Bij Bernhoven heeft dit model geleid tot een financiering om krimp (volumeverlaging) te faciliteren, wat ook daadwerkelijk heeft geleid tot verlaging van productie<sup>47</sup>.
4. Verken maximaal de mogelijkheden om op basis van objectieve en zorginhoudelijke criteria de compensatie in de ex ante risicoverevening voor chronisch zieken en andere patiënten met voorspelbaar hoge kosten te verbeteren. Daarmee verbetert de prikkel voor zorgverzekeraars om patiënten centraal te stellen in plaats van klanten. Deels gebeurt dit nu al en zijn de nodige verbeteringen gerealiseerd, maar voor een beperkt aantal recent naar de Zvw overgehevelde sectoren (de langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ), wijkverpleging en de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ)) gebeurt dit mede op basis van criteria die niet prikkelen tot doelmatigheid. Voor deze criteria is gekozen om de prikkel tot (indirecte) risicoselectie op basis van gezondheid te verminderen omdat er nog onvoldoende zorginhoudelijke criteria voorhanden zijn, maar belangrijk nadeel is dat ze de prikkel tot doelmatige zorginkoop verzwakken. Het is dus nodig om deze onorthodoxe criteria (behoudens de LGGZ) zo snel mogelijk te vervangen door alternatieve kenmerken die zorginhoudelijk goed zijn onderbouwd<sup>48</sup>.

*Versterk de randvoorwaarden voor gezonde concurrentie tussen actoren*

Externe druk van goed presterende concurrenten is een krachtige prikkel om te verbeteren en te innoveren. Deze concurrentieprikkel kan versterkt worden door de markt aantrekkelijker te maken, voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars en door het wegnemen van perverse prikkels die ondernemerschap dempen. Bestaande partijen kunnen zo worden geprikkeld ondernemender te zijn, wat zal leiden tot meer (implementaties van) doelmatige innovaties.

5. Maak participatie op de zorgmarkt lonend, om ondernemerschap te stimuleren en de markt aantrekkelijker te maken voor nieuwe toetreders. Verruim daarom de mogelijkheid voor winstuitkering aan investeerders. Dit kan echter alleen als er aan de voorwaarden voor selectieve inkoop, bijvoorbeeld transparantie van uitkomstkwaliteit van geleverde zorg, is voldaan. Dit om adverse gevolgen van de aanwezige productieprikkels te beperken.
6. Verlaag de drempel voor nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt. De bestaande solvabiliteitseisen in combinatie met de acceptatieplicht vormen een stevige drempel voor deze nieuwe toetreders. Het versoepelen van de solvabiliteitseisen voor zorgverzekeraars of het beperken van de acceptatieplicht voor nieuwe toetreders op de zorgverzekeringsmarkt kan deze drempel verlagen. Beide maatregelen vergen echter een nadere afweging. De solvabiliteitseisen vloeien voort uit Europese wetgeving en kunnen niet eenzijdig worden aangepast. Onderzoek daarom wat de mogelijkheden zijn om de solvabiliteitseisen in Europees verband te versoepelen. De acceptatieplicht beperken voor toetreders werkt onwenselijke selectie aan de poort van cliënten

<sup>47</sup> Zie o.a. <https://fd.nl/economie-politiek/1141984/minder-zorg-minder-omzet-ziekenhuis-blij>

<sup>48</sup> Zie Kamer brief VWS, TK 2015-2016, 29.689, nr 725

in de hand. Om dat risico te verlagen kan de versoepeling de vorm krijgen van een acceptatieplicht gecombineerd met een maximum aantal verzekerden (op volgorde van inschrijving) en een groeipad naar de reguliere acceptatieplicht<sup>49</sup>. Verken daarom ook andere opties om de drempel voor nieuwe toetreders weg te nemen.

*En verzeker de samenwerking daar waar dat nodig is*

Innovatie adoptie is gebaat bij samenwerking tussen actoren met verschillende rollen. Dat kan zowel actieve samenwerking zijn om tot innovaties te komen als samenwerking omdat er gedeelde belangen zijn. Bevorder waar mogelijk samenwerking die goed is voor patiënten en verzekerden, bijvoorbeeld door bekendheid met de ruimte binnen de mededingingsregels te vergroten. Tegelijkertijd is innovatie gebaat bij toetreding van nieuwe partijen, bijvoorbeeld omdat dat leidt tot de introductie en verdere adoptie van nieuwe processen, technologie of diensten. Teveel concentratie kan leiden tot marktmacht, die dempend is voor ondernemerschap en innovatie. Waarborg daarom dat problemen van marktmacht adequaat kunnen worden aangepakt, bijvoorbeeld via het verminderen van toetredingsdrempels en effectief markttoezicht in de zorg zoals het fusietoezicht.

7. Vergroot de mogelijkheden voor benefit sharing van de doelmatigheidswinst tussen de participerende partijen, ter beperking van het wrong pocket probleem.
8. Zorg voor gelijkgerichtheid van belangen binnen (voornamelijk) curatieve instellingen. Stimuleer daarom instellingen om de transitie te maken van een organisatie met medisch specialistische bedrijven naar een organisatie met medisch specialisten in loondienst. Afhankelijk van de gekozen invulling kan dit gepaard gaan met kosten, zie Zorgkeuzes in Kaart<sup>50</sup>. Bied ruimte om tot passende overgangsregelingen te komen en zo drempels te verlagen voor partijen die schade ondervinden van deze maatregel (bijvoorbeeld als gevolg van de ingelegde 'goodwill'). Bijkomend effect van deze maatregel is dat de capaciteit van de specialistische curatieve zorg kan dalen. De intrinsieke productieprikkel grijpt dan niet meer aan op de vrijgevestigde medisch specialisten, maar bij de ziekenhuizen.
9. Breng scherp in beeld waar de grenzen van samenwerking zijn en waar de ruimte tot samenwerking zit en communiceer dit met de zorgsector. Samenwerking en concurrentie hoeven elkaar niet uit te sluiten. In de praktijk komt dit ook voor, zoals gezamenlijke aanschaf van kostbare medische apparatuur door ziekenhuizen, waarna het gebruik hiervan wordt gedeeld.

*Rust professionals en patiënten toe voor vernieuwing*

Rust (zorg)professionals en patiënten beter toe voor (het implementeren van) innovaties. Geconstateerd is dat hier op diverse niveaus verbetering mogelijk is. Dit vergroot de slagingskans van innovaties en maakt de zorg sector toekomstbestendiger.

10. Versterk de vaardigheden voor innoveren in de (beroeps)opleidingen voor zorgprofessionals. Per opleidingsniveau zijn de behoeften verschillend, maar uit het onderzoek blijkt dat met name op het niveau van MBO-functies versterking mogelijk is. Identificeer daarom de hiaten in kennis en vaardigheden. Uit het onderzoek blijkt dat ten minste vaardigheden op het gebied van evalueren, overdragen van kennis en informatie en projectmatig werken aan aandacht

<sup>49</sup> Deze maatregel dient zodanig vorm te worden gegeven dat strategisch gedrag wordt voorkomen.

<sup>50</sup> Deze maatregel kan kosten met zich meebrengen. Zie CPB (2015) Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen.



verdienen. Stimuleer opleiders om deze vaardigheden integraal op te nemen in de opleidings- en nascholingscurricula.

Vergroot tegelijk de vraag naar deze kennis en vaardigheden bij zorginstellingen door de waarde van deze onder de aandacht te brengen.

11. Bied gerichte informatietrajecten (via intermediairs) aan op geconstateerde kennishiaten in de sector. Geconstateerde kennishiaten zijn (A) de opbouw van evidentie van innovaties, (B) het proces van beoordeling van innovaties om te worden toegelaten tot het verzekerd pakket of tot het VT-traject en (C) de rol van leiderschap bij innovaties van management bij instellingen.
12. Bevorder de samenwerking tussen patiënten en professionals. Ondersteun patiëntenorganisaties en -initiatieven bij het kunnen spelen van een actieve en volwaardige rol in innovatietrajecten. Stimuleer het 'goed patiëntschap' door het aanbieden van cursussen en seminars. Breng daarmee patiënten in de positie dat zij bestuurders en professionals kunnen 'opvoeden' in innovatiegericht denken en handelen.

#### 6.4 Variant Intervenierende overheid

In deze variant kiest de Rijksoverheid er voor om, aanvullend op haar rol als stelselverantwoordelijke, in te grijpen om de adoptie van innovatie in het zorgdomein uitdrukkelijk te ondersteunen. Dit doet zij deels door de dynamiek in het zorgstelsel ingrijpend te versterken, deels door gerichte ingrepen die de keuzevrijheid op mesoniveau verminderen. Al het beschikbare instrumentarium, binnen de kaders van het huidige zorgstelsel, wordt daartoe ingezet. Bij onderstaande maatregelen is rekening gehouden met de paradox dat sturing zowel een positief als een beperkend effect op het opschalen van innovaties kan hebben. Innovatie is immers enerzijds gebaat bij ruimte en creativiteit, maar opschaling vraagt eveneens om voldoende stabiliteit voor een innovatie om tot wasdom te kunnen komen. Te veel sturing kan ertoe leiden dat de ruimte om te innoveren onnodig wordt ingeperkt, te weinig sturing kan ertoe leiden dat innovaties niet worden opgeschaald.

Een intervenierende overheid betekent dat er minder keuzevrijheid is voor de actoren op het mesoniveau. Waar het van toegevoegde waarde is, worden tegelijkertijd zowel stimulerende als sturende interventies ingezet om betrokken partijen in de door de overheid gewenste richting te krijgen. De overheid neemt in deze variant stappen om de status quo in het zorgstelsel te doorbreken en de gewenste dynamiek te creëren. Daarnaast zet zij een 'stip op de horizon' zodat partijen zich daarop kunnen richten en de, nu nog vaak strijdige, belangen meer gelijkgericht zullen worden waarmee adoptie van innovaties wordt gefaciliteerd. De doelen die bereikt moeten worden in deze variant zijn gelijk aan die van de variant de stimulerende overheid, maar verschillen in de mate van sturing die daartoe wordt ingezet.

Hiertoe zijn onderstaande maatregelen in beeld gebracht:

- maak keuzes om doelmatige innovaties te ondersteunen;
- en om ondoelmatige vernieuwingen tegen te gaan;
- versterk de randvoorwaarden voor selectieve inkoop van zorg;
- lijn belangen bij de implementatie van innovaties op;
- vernieuw het bekostigingsmodel om de zorg te vernieuwen;
- borg de juiste innovatiekennis en kunde bij professionals.

Onderstaand worden de maatregelen nader toegelicht.

##### *Maak keuzes om doelmatige innovaties te ondersteunen...*

In haar rol als coördinerend stelselverantwoordelijke is de Rijksoverheid goed gepositioneerd om een sturende rol te vervullen bij de bevordering van (op macroniveau) doelmatige innovaties. Als de Rijksoverheid daarvoor kiest, kan zij bepaalde innovaties en innovatierichtingen versterken.

1. Zet als Rijksoverheid een 'stip op de horizon' voor de zorg waaraan zorginnovaties kunnen worden gespiegeld door innovatoren, heb daarbij aandacht voor innovaties die specifiek bijdragen aan de triple aim. Als voorbeeld van een stip aan de horizon kan worden gedacht aan het streven naar Value Based Healthcare. Hierin wordt iedere handeling (en ook innovatie) getoetst aan de waarde die het heeft voor de patiënt en de feitelijke kosten die de daarmee gepaard gaan<sup>51</sup>. Maak als Rijksoverheid een keuze voor focusgebieden en innovaties en realiseer de randvoorwaarden om die succesvol te maken. Geef

<sup>51</sup> Zie Kamerbrief 'Uitkomsttransparantie voor samen beslissen' 88120-160700-MC 21 februari 2017

daarbij patiënten(verenigingen) een rol in dit proces om kansrijke (doeltreffende) innovatierichtingen te identificeren en zo doelmatigheid te vergroten. Hierbij kan worden gedacht aan de manier waarop de Rijksoverheid in de jaren '90 de ontwikkelingen rond de behandeling van HIV/AIDS heeft gestimuleerd. Hiermee zijn significante resultaten bereikt<sup>52</sup>.

Ook kunnen bepaalde typen innovaties met een groter ambitieniveau worden ondersteund dan dat op dit moment het geval is. Voorbeeld hiervan is de manier waarop 'low tech, high impact' innovaties worden ondersteund door dit als ingangscriterium te laten dienen voor de Fast Track aanpak.

Inherent gevolg van kiezen is dat er opportunity costs (ook wel 'alternatieve kosten') ontstaan. Een hiervan is dat er een mogelijk drukkend effect ontstaat op de ontwikkeling van innovaties die buiten deze stip op de horizon vallen.

2. Procesinnovaties (zoals veranderde behandelprotocollen) kunnen leiden tot grote doelmatigheidswinst. Dat kan zelfs met zeer korte terugverdiëntijd. In Engeland is voorgesteld om hiervoor een versnelde toelatingsprocedure in te richten<sup>53</sup>. Onderzoek de mogelijkheden om in de Nederlandse context doelmatige of kansrijke procesinnovaties sneller te kunnen implementeren en bij de patiënt te brengen.
3. Ondersteun initiatieven die machtsposities of impasses in de markt doorbreken om zo de implementatie van innovaties te versterken. Op het gebied van geneesmiddelen kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het initiatief Fair Medicine<sup>54</sup>.

*...En om ondoelmatige vernieuwingen tegen te gaan*

Maak als Rijksoverheid gericht keuzes om zeker te stellen dat ondoelmatige vernieuwingen of ondoelmatige implementatie van (in zichzelf) doelmatige innovaties geen doorgang vinden<sup>55</sup>. Zet hiervoor het instrument van toelating tot het verzekerd pakket en de bestaande wetgeving in.

4. Versterk de doelmatigheidstoetsing voor opname van innovaties in het verzekerd pakket middels een (vroegtijdige) doelmatigheidsanalyse. Hiervoor kunnen economische analysemethoden zoals de Health Technology Assessments (HTA) worden ingezet. Dit instrument kan zowel vroeg in een acceptatietraject worden ingezet (zogenaamde vroege HTA) om een goede indicatie te krijgen van de doelmatigheid, als aan het eind van een procedure<sup>56</sup>.
5. Zorg bij de aanpassing van het instrument Voorwaardelijke Toelating (VT) er voor dat de drempel wordt verlaagd voor innovatoren om dit instrument te gebruiken. Hiervoor is reeds in de kamerbrief 'herinrichting van de regeling voorwaardelijke Pakkettoelating een aanzet gedaan, maar dit is nog geen geïmplementeerd beleid<sup>57</sup>. Dit instrument zal aan kracht winnen als die in combinatie met het bovenstaande instrument (4) wordt ingezet.
6. Zet de Wbmv gericht in om ondoelmatige implementaties van innovaties te beperken bij instellingen (mesoniveau) om tot een op macroniveau doelmatige implementatie te komen. Identificeer dergelijke innovaties en stem als Rijksoverheid de vergunningverlening af op de macrovraag in Nederland. Dit sluit aan bij de analyse in de kamerbrief van 28 oktober 2016 over de Wbmv. In

52 Zie o.a. <https://aidsfonds.nl/hiv-aids/over-hiv-en-aids/geschiedenis>

53 Accelerated Access Review: Final Report. Review of innovative medicines and medical technologies

54 Kamerbrief 'Subsidie Fair Medicine' 30 september 2016 1019049-155169-GMT

55 Hieronder wordt verstaan dat (kostbare) innovaties met een beperkt toepassingsgebied, en daarmee beperkte vraag, veel meer worden aangeschaft door instellingen dan er in Nederland behoefte bestaat. Daarmee kan een in zichzelf doelmatige (veelal product)innovatie ondoelmatig worden. Een veel genoemd voorbeeld in deze context is de "protononbunker".

56 Rapport doelmatige innovatie (2016) Celsus Academie.

57 In de kamerbrief 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke Pakkettoelating' (1097913-161382-Z21, februari 2017) wordt een vernieuwde opzet van de voorwaardelijke toelating voorgesteld, waarin drempels worden verlaagd, gecombineerd met een slot op de zekere toelating in het pakket.

het voorjaar van 2017 zal het kabinet een aanpassing van het beleid voorstellen<sup>58</sup>.

7. Onderzoek of problemen met marktmacht adequaat kunnen worden aangepakt, bijvoorbeeld door toetredingsdrempels te verminderen of via het markttoezicht voor de zorg. Innovatie kan gebaat zijn bij samenwerking tussen instellingen om tot voldoende massa te komen, maar kan juist ook worden bevorderd door toetreding van nieuwe partijen en effectieve mededinging. In het veld bestaat soms het beeld dat de mededingingsregels onnodig belemmerend zijn voor het smeden van samenwerkingsverbanden die nodig zijn voor innovatie. Binnen de Mededingingswet bestaat echter veel ruimte voor samenwerking die in het belang is van patiënten en verzekeren. Bevorder daarom de bekendheid met de ruimte binnen deze regels. Tegelijkertijd moet worden voorkomen dat innovatie wordt belemmerd door teveel marktmacht. Kijk daarom kritisch naar toetredingsdrempels en waarborg de effectiviteit van het markttoezicht in de zorg, zoals het fusietoezicht.
8. Stel ambitieuze volumenormen vast. Aanvullend op transparantie van kwaliteit zou het Zorginstituut een extra bevoegdheid moeten krijgen om hier dwingender te kunnen sturen. Bijvoorbeeld om eenzijdig ambitieuze volumenormen vast te stellen voor ingrepen, aansluitend op internationale standaarden en waar mogelijk op basis van wetenschappelijk onderzoek. De IGZ zal op basis van deze normen vervolgens toezicht moeten houden en eventueel te handhaven. Bepaalde vormen van zorg zullen daardoor in Nederland nog slechts op een aantal locaties worden aangeboden. Op dit moment vindt dit soms al plaats, zoals in het oncologiecentrum voor kinderen 'Prinses Maxima'. Deze maatregel zal leiden tot specialisatie. Dit leidt zowel tot verhoging van de efficiency (dus lagere kosten per ingreep) in de uitvoering als naar verwachting tot meer gerichte innovaties bij deze instellingen om de kwaliteit van de geleverde zorg te verhogen.

*Versterk de randvoorwaarden voor selectieve inkoop van zorg*

Scherp de randvoorwaarden van selectieve inkoop van zorg aan, om doelmatige zorgvernieuwing te stimuleren.

9. Verscherp de maatregelen in de variant "stimulerende overheid" op het gebied van de transparantie van de zorgkwaliteit. Waar die variant meer inzet op versterking van het huidige (stimulerende) beleid met de sector in leidende positie, zet deze variant in op een leidende positie van de Rijksoverheid. Stel als Rijksoverheid zeker dat de benodigde randvoorwaarden worden vervuld om de kwaliteit transparant te maken en dwing die (waar nodig) af. Dat kan door (1) zeker te stellen dat kwaliteitscriteria worden bepaald. Laat het Zorginstituut deze vaststellen en verzoek het zorgveld om verbeteringen aan te dragen. Sluit daarvoor bij voorkeur aan bij internationale standaarden. (2) Verplicht instellingen wettelijk om de zorguitkomsten te registreren op basis van de vastgestelde criteria en (3) te publiceren. Wijs jaarlijks een aantal zorguitkomsten aan waarover de zorgaanbieders in het jaarverslag rapporteren. Handhaaf deze verplichting indien nodig ten behoeve van draagvlak. Initiatieven vanuit de beroepsgroep zelf (zoals DICA) zijn reeds een goed stap, maar laat de IGZ toetsen op de volledigheid van de uitvoering.
10. Verken op termijn de mogelijkheden om artikel 13 Zvw aan te passen, zodat Zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen polissen aan te bieden waarin niet gecontracteerde zorg niet vergoed wordt. De huidige invulling van artikel 13 Zvw maakt het voor zorgverzekeraars minder aantrekkelijk om te investeren in

<sup>58</sup> Kamerbrief 'Toekomst van de Wet op bijzondere medische verrichtingen' 28-10-2016 1007120-154223-CZ

selectieve inkoop. Randvoorwaardelijk voor deze maatregel is dat de uitkomstkwaliteit van geleverde zorg voldoende transparant is voor verzekeren. Eerder voorgestelde aanpassingen aan dit wetsartikel zijn in het huidige politieke klimaat nog niet haalbaar gebleken.

*Lijn belangen bij de implementatie van innovaties op.*

Innovaties worden het meest succesvol geïmplementeerd als de belangen van de betrokkenen op fundamentele punten gelijkgericht zijn. Door verliezers met hindermacht van innovaties comfort te bieden en zo over te halen mee te werken, kan de innovatiekracht in de sector worden verhoogd.

11. Versnel het gelijkrichten van belangen in de curatieve zorg door medisch specialisten in ziekenhuizen verplicht in loondienst te nemen. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden om dit vorm te geven. Mogelijkheden om dit te realiseren of versnellen is bijvoorbeeld via de wetgeving de fiscale regeling voor medisch specialistische bedrijven te versoberen. Een ander wijze is, comfort te bieden via overgangsregelingen of door participatie in het eigendom van de zorgaanbieder eenvoudiger maken. De meest ingrijpende maatregel, met stevige budgettaire gevolgen is het uitkopen van de vrijgevestigde specialisten. Het CPB heeft voor deze maatregelen voor diverse scenario's de kosten in kaart gebracht<sup>59</sup>. Deze maatregel zal enerzijds leiden tot het verlagen van drempels om innovaties in te voeren. Tegelijk kan deze maatregel leiden tot een verlaagde productiecapaciteit in ziekenhuizen.
12. Stimuleer substitutie door verliezers te compenseren en zo drempels voor deze procesinnovatie te verlagen. Zorg bijvoorbeeld dat financiering van behandeling door medisch specialisten in de eerste lijn mogelijk is. Een verdergaande methode om substitutie via de weg van financiering te versterken, is om individuele DBC's in de tweede lijn te schrappen en zo samenwerking over de schotten heen te stimuleren. Dit kan echter alleen als de behandelingen in de eerste lijn al worden aangeboden.
13. De Inspectie van de Gezondheidszorg dient in overleg met de sector transparante procedures te ontwikkelen om voor innovaties tot een aangepast regime te komen, rekening houdend met het risicoprofiel van innoveren. Dit kan risicoaversie bij zorgaanbieders wegnemen.

*Vernieuw het bekostigingsmodel om de zorg te vernieuwen*

14. Richt grootschalige 'living labs' (proeftuinen met realistische schaal) in om de mogelijkheden en de effecten van nieuwe bekostigingssystemen, te onderzoeken. De modellen moeten zodanig worden ingericht dat innovatie en slimmer werken lonen voor de innovator. Tevens is de transparantie van uitkomstkwaliteit randvoorwaardelijk voor de living labs. Laat die modellen door de NZa ontwikkelen. Internationaal zijn er interessante voorbeelden van populatiebekostiging, al dan niet gecombineerd met uitkomstbekostiging, waar van kan worden geleerd. Onder meer in Massachusetts (Blue Cross), New York en in delen van Duitsland (Kinzigal) wordt dit model reeds gebruikt.

*Borg de juiste innovatiekennis en kunde bij professionals*

15. Aanvullend op de maatregelen in de variant 'stimulerende overheid' stuurt de Rijksoverheid op de beschikbaarheid van de juiste kennis bij professionals. Dit kan door de examen- en nascholingeisen te herzien en aan te vullen met de noodzakelijke vaardigheden voor innovatie adoptie, passend bij de rol van de functie in het innovatieproces.

<sup>59</sup> Deze maatregel kan kosten met zich meebrengen. Zie CPB (2015) Zorgkeuzes in Kaart: Analyse van beleidsopties voor de zorg van tien politieke partijen

## Afkortingen

Afkorting	Betekenis
ACM	Autoriteit Consument en Markt
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
EZ	Ministerie van Economische Zaken
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HLZ	Herziening langdurige zorg
HTA	Health Technology Assessment
IBO	Interdepartementaal Beleidsonderzoek
IGZ	Inspectie van de Gezondheidszorg
LSH	Topsector Lifesciences & Health
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
PPS	Publiek Private Samenwerking
Qaly	Quality Adjusted Life Year
R&D	Research & Development
UMC	Universitair Medisch Centrum
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VT	Voorwaardelijke toelating
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wbmv	Wet bijzondere medische verrichtingen
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
Zin	Zorginstituut Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Bijlage 1 Taakopdracht

### **Aanleiding**

Innovatie is belangrijk voor het maken van de gewenste kwaliteitsslag en voor de betaalbaarheid van de zorg en ondersteuning, ook op de langere termijn. We zien steeds meer veelbelovende initiatieven voor procesinnovatie en medisch-technologische innovatie. Toch komen veelbelovende innovaties niet altijd goed van de grond of blijven deze nog steken in pilots, proeftuinen en lokale initiatieven. Om van een eerste idee daadwerkelijk tot een nieuw product, een nieuwe aanpak of kostenbesparing te komen, is een investering nodig in tijd, mensen of middelen. Deze investeringen komen in veel sectoren op een concurrerende markt vanzelf tot stand. Daar geldt het principe: wie niet innoveert, zal niet overleven. We zien echter dat de zorgsector hier achter blijft en dat er nog sprake is van ondoelmatigheid. Transities lijken in de zorgsector anders te verlopen dan in andere sectoren. De verhoudingen tussen de actoren in de zorgsector spelen hierbij ook een rol. De zorgaanbieders hebben een sterke positie en patiënten en cliënten zitten vaak in een afhankelijkheidsrelatie. De zorgverzekeraars en gemeenten onderhandelen namens hun verzekerden/burgers met de zorgaanbieders over de in te kopen zorg en ondersteuning. Idealiter wordt bij deze onderhandelingen zowel ingezet op kwaliteit als prijs.

Het is dan ook niet de vraag óf innovaties tot stand komen, maar de kunst is hoe die innovaties ten goede kunnen komen aan de zelfredzaamheid van de patiënten en de doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg. Wat opvalt is dat sommige zorgaanbieders koploper zijn bij innovaties en anderen liever blijven doen wat ze altijd al doen. Daarnaast blijkt dat innovaties de ene keer sneller navolging krijgen dan wenselijk is vanuit doelmatigheid, en dat soms een innovatie met veel potentieel niet verder komt dan de experimentele fase. Dit geldt zowel voor procesinnovaties als technologische innovaties. Bekende knelpunten bij procesinnovaties zijn verkeerde prikkels bij zorgaanbieders en het bestaan van schotten tussen de verschillende domeinen in de zorg. Deze schotten kunnen leiden tot ondoelmatigheid en verhinderen soms de gewenste samenwerking over de schotten heen. Technologische innovatie kan wenselijk zijn voor verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid, maar heeft tegelijkertijd het risico dat het ongericht wordt ingezet wat weer ten koste gaat van de doelmatigheid. Tot slot gaat het bij innovatie niet alleen om het introduceren van gewenste vernieuwing, maar ook om het aanpakken van bestaande ondoelmatigheid.

In het IBO Universitair Medische Centra (2012) is onder meer aanbevolen om te komen tot meer transparantie door duidelijkere allocatie en verantwoording van de verschillende financieringsstromen. In het rapport 'Kansrijk Innovatiebeleid' (uit 2016) zijn door het CPB de mogelijkheden van de overheid onderzocht om met innovatiebeleid de spanning tussen kennisdeling en inkomen proberen te verminderen en zo de welvaart te vergroten. Uit de kamerbrief over visie op geneesmiddelen blijkt dat er voornemens zijn om ruimte te scheppen voor nieuwe ideeën en modellen om geneesmiddelen te ontwikkelen en op de markt te brengen. In dit IBO ligt de focus op procesinnovatie maar ook op doelmatige technologische innovatie in de curatieve zorg en langdurige zorg.

### **Onderzoeksvragen voor een IBO Innovatie in de zorg**

Het doel van dit IBO is om inzicht te krijgen in de effectiviteit van een mix aan overheidsinterventies bij innovatie ter bevordering van de kwaliteit van zorg en/of beheersing van de zorguitgaven. In dit onderzoek wordt specifiek gekeken naar de belemmeringen in het opschalen van innovaties door de zorgaanbieders, de rol van de overheid en zorgverzekeraars hierin en het kunnen voldoen aan de ondersteunings- en zorgbehoeftes vanuit burger-, cliënt- en patiëntperspectief. De volgende kernvragen worden hiervoor gesteld:

1. Op welke wijze kan innovatie in de zorg bijdragen aan betere kwaliteit en doelmatigheid? Kijk hierbij expliciet naar de kennis en ervaringen uit de praktijk, ook buiten de zorg en in het buitenland.
2. Welke factoren maken dat innovatie in de zorg van de grond komt en navolging krijgt en welke factoren belemmeren en beteugelen zorgvernieuwing?
3. Wat zijn de rollen van de verschillende actoren ten aanzien van innovatie in relatie tot kwaliteit en doelmatigheid? En wat kan VWS als systeemverantwoordelijke doen om de verschillende actoren hun rol beter te laten invullen?

Hierbij wordt in ieder geval ingegaan op de beloningsstructuur/verdienmodellen, infrastructuur zorglandschap en kennisdeling/samenwerking van zorgaanbieders.

### **Reikwijdte onderzoek en onderzoeksaanpak**

In dit IBO ligt de nadruk op verbetering van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt, en de betaalbaarheid en doelmatigheid van de zorg. De werkgroep geeft antwoord op bovenstaande vragen aan de hand van literatuuronderzoek, praktijkvoorbeelden in binnen- en buitenland, en interviews met experts. Indien nodig dan kan de IBO-werkgroep besluiten tot aanvullend onderzoek. De IBO-werkgroep komt met beleidsvarianten die ingaan op hoe kwaliteit en doelmatigheid van de zorg verder vergroot kan worden door procesinnovaties en technologische innovaties, en hoe de overheid belemmeringen voor innovatie kan beperken of uit de weg kan ruimen. Hierbij is aandacht voor gepast gebruik en betaalbaarheid van zorg en de daarbij behorende rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. In beginsel mogen de te ontwikkelen beleidsvarianten per saldo niet leiden tot additionele uitgaven.

### **Samenstelling werkgroep**

Leden van de werkgroep zijn: Financiën, VWS, AZ, EZ, OCW, BZK en het CPB. Verder zullen eventueel externe deskundigen worden uitgenodigd deel te nemen aan de werkgroep. Het Zorginstituut, TNO en ZonMw en andere organisaties met een brede expertise op het terrein van innovatie binnen en buiten de zorg, zullen bij de uitwerking van de onderzoeksvragen worden betrokken. De werkgroep staat onder leiding van een onafhankelijke voorzitter. De voorzitter wordt ondersteund door een secretariaat van Financiën en VWS. De werkgroep start in september 2016 en rondt haar eindrapport uiterlijk 1 april 2017 af. De omvang van het rapport is niet groter dan 30 bladzijden plus een samenvatting van maximaal 5 bladzijden.



## Bijlage 2 Bronnen

- ABN AMRO (2016). Health impact bonds. Een nieuw financieringsinstrument voor de gezondheidszorg.
- Accelerated Access Review: Final Report. Review of innovative medicines and medical technologies
- Actal (2015). Sectorscan innovatie medische hulpmiddelen.
- Autoriteit Consument en Markt (2017). Toetredings- en groeirempels op de zorgverzekeringsmarkt
- Celsus Academie (2016). Stimuleren innovatie in de zorg.
- Celsus Academie voor betaalbare zorg (2016). Doelmatige innovatie in de zorg. Nijmegen. Abma, I., Hove ten, K., Ranke, S., Rovers, M., Adang, E., Jeurissen, P. & Wees van der, P.
- CPB (2012). Keuzes in kaart 2013-2017.
- CPB (2016). Kansrijk innovatiebeleid.
- Crown (2016). Accelerated Access Review: Final Report, Review of innovative medicines and medical technologies.
- Djulbegovic, B., Kumar, A., Glasziou, P., Soares, H. et al (2012). New treatments compared to established treatments in randomized trials.
- EY (2016). Barometer Nederlandse Gezondheidszorg 2016.
- Fermont, J.M., Douw, K.H.P., Vondeling, H., IJzerman, M. (2016). Ranking medical innovations according to perceived health benefit.
- Gezondheidsraad (2011). Medische producten: nieuw en nodig! Achtergrondstudies bij de investeringsagenda voor onderzoek naar innovatieve en relevante medische producten.
- Gezondheidsraad (2016). Onderzoek waar je beter van wordt. Een heroriëntatie op UMC onderzoek.
- Health Holland. <http://www.health-holland.com/portal?theme=&category=&keyword=mkb>
- Holstrom, B. & Milgrom, P. (1994). The Firm as an Incentive System. The American economic review
- ING (2015). Verbeteren door te verbinden, Naar geïntegreerde eerstelijnszorg in 2025.
- INSEAD (2016). The Global Innovation Index 2016 Winning with Global Innovation.
- Institute for positive health. <http://www.ipositivehealth.com/>
- IPSE Studies (2012). Zorg voor versnelling. Empirisch onderzoek naar het effect van innovaties op de doelmatigheid van Nederlandse ziekenhuizen in de periode 2003-2009.
- Janssen, M., Stoopendaal, A. & Putters K. (2015). Situated novelty: Introducing an process perspective on the study of innovation.
- Kamerbrief 'e-Health en zorgverbetering' 629334-122961-CZ 2 juli 2014
- Kamerbrief 'Subsidie Fair Medicine' 1019049-155169-GMT 30 september 2016
- Kamerbrief 'Toekomst van de Wet op bijzondere medische verrichtingen' 1007120-154223-CZ 28 oktober 2016
- Kamerbrief 'Uitkomsttransparantie voor samen beslissen' 88120-160700-MC 21 februari 2017
- Kamerbrief 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke Pakkettoelating' 1097913-161382-Z 21 februari 2017
- Kamerbrief 'Aanbieding rapport Tussentijdse evaluatie TKI-toeslagregeling' DGBI / 16145854 7 oktober 2016

- Kamerbrief 'Goede zorg vraagt om goed bestuur - Beleidskader' 848444-142800-MC 13 januari 2016
- Kamerbrief 'Goede zorg vraagt om goed bestuur' 848444-142800-MC 13 januari 2016
- Kamerbrief 'Herinrichting van de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating' 1097913-161382-Z 21 februari 2017
- Kamerbrief 'Medisch technologische innovatie en topsector Life Science and Health' 809213-139821-GMT 5 oktober 2015
- Kamerbrief 'Ruimte voor vernieuwing door toekomstbestendige wet- en regelgeving' AEP / 15079841 20 juli 2015
- Kamerbrief 'Visie op geneesmiddelen: Nieuwe geneesmiddelen snel bij de patiënt tegen aanvaardbare kosten' 899467-145972-GMT 29 januari 2016
- Kamerbrief 'Voortgangsrapportage eHealth en zorgverbetering" 844313-141855-IenZ 8 oktober 2015
- KPMG Plexus (2016). Wie doet het met wie?
- Ministerie van Financiën (2010). Rapport brede heroverwegingen. 8. Innovatie en toegepast onderzoek.
- Nictiz (2015). Advies ter verbetering van informatie uitwisseling in de zorg.
- Nivel (2015). Tussen vonk en vlam. E-health monitor 2015.
- Nivel (2016). Meer dan techniek eHealth-monitor 2016
- NVZ (2016). 25 jaar patiënt in beeld. Nieuwegein.
- Nza (2010). Rapport Ruimte voor Innovatie. De rol en voornemens van de NZa bij innovaties in de zorg.
- OECD (2005), Oslo Manual: Guidelines for Collecting and Interpreting Innovation Data
- OECD (2016). Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. Parijs.
- Putters, K. e.a. (2006). Vertrouwen voor en door innovatie. Over de noodzaak van checks & balances bij vernieuwingsprocessen in de zorg. Tilburg University.
- Putters, K., Breejen den, E., Frissen, P.H.A., Winst van zorgvernieuwing (2009). Van Gorcum, Assen
- Putters, K., E., Frissen, P.H.A. & Foekema, H., Zorg om vernieuwing (2006). TNS-Nipo
- Rotterdam School of Management (2015). Onderzoeksrapport innovatiemonitor 2015.
- RVO. <http://www.rvo.nl/onderwerpen/innovatief-ondernemen/research-development/health-deals>
- RVS (2017). Briefadvies Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte
- RVZ (2005). Weten wat we doen, verspreiding en innovaties in de zorg. Zoetermeer.
- Rvz (2010). Ruimte voor arbeids-besparende innovaties in de zorg. Door slimmer werken meer kwaliteit met minder mensen.
- SCP (2015). Zorgen over de zorg: bevindingen in recent onderzoek naar de publieke opinie over de gezondheidszorg.
- Smarthealth <http://www.smarthealth.nl/2016/09/08/apple-gezondheidsapp-app-store/>
- SMO (2016). Sociaal ondernemerschap: De beweging naar nieuwe hybride modellen voor een andere toekomst.
- TNO (2013). Innoveren voor Gezondheid , Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg. Oegstgeest: Wevers, C. & Gijsbers, G.
- TNO (2013). Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg.
- VWS (2014). De maatschappij verandert. Verandert de zorg mee?

- Zorginstituut Nederland (2015). Kosteneffectiviteit in de praktijk. Diemen.
- Zorginstituut Nederland (2016). Voorwaardelijke toelating tot het basispakket. Voortgangsrapportage 2016.
- Zorginstituut Nederland.  
<https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/werkwijze+pakketbeheer/voorwaardelijke+toelating>

## Bijlage 3 Samenstelling IBO-werkgroep

<b>Naam</b>	<b>Plaatsvervanger</b>	<b>Organisatie</b>
prof. dr. L.J. Gunning-Schepers (voorzitter)		Maastricht University
prof. dr. P.L. Iske		MinVWS
drs. G.G.J. Klein Ikkink	C.J.M van Ruiten Msc	MinAZ
drs. L.M. Brinke	drs. K. Kuipers	MinEZ
drs. F.W. Suijker	drs P.M. van Baak	MinFin
dr. J.J.J. Jonker	drs. W. van Goudoever	MinBZK
drs. T. Livius MPA	drs. A.M. Betten	MinOCW
dr. ir. A.J.M. van Loon		CPB
dr. M.J. Bijlsma	dr. R.F.T. Aalbers	MinFin
ir. H.M. Polet (secretaris)	drs. T. Hendriks	MinVWS
drs. F.E. Robben (secretaris)	mr. drs. P. Boone	

## Bijlage 4 Betrokken experts

<b>Naam</b>	<b>Organisatie</b>
P. Bennemeer	Ziekenhuis Bernhoven
Prof. dr. J.L.T. Blank	EUR/TU Delft/IPSE
J. de Blok	Buurtzorg
drs. F. Bolle	V&VN
prof. dr. R.J. Boucherie	Universiteit Twente (CHOIR)
drs. M. Brands	NPCF
prof. dr. M. Canoy	Publicist/ACM/Pakketcommissie
prof. dr. N.H. Chavannes	LUMC
dr. J.W.T Dekker	Reinier de Graaf gasthuis
dr. R.F. Dijkstra	NHG
dr. ir. D.A.J. Dohmen	Focus cura/ RVS
dhr. J. Ebben PharmD	SIZA
dhr. G. van den Enden MBA	Ziekenhuis Bernhoven
dr. I. Geesink	Rathenau instituut
prof. dr. Ir. E. Hans	Universiteit Twente (CHOIR)
M. Heidenrijk	Joep Lange Institute
dr. D. Hermans	Vita Valley
prof. dr. P.C.W. Hogendoorn	LUMC
dr. M. Janssen	EUR
prof. dr. J. Kimpe	Philips
drs. S. Koopman	NZa
A. Koornstra MPH	GGD/GHOR NL
drs. J.C.E. Kursten	NZa
drs. J. Maljers MD MBA	Zorgondernemer
drs. R. Manna	ZonMw
drs. J.G. Manshanden MPA	Gemeente Utrecht/RVS
dr. M.C. Mikkers	NZa/Tilburg University
prof. dr. C.L. Mummery	LUMC
drs. C.A.C.M. Oomen	DSW
prof. dr. K. Putters	SCP
prof. dr. J.A.M. Raaijmakers	UU/Topsector Life Sciences and Health
prof. dr. A.J. Rabelink	LUMC
drs. I. Renes	Zilveren Kruis
prof. dr. M.P. Schijven	UvA en AMC
dr. K.J.M. Schimmel	LUMC
drs. R. Strijk	Gemeente Leiden
drs. A.-M. Schoonhoven	Zilveren Kruis
P. Timmerman	ZKN
prof. dr. R.J. van der Veen	EUR/SER/Pakketcommissie
prof. dr. C. Wagner	Nivel
drs. P. van der Velpen	GGD Amsterdam-Amstelland
prof. dr. L.H.L. Winter	Zorgondernemer/ RVS
prof. dr. L. P de Witte	University of Sheffield

## Bijlage 5 Beleidsinzet van VWS

Met het oogmerk de opschaling van veelbelovende initiatieven te bevorderen, heeft het ministerie van VWS, deels ook in samenwerking met het ministerie van EZ, de afgelopen jaren gaandeweg een actievere overheidsrol ontwikkeld. Vanwege de veelvormigheid van de problematiek is daarbij gekozen voor een breed scala aan beleidsmatige initiatieven. Deze zijn samengebracht in een programma Innovatie en Zorgvernieuwing, dat begin 2015 van start is gegaan. Leidende gedachte achter het programma is dat de impact van technologisch ondersteunde procesinnovatie in de laagcomplexiteit zorg minstens zo groot zal zijn als die van productinnovatie in de hoogcomplexiteit zorg, én zal kunnen bijdragen aan aanzienlijke kostenbesparingen.

Beschikbaarheid van en snelle ontwikkelingen in informatie- en communicatietechnologie maken het mogelijk dat we zorgprocessen zo inrichten dat zij optimaal bijdragen aan kabinetsdoelstellingen van zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg. Zorg is steeds minder gebonden aan tijd of plaats, en kan steeds meer in de eigen omgeving worden georganiseerd ("van wachtkamer naar woonkamer"). Mensen kunnen hun eigen gezondheidsparameters monitoren en delen met hun arts, en patiënten krijgen een steeds gelijkwaardiger informatiepositie en kunnen daardoor meebeslissen over hun behandeling. Stroomlijning van zorgprocessen, voorkomen van onnodig ziekenhuisbezoek en medische fouten, verbetering van diagnosestelling, verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn en naar de thuissituatie, het mogelijk maken van het langer zelfstandig thuis blijven wonen, al deze ontwikkelingen dragen niet alleen bij aan welbevinden en betere zorguitkomsten, maar ook aan kosten- en arbeidsbesparing<sup>60</sup>.

Maar terwijl deze 'low tech high impact' innovaties belangrijk zijn voor betere zorg en meer kwaliteit van leven, komen zij minder vanzelfsprekend van de grond dan high tech productinnovaties. Op elk denkbaar terrein is wel een voorbeeld van uitmuntende zorg te vinden. Opschaling van die goede voorbeelden naar andere plaatsen of regio's komt echter maar moeizaam tot stand. Best practices blijven in proeftuinen hangen of beperken zich tot lokale implementaties. In de door VWS gemaakte analyse is daarvoor een belangrijke oorzaak dat grootschalige introductie van digitaal ondersteunde procesinnovatie in de zorg betekent dat werkprocessen, bestaande verhoudingen en beroepsprofielen veranderen of zelfs verdwijnen. Zo'n omslag vraagt het nodige van de mensen die in de zorg werken en betekent ook voor burgers en patiënten fikse veranderingen. Dat brengt onzekerheden met zich mee op financieel, bedrijfseconomisch, organisatorisch en zorginhoudelijk terrein. Gevestigde belangen zijn in het geding en nieuwe samenwerkingsvormen over traditionele domeinen heen zijn vereist. Deze transitie doet een aanzienlijk beroep op de wil en het vermogen tot verandering van alle betrokkenen. De condities waaronder deze inzet wordt gevraagd zijn niet altijd optimaal. De laatste jaren is het besef gegroeid dat een gerichte inzet nodig en mogelijk is op de verbetering van de randvoorwaarden waaronder innovatie kan floreren. Zo laat

<sup>60</sup> Een recente studie van SIRM duidt op een besparingspotentieel door ontschotting en slimmer inrichten van zorg van 1,5 mld Euro in 2022. McKinsey berekende voor de Zweedse situatie een mogelijke besparing van 25% in 2025. Een recente Guptastudie naar kosten en baten van persoonlijke gezondheidsomgevingen indiceert 10 jaar na invoering een besparing van 4.6 mld. Deze studies zijn op aannames met een hoge mate van onzekerheid gebaseerd. Dat neemt niet weg dat substantiële besparingsmogelijkheden voorzienbaar zijn.

het ICT-landschap in de Nederlandse zorg zich nog als een lappendeken karakteriseren, met veel situaties van verdor lock-in en gebrek aan standaardisering, waardoor uitwisseling en beschikbaarheid van gegevens worden gehinderd. Op een dergelijke 'onvruchtbare grond' is het lastig opschalen. Ook het regelgevingscomplex in het zorgstelsel is niet altijd even bevorderlijk voor zorgvernieuwing, daar waar het vaak gericht is op instandhouding van het bestaande. Velen zijn onvoldoende wegwijs in de complexiteit om optimaal gebruik te kunnen maken van de ruimte die er is.

Vanuit die analyse heeft VWS een aantal programmatische actielijnen ontwikkeld, gestoeld op drie onderliggende principes. In de eerste plaats is in alle initiatieven het leidmotief: 'patient included'. Bij alle bijeenkomsten en trajecten zijn patiënten op basis van gelijkwaardigheid betrokken. Congressen en symposia kunnen (informeel) gecertificeerd worden als 'patient included' als zij aan een aantal voorwaarden voldoen. Een tweede kenmerk is dat de overheid een activerende en faciliterende rol zoekt, zonder verantwoordelijkheden van partijen over te nemen. In de praktijk betekent dat partijen bij elkaar brengen, procesbegeleiding bieden, proberen te helpen knelpunten te verhelpen en veel aandacht genereren voor geslaagde initiatieven. Een derde in het oog springende karakteristiek is dat betrokkenheid bij individuele casuïstiek (die voorheen buiten het bereik van de stelselverantwoordelijkheid werd gedefinieerd) niet wordt geschuwd. Enerzijds om te leren van de praktijk en vanuit die praktijk interventies te ontwikkelen die mogelijk ook elders toepasbaar zijn, anderzijds om als overheid door daadwerkelijke aanwezigheid ook engagement te tonen.

#### **Box Actielijnen VWS programma Innovatie en zorgvernieuwing**

- In het Informatieberaad werken zorgpartijen onder voorzitterschap van VWS samen aan implementatie van standaarden voor gegevensuitwisseling, via een roadmap met gezamenlijk geformuleerde outcomedoelen.
- De overheid financiert met zorgverzekeraars het ontwikkelen van een afsprakenstelsel voor persoonlijke gezondheidsomgevingen (Medmij), en participeert daar actief in.
- Het kabinet heeft 105 mln euro ter beschikking gesteld voor het maken van een inhaalslag op de ICT van ziekenhuizen gericht op het ontsluiten en uitwisselen van persoonlijke medische gegevens.
- Het kabinet heeft 20 mln euro ter beschikking gesteld voor het opschalen van veelbelovende initiatieven (Fasttrack). Naast de financiële impuls in de vorm van kapitaalverschaffing voorziet de versnellingsroute van Fasttrack in het ondersteunen met kennis en expertise en het helpen formeren van opschalingscoalities.
- De overheid (VWS/EZ) stimuleert en begeleidt het tot stand komen van Health Deals: multipartijenovereenkomstengericht op doorbraken in implementatie en opschaling.
- De overheid stimuleert en begeleidt Health Impact Bonds, waarbij private investeringen kunnen worden terugverdiend met besparingen op collectieve lasten.
- VWS onderzoekt mogelijke belemmeringen in regelgeving op het gebied van bekostiging, richtlijnen en pakkettoelating en neemt initiatieven om deze te verhelpen.
- VWS bevordert kennis- en expertise-uitwisseling door op landelijk niveau de (10) zorginnovatieregios met elkaar te verbinden.

- VWS en EZ organiseren een tweemaandelijks MKB-panel waar innovatoren bijeenkomen om ervaringen te delen en de overheid te wijzen op mogelijke belemmeringen in regelgeving.
- VWS stimuleert het incorporeren van digitaal ondersteunde zorg in opleidingscurricula van basisopleidingen en bij- en nascholing, en ontwikkelt zelf een innovatiecurriculum voor managers van zorginstellingen.
- VWS bevordert de toegankelijkheid van kennis en expertise met Zorg voor innoveren, een samenwerkingsverband van ZonMw, Zin en NZa.
- VWS organiseert samen met het zorgveld grootschalige evenementen zoals de internationale e-healthweek en de nationale e-healthweek.

Onderliggende notie van het kabinet in deze pragmatische aanpak is de idee dat het 'uitrollen' van best practises, in de vorm van het kopiëren van een geslaagde procesinnovatie naar andere plekken, in de praktijk niet blijkt te werken. Het wiel hoeft niet steeds opnieuw te worden uitgevonden, maar wel voor elk 'ecosysteem' c.q. lokale situatie op maat gemaakt. Elk ecosysteem van samenwerkende partijen zal voor elke serieuze vernieuwing zijn eigen proces moeten doormaken, juist omdat het zoekproces waarin die vernieuwing gestalte krijgt enerzijds bepaald wordt door de specifieke constellatie van partijen en anderzijds ook contextspecifieke uitkomsten genereert. Dit leren in, van en met de praktijk is voor de betrokken ambtenaren - en bewindspersonen - een nieuwe 'tak van sport'. Het vergt van een open vizier op wat zich afspeelt in veld en samenleving, een goed gevoel voor kansrijke ontwikkelingen en een kwetsbare opstelling naar stakeholders. Juist in de zorg, waar 'niemand de baas is' en niets tot stand komt zonder medewerking van alle betrokkenen, lijkt zo'n benadering het verder ontwikkelen waard.

Gelet op de korte tijd dat deze benadering operationeel is, is het nog ruimschoots te vroeg voor een evaluatief standpunt. Wel heeft het ministerie van VWS zelf een aantal aandachtspunten voor verbetering geïdentificeerd.

De brede waaier aan actielijnen, uitgevoerd met relatief beperkte personele capaciteit, leidt soms tot verdringing op een aantal trajecten die een langere adem behoeven. Een meer gerichte focus op een aantal onderwerpen, zoals benoemd in hoofdstuk 6, zou de effectiviteit ten goede kunnen komen.

Daarnaast kan er meer aandacht zijn voor de uitstraling van het ene beleidsterrein naar het andere, en de hefboomwerking die daar van uit kan gaan. Zo vergroot betere beschikbaarheid van eenduidige uitkomstgegevens niet alleen de mogelijkheden om zorginkoop en bekostiging daar op te enten, maar biedt het ook nieuwe kansen om onderzoek sneller, goedkope en gepersonaliseerde uit te voeren. Vanuit de analyse dat de 'vraagzijde' nog de nodige mobilisatie behoeft, kan op verschillende fronten de patiëntparticipatie nog verbeterd worden. Een systematischer aanpak van het ontdekken van nieuwe wegen voor patiënteninvloed, zoals een meer activistische benadering in regio's waar ontwikkelingen onvoldoende snel gaan, lijkt vruchtbaar te kunnen zijn.

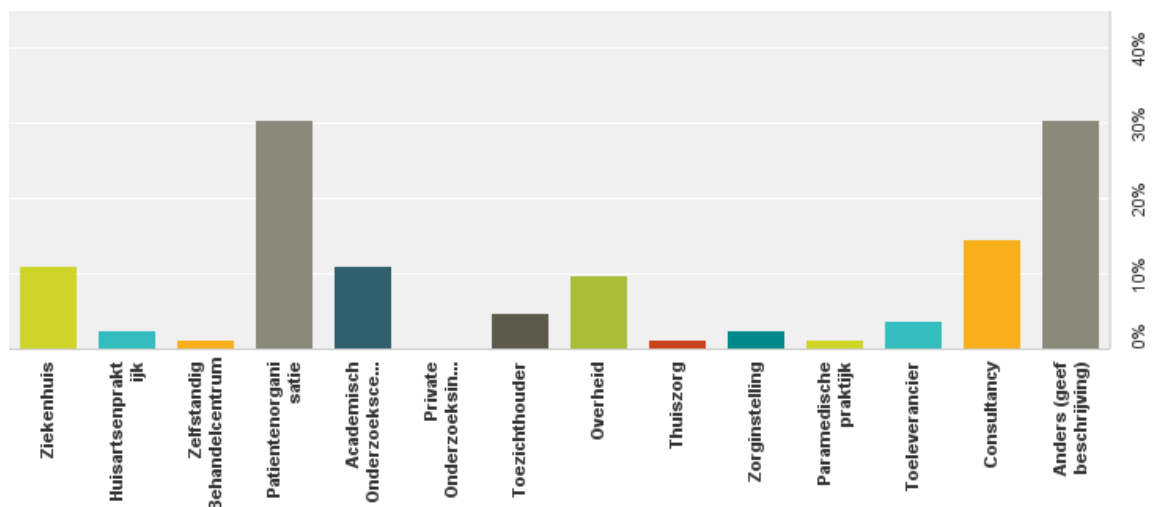
Tot slot lijken mogelijke nieuwe zorgakkoorden een plek om de verschillende actielijnen in onderlinge samenhang, geschraagd door een gezamenlijke beleidsagenda waar betrokken partijen voor getekend hebben.



## Bijlage 6 Celsus rapport "Doelmatige innovatie in de zorg"

## Bijlage 7 Survey Klimaat voor Innovatie in de zorg

Doel van dit deel van het IBO is een onderzoek naar het klimaat voor innovatie binnen de zorg. Enerzijds is gekeken naar de perceptie van innovatie: hoe relevant is het en wat zijn de kenmerken van innovatieve activiteiten/projecten. Anderzijds is gekeken naar de condities binnen organisaties en de sector als geheel voor innovatieve activiteiten. Wat is de impact van de complexiteit van de sector op het innovatieproces?



*Figuur 1. Verdeling over de verschillende groepen respondenten*

De volgende onderwerpen werden bevroegd:

1. Opzetten en uitvoeren van projecten
2. Klimaat voor innovatie
3. Klimaat met betrekking tot experimenteren en leren

De vragen werden gesteld op 3 niveaus: Individueel, Organisatie, Sector

Er is gebruik gemaakt van meerkeuzevragen volgens de Likertschaal, met ruimte voor vrije tekst opmerkingen. De Likertschaal is een doorgaans schriftelijke methode om moeilijk te kwantificeren gegevens toch te kunnen ondervragen en te kunnen behandelen op ordinaal meetniveau. Doordat een Likert-schaal een evenwichtige schaal met antwoordkeuzen aan beide zijden van een neutrale optie biedt kan men graderingen van meningen over een specifiek onderwerp vaststellen.

Enige controlevragen werden gesteld voor verdere analyse, zoals de achtergrond en functie van de respondenten.

### Respondenten

Uit diverse netwerken zijn 165 mensen aangeschreven, waarvan 51 de vragenlijst hebben ingevuld. Via de Patient Academy van Novartis zijn patiëntenorganisaties benaderd. Hiervan hebben er 22 gereageerd. Via een doorgestuurde weblink zijn nog 5 andere inzendingen binnengekomen, waarmee het totaal aantal respondenten op 82 is uitgekomen, redelijk verdeeld over de diverse stakeholdergroepen.

**M.b.t. Projecten:**

In de organisatie worden doorgaans duidelijke doelen gesteld, wordt tussentijds regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd. Na afloop wordt minder vaak aandacht besteed aan 'double-loop learning' (en bij patiëntenorganisaties scoort dit lager dan het gemiddelde). Individueel is men erg gericht op resultaat en reflecteert men doorgaans wel op de eigen werkwijze. Sector breed is men minder uitgesproken over de resultaatgerichtheid en de aandacht voor reflectie.

	Helemaal Onwaar	Grotendeels Onwaar	Neutraal	Grotendeels Waar	Helemaal Waar	Totaal	Gewogen gemiddelde
In de sector worden activiteiten goed gecoördineerd tussen de verschillende partijen	9,76% 8	58,54% 48	19,51% 16	12,20% 10	0,00% 0	82	2,34
In de zorgsector telt het resultaat	1,22% 1	31,71% 26	36,59% 30	28,05% 23	2,44% 2	82	2,99
In de zorgsector is ruimte voor reflectie	3,66% 3	40,24% 33	34,15% 28	21,95% 18	0,00% 0	82	2,74

*Figuur 2. Over (innovatie)projecten in de zorg*

Patiëntenorganisaties schatten de ruimte voor reflectie groter in dan de gemiddelde betrokkene.

In de opmerkingen wordt het belang van stakeholderanalyse nog eens benadrukt.

**M.b.t. innovatie**

Wanneer het gaat om activiteiten/projecten met een innovatief karakter, valt het op dat men het belang van innovatie onderkent en dat organisaties daarbij het patiënt/cliënt-perspectief zwaar laten meewegen (en dit geldt, niet geheel en al onverwacht, nog sterker voor patiëntenorganisaties). Er is niet altijd een duidelijke strategie.

Sector breed is men aanzienlijk minder positief. Op een aantal vragen wordt laag gescoord, met name op de vragen die te maken hebben met gezamenlijke/open innovatie en het implementeren van innovaties. Met name de combinatie van lage scores op de drie gerelateerde suggereren problemen bij de overstap van 'Proof of Concept' naar 'Proof of Business'. Ook het stoppen van innovatieve projecten en het leren van buiten scores laag. Hiermee komt een beeld naar voren van een sector waarin partijen afzonderlijk wel willen maar gezamenlijk niet (voldoende) kunnen innoveren. Het multi-stakeholder aspect speelt hierbij een hoofdrol, waarbij zowel onbegrip als conflicterende belangen een rol spelen.

	Helemaal Onwaar	Grotendeel Onwaar	Neutraal	Grotendeels Waar	Helemaal Waar	Totaal	Gewogen gemiddelde
In de zorgsector is veel aan het veranderen	0,00% 0	7,32% 6	12,20% 10	60,98% 50	19,51% 16	82	3,93
De zorgsector staat open voor vernieuwing	3,66% 3	35,37% 29	40,24% 33	19,51% 16	1,22% 1	82	2,79
In de zorgsector is er te veel aandacht is voor innovatie	13,41% 11	52,44% 43	25,61% 21	8,54% 7	0,00% 0	82	2,29
In de zorgsector wordt diversiteit van mensen en organisaties benut	7,32% 6	45,12% 37	40,24% 33	6,10% 5	1,22% 1	82	2,49
In de zorgsector worden projecten tijds gestopt	12,20% 10	37,80% 31	47,56% 39	2,44% 2	0,00% 0	82	2,40
In de zorgsector is het voor partijen makkelijk om samen te innoveren	18,52% 15	59,26% 48	19,75% 16	2,47% 2	0,00% 0	81	2,06
In de zorgsector is het makkelijk om over te stappen op nieuwe manieren van werken	23,17% 19	64,63% 53	10,98% 9	1,22% 1	0,00% 0	82	1,90
In de zorgsector verspreiden waardevolle innovaties zich makkelijk	26,83% 22	48,78% 40	21,95% 18	2,44% 2	0,00% 0	82	2,00
In de zorgsector is het eenvoudig te achterhalen wat de nieuwste ontwikkelingen zijn	15,85% 13	37,80% 31	29,27% 24	17,07% 14	0,00% 0	82	2,48

Figuur 3. Scores m.b.t. innovatieklimaat in de zorg

Respondenten binnen patiëntenorganisaties hebben een positiever beeld van het klimaat voor innovatie dan het gemiddelde van alle respondenten. Met name de vraag of de sector open staat voor vernieuwing wordt door respondenten uit patiëntenorganisaties positiever beantwoord.

**M.b.t. Experimenteren en Leren**

Op zich komt er een vrij divers beeld naar voren. De druk van binnen om risico's te mijden en het maken van fouten te voorkomen wordt binnen organisaties niet altijd als een groot probleem ervaren. Wel wordt de druk van buitenaf sterk gevoeld, en dan vooral door zorgverleners (inclusief huisartsen en specialisten).

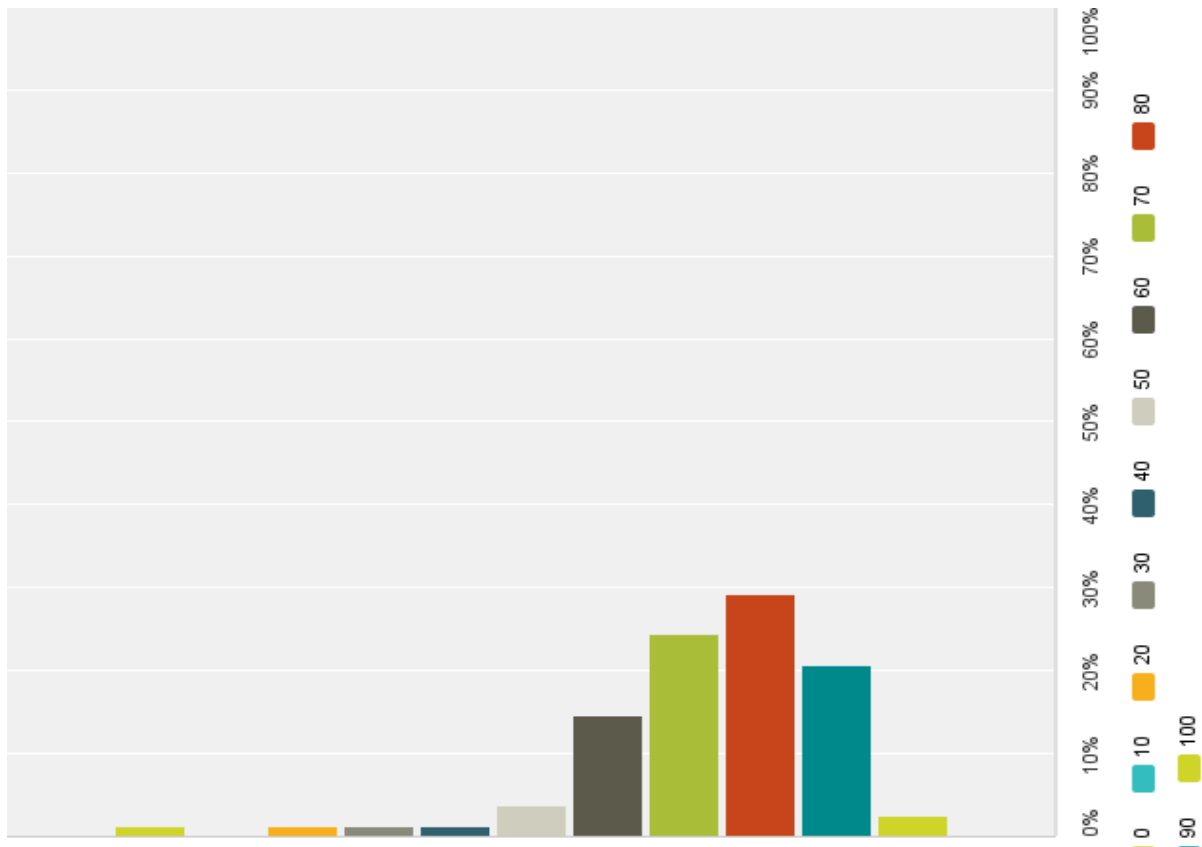
	Helemaal Onwaar	Grotendeels Onwaar	Neutraal	Grotendeels Waar	Helemaal Waar	Totaal	Gewogen gemiddelde
De zorgsector is risicomijdend	1,22% 1	2,44% 2	19,51% 16	67,07% 55	9,76% 8	82	3,82
In de zorgsector leert men van zaken die anders lopen dan gepland	1,22% 1	28,05% 23	48,78% 40	19,51% 16	2,44% 2	82	2,94
Partijen binnen de zorgsector moedigen elkaar aan om te experimenteren	1,10% 5	56,10% 46	35,37% 29	2,44% 2	0,00% 0	82	2,34
In de zorgsector is sprake van 'georganiseerde domheid'	4,88% 4	18,29% 15	45,12% 37	28,05% 23	3,66% 3	82	3,07
In de zorgsector is voldoende wederzijds vertrouwen	10,98% 9	48,78% 40	35,37% 29	4,88% 4	0,00% 0	82	2,34
Door druk van buiten durft men in de zorgsector niet te mislukken	1,22% 1	9,76% 8	36,59% 30	45,12% 37	7,32% 6	82	3,48
In de zorgsector blijven mislukkingen binnenskamers	2,44% 2	17,07% 14	29,27% 24	39,02% 32	12,20% 10	82	3,41
In de zorgsector is men voldoende in staat om risico's vooraf in kaart te brengen	3,66% 3	31,71% 26	36,59% 30	25,61% 21	2,44% 2	82	2,91
Systeemfalen is de belangrijkste oorzaak van mislukkingen in de zorgsector	3,66% 3	4,88% 4	42,68% 35	37,80% 31	10,98% 9	82	3,48
In de zorgsector is sprake van het 'not-invented-here' syndroom, waardoor innovaties niet worden opgepikt	1,22% 1	6,10% 5	23,17% 19	48,78% 40	20,73% 17	82	3,82
In de zorgsector zou meer aandacht moeten komen voor leren van mislukkingen	0,00% 0	2,47% 2	11,11% 9	55,56% 45	30,86% 25	81	4,15
In de zorgsector is voldoende tijd en aandacht voor evaluatie van innovatietrajecten	7,41% 6	53,09% 43	27,16% 22	12,35% 10	0,00% 0	81	2,44

Figuur 4. Klimaat voor Experimenteren en Leren

Men vindt dat de sector in het algemeen wel risicomijdend is, en dat men elkaar nauwelijks aanmoedigt om te experimenteren. Er wordt een beeld geschetst waarin het wederzijds vertrouwen niet heel groot is. Er is regelmatig sprake van het not-

invented-here syndroom en mislukkingen worden niet altijd naar buiten gebracht. Mislukkingen worden regelmatig met systeemfalen in verband gebracht. Men hecht sterk aan het leren van mislukkingen, maar er is niet altijd voldoende tijd voor evaluatie van innovatieve activiteiten.

Binnen patiëntenorganisaties voelt men deze druk minder. Ongeveer de helft van de respondenten geeft aan weleens een briljante mislukking te hebben ervaren.



*Figuur 5. Benutten van menselijk/kenniskapitaal*

**Benutten van Kennis:**

Er is veel kennis nodig en aanwezig om zorg te kunnen organiseren en uitvoeren. Innovatie in de zorg vereist ook competenties op het gebied van innovatie, samenwerken, creativiteit etc. Aan de respondenten is ook de vraag voorgelegd of hun kennis wel wordt benut. Dit is geen 'wetenschappelijk geformuleerde' vraag, maar de antwoorden geven wel een eerste impressie in het onbenutte potentieel van het kenniskapitaal (zie ook Iske (2016)). Het gemiddelde van de antwoorden op de vraag: "Welk percentage van uw talent, uw kennis, ideeën en ervaringen gebruik u in uw werk?" is 73%, hetgeen vergelijkbaar is met de resultaten van een benchmark onder meer dan 1000 respondenten uit diverse sectoren. Uit aanvullend onderzoek in het verleden blijkt dat men dit getal moet interpreteren als een signaal dat (zorg)professionals veel kennis hebben en gebruiken, maar dat een deel van de ervaringen en ideeën niet wordt gebruikt.

**Een aantal interessante citaten:**

*"Innovatie is 1, implementatie is een totaal ander verhaal die vaak vele drempels en weerstand kent."*

*"Er is een 'verkeerde' aandacht voor innovatie: teveel gericht op gehypte onderwerpen (e.g. value based healthcare) en technologie (wearables) en te weinig gericht op de kernprocessen van de zorg."*

*"Een aantal trends in de gezondheidszorg maakt het kunnen werken met de kennis van dynamische systemen actueel. Door een steeds verdere onderverdeling in specialismen en sub specialismen wordt het steeds lastiger om samenhang te vinden, vooral wanneer blijkt dat de verschillende activiteiten invloed op elkaar hebben. Verder ontwikkelt zich een kwaliteitsbesef dat verder gaat dan wat de zorg levert. Steeds meer nadruk wordt gelegd bij resultaat (resultaat gestuurde zorg) en effecten als persoonlijk, sociaal en maatschappelijk zelfstandig kunnen functioneren op het individueel niveau. Op geaggregeerd niveau telt het effect als vermogen van de samenleving op bijvoorbeeld maatschappelijke en economische kwaliteit. Bij het kwaliteitsbesef groeit de behoefte aan duurzaamheid van resultaat; van nazorg naar voorzorg. Zowel binnen de zorg als door de maatschappelijke context van gezondheid groeit de complexiteit. Om de samenhang te bevorderen is een trend te vinden van multidisciplinair (meerdere disciplines apart) werken via interdisciplinair (behandelplan) naar transdisciplinair (werken vanuit een gezamenlijk concept met inbegrip van de zorgontvanger). De overgang van situatie gericht multidisciplinair werken naar transdisciplinair werken aan gedeeld toekomstperspectief (voor zorg) maakt het kunnen denken en werken met de kennis van dynamische systemen actueel."*

*"Goed bestuur is vaak onderbelicht bij innovatie. Terwijl wetenschappelijk onderzoek van de RSM/Erasmus universiteit aantoont dat het succes van innovatie in de zorg voor 70% afkomstig is van hoe kennis en geld worden georganiseerd."*

*"Lastige van projecten vind ik na de implementatie, evaluatie. Kortom de plan-act-check- do cyclus. Een evaluatiecyclus zou na implementatie van het project wenselijk zijn."*

*"Projecten met duidelijk meetbare resultaten, en onderwerpen waar de toezichthouder belang in stelt lopen het best."*

*"Er wordt te weinig geleerd van algemeen procesmanagement en verandermanagement. Te vaak zelf opnieuw wielen uitvinden, waar het niet nodig is. Tijdelijke projectsubsidies ondersteunen deze werkwijze."*

*"Het speelveld in de zorg is verkokerd en het systeem is verziekt met onjuiste prikkels. Er is geen holistische benadering meer. Er zijn te veel managers en te weinig vakmensen. Men durft niet te vernieuwen omdat de angst voor veranderingen en fouten maken groot is."*

*"Enerzijds is wel veel aandacht voor innovatie, maar voordat de veranderingen ook doordringen tot de werkvloer, kan heel lang duren is mijn ervaring. meer 'gepraat' dan actie, helaas."*

*"De sector kenmerkt zich door fragmentatie, uiteenlopende belangen, onderlinge competitie ipv samenwerking, het wiel opnieuw uitvinden, uitvoeren van projecten is belangrijker dan waarde creëren voor maatschappij en burger. Maatregelen die dit tegengaan zijn dringend noodzakelijk."*

*"Er zijn veel te veel partijen met veel te veel belangen die vaak onvoldoende samenwerken en hun eigen belang stellen boven dat van de patiënt. Het resultaat*



*(gedefinieerd als het beste voor de patiënt is vaak ondergeschikt aan een of andere doelstelling van de eigen partij.)*

*"Betere stakeholder-analyse, gezamenlijke agenda setting tussen artsen en patiëntenorganisaties zullen regie en coördinatie verbeteren."*

*"De veranderkracht is laag vanwege streven naar zorgvuldigheid en risicomijding. Er wordt wel gereflecteerd maar beperkt veranderd. Opmerking bij In de zorgsector telt het resultaat. Definitie van 'resultaat' is onduidelijk. Uiteindelijk telt de impact van de uitkomst op de kwaliteit van leven van de patiënt, niet zozeer de technologische innovatie. "*

*"In de zorgsector is ruimte voor reflectie, al is er ook handelingsverlegenheid (door bij voorbeeld versnippering van verantwoordelijkheden) om tot vernieuwing of verandering te komen."*

*"Er zijn instanties, groepen of teams die leren en innoveren maar er zijn ook instanties, groepen en teams die niet leren en leven in een angstcultuur of waar financiële en imago elementen belangrijker zijn dan innovatie en veranderingen. Daarnaast is bewaken van risico's altijd essentieel omdat het in zorg gaat om mensen en we moeten blijven bewaken dat zorg van goede kwaliteit blijft, ook bij experimenten. Dat de zorg risico mijndend is, is enerzijds goed omdat we zo de kwaliteit bewaken. Anderzijds moeten we juist risico's nemen om vernieuwing mogelijk te maken zonder dat dit een heftige impact heeft op leven en welzijn van patiënten en medewerkers. "*

*"Klimaat voor innovatie is afhankelijk van de personele geleding. Ik vind vooral de federatie van medisch specialisten waar wij mee te maken hebben conservatief. De positie van de patiënt in het overleg is nog buitengewoon lastig. Hoe zo innovatie!"*

*"De cultuur maakt het erg moeilijk om experimenten goed te doen. Er is altijd wel iemand tegen en dan gaat het niet goed. De hulpverleners denken in individuen (of ziektes/tumoren enz.) zij zien zelden het grotere geheel. Zij denken niet in structuren en zijn nauwelijks bij te sturen. Aan medische talenten geen gebrek, wel aan het goed organiseren daarvan. Daarom is er (te) vaak sprake van suboptimale zorg. En een minachting voor de kennis en ervaring van de patiënt zelf. "*

*"Onder 'georganiseerde domheid' zien wij in onze sector / in de ziekenhuiszorg perverse prikkels waardoor innovaties uitblijven. Bestaande zorg wordt goed gefinancierd dus de prikkel ontbreekt om het anders te doen."*

*"Goed bestuur is vaak onderbelicht bij innovatie. Terwijl wetenschappelijk onderzoek van de RSM/Erasmus universiteit aantoont dat het succes van innovatie in de zorg voor 70% afkomstig is van hoe kennis en geld worden georganiseerd. "*

*"Ik heb ooit een heel mooie publicatie gehad in de Journal Clinical Investigation, welke achteraf fout was. De correctie heb ik ook gepubliceerd - kwam in een veel lager tijdschrift."*

*"Per zorginstelling verschillend, maar overal veelal een angstcultuur om iets niet goed te doen."*

*Briljante Mislukking: "Healthy Cities Project van de WHO. Elders in Europa en de wereld succesvol. In Nederland na enkele succesvolle jaren een langzame door gestorven."*

*Briljante Mislukking: "Niercheck in 2006 was een briljante mislukking. Achteraf gezien hebben we er veel van geleerd. Er kwamen veel onterecht positief uitslagen doordat de test in de handen van een leek verkeerd werd afgelezen. Ondanks veel*

*vals positieve uitslagen hebben 1,2 miljoen mensen de test aangevraagd. Resultaat: veel awareness voor nierziekten en draagvlak bij huisartsen voor een betere en efficiëntere manier van opsporen van nierschade. resultaat: de gezondheidscheck voor integrale opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes en nierschade. "*

*"Door als artsen, verpleegkundigen en patiënten samen te werken is vernieuwing mogelijk en lukken zaken die bij eerdere pogingen mislukt zijn binnen BijnierNET. De inbreng van patiënten werd gewantwoord en niet erkend een groot project is daardoor mislukt. Gebrek aan communicatie."*

*"Via het Health Innovation Park (Wilma Koch) in Zwolle zijn mogelijk wel goede voorbeelden van Briljante Mislukkingen te vinden."*

*"Voor daadwerkelijke innovatie is bottom-up bereidheid tot kennisdeling en topdown investering in tijd en financiën nodig."*

*"Resultaten in de zorg worden grotendeels op 'cure' aspecten beoordeeld en nog steeds veel minder op 'care' aspecten. Gebrek aan reflectie heeft vaak te maken met niet durven twijfelen aan eigen zekerheden. De RCT als favoriete onderzoeksmethode schiet te kort bij het beoordelen van kleine, snelle en korte innovatiecycli, die juist wél geschikt zijn om tot tastbare resultaten te komen."*

*"De verschillende inkoop domeinen belemmeren de innovatie. ook innovaties die de positie van de MS schaden (apparatuur die polikliniek sterk reduceert) zijn lastig in te voeren."*

*"Definitie van 'resultaat' is onduidelijk. Uiteindelijk telt de impact van de uitkomst op de kwaliteit van leven van de patiënt, niet zozeer de technologische innovatie."*

*"Er is veel 'drang' om het wiel zelf uit te vinden in de zorg. Veel innovaties leiden bovendien tot een kleiner verdienpotentieel, wat leidt tot een afwachtende houding."*

*"Er zijn veel drogredenen om niet aan de slag te zijn met innoveren. Vooral het transparant zijn over de trajecten die lopen en de mislukking/het slagen daarvan ontbreekt vaak, waardoor het voor buitenstaanders nagenoeg niet te volgen is. Voor evaluatie en het leren van welke innovatie dan ook, is onvoldoende aandacht en tijd."*

*"Alleen wat 'professionals' doen telt, waardoor goede ideeën vanuit de kant van patiënten(organisaties) niet verder komen. Bovendien zijn daar resources voor nodig (geld, tijd) en andere organisaties gaan geen geld en menskracht steken in iets wat niet hun eigen project is. Laat staan in het verbeteren, versterken en ondersteunen van een andere organisatie (zonder daar gelijk iets voor terug te willen, of zonder dat ze daar zelf iets aan hebben). Innovatiegelden komen niet bij vrijwilligersorganisaties terecht, of er worden zoveel eisen gesteld mbt uitvoering en verantwoording dat dit niet haalbaar is voor vrijwilligers / mensen met onvoldoende deskundigheid op dit gebied."*

***"Hoe kun je gebrek aan omzet/leegstand eigenlijk tot een perfecte kans draaien om iets nieuws binnen te halen. Slim krimpen zou een prettig adagio zijn."***

*"Leuk onderzoek! Sluit erg aan bij de boodschap van mijn proefschrift over de governance van zorginnovatie. Graag bereid mee te denken over vervolg van onderzoek. Heb ook wel ideeën over onderzoek naar innovatie, waar in mijn ogen teveel aandacht is voor identificeren van success- en faalfactoren. Daar ligt de winst niet in mijn ogen. Zou het leuk vinden hier over door te denken mochten jullie die mogelijkheden ook zien. In ieder geval succes met het onderzoek."*

## Conclusies:

Wat kan men leren uit deze resultaten met betrekking tot het centrale thema van het IBO en wat is relevant m.b.t. de rol van de overheid? Uit de antwoorden komt een beeld naar voren van een sector waarin partijen zich bewust zijn van de noodzaak tot innovatie en waarin partijen zich inspannen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Wat lijkt te ontbreken is een strategie, een 'masterplan', waarin met name de uitdagingen die te maken hebben met de complexiteit en het multi-stakeholder karakter structureel geadresseerd worden. Er is zonder meer heel veel vakinhoudelijke kennis aanwezig, maar het systeemdenken dat nodig is om de brug te slaan tussen innovatie in de eigen omgeving en het realiseren van de waarde voorbij de directe context, inclusief de bijbehorende feedback mechanismes, is relatief onderontwikkeld.

Innovatie is niet volledig te plannen of te sturen. Maar het is wel degelijk mogelijk om collectief tot een innovatie-portfolio te komen en tot een aantal basisprincipes hoe men met innovatieve trajecten omgaat m.b.t. risico's, kennisdelen, evaluaties en disseminatie/implementatie. De overheid kan een rol spelen in het ontwikkelen van de kennisinfrastructuur waardoor innovatie een (collectieve) competentie wordt binnen de sector. Dat betekent dus niet (alleen) stimuleren/subsidiëren/faciliteren etc. van innovaties, maar juist meer focus op de secundaire processen, waarbij partijen leren samen te werken, innovaties te delen en te evalueren, risico's inschatten en deze op nieuwe manieren te managen (inclusief alternatieve financieringsmodellen).

Een groot struikelpunt lijkt het gebrek aan onderling vertrouwen. Dat leidt ertoe dat men weinig samen innoveert, innovaties van anderen onvoldoende omarmt en overneemt, dat men elkaar amper de ruimte geeft om te experimenteren en men mislukkingen liever niet breed deelt. De overheid kan een rol spelen bij het herstellen/opbouwen van het vertrouwen. Sommige prikkels/regels leiden (vaak onbedoeld) tot 'verdeel-en-heers'-cultuur. De overheid kan een voortrekkersrol spelen bij het verbinden van partijen. Dat kan door in lastige situaties de verschillende partijen om de tafel te brengen. In de aansturing kan de overheid al of niet tijdelijk financiële of andere prikkels wegnemen of juist introduceren waardoor nieuwe ontwikkelingen een kans krijgen en/of achterhaalde zaken worden ontmoedigd, waardoor partijen eerder met en van elkaar willen leren. Een interessante suggestie die hier en daar is geopperd betreft het 'financieren van krimp'. Waar traditioneel de groei van partijen wordt gefinancierd (*financieren van winst/groei*), zou men een alternatief model kunnen ontwikkelen voor *'financieren van besparing/krimp'*.

Meer innoveren hoeft niet het doel te zijn waar de overheid op stuurt, maar wel: slimmer en beter innoveren.