

# **Probleemanalyse Innovatie in de zorg**

versie 13 juni 2008

Vorbereid door “team zorg”, een samenwerking tussen de interdepartementale programmadirectie KenI (m.m.v. VWS, EZ, SenterNovem, OCW, LNV) en het Innovatieplatform

## Managementsamenvatting

Innovatie vormt een vitaal onderdeel van de politieke agenda, en innovatie in de zorg wordt dan ook vaak genoemd als expliciet speerpunt, de sleutel tot een houdbare zorg.

Meer ouderen, meer chronisch zieken, de omslag naar vraagsturing en de voortdurende inzet van nieuwe technologieën zijn ontwikkelingen die de aard en omvang van de zorgvraag beïnvloeden. We staan voor de opgave *'Het op efficiënte en effectieve manier tegemoet komen aan de groeiende en veranderende zorgvraag binnen de randvoorwaarden van kwaliteit en toegankelijkheid'*.

De huidige structuren en werkwijzen in de zorgsector zijn niet toereikend om deze opgave het hoofd te kunnen bieden. De interdepartementale programmadirectie Kennis en Innovatie (KenI) werkt daarom aan een integrale maatschappelijke innovatieagenda voor Nederland. Innovatie is een belangrijk middel om de uitdagingen aan te gaan door het beslag op schaarse arbeidskracht te verminderen en te zorgen voor een goede prijs/kwaliteitverhouding.

Er bestaat echter een aantal knelpunten die het ontwikkelen en succesvol implementeren van nieuwe oplossingen in de weg staan. De knelpunten liggen op het gebied van cultuur (bv eilandjes aan de aanbodkant en nog te weinig kritische vraagkant, innovatiebelemmerende governancestructuur bij zorginstellingen), wet- en regelgeving (bv bureaucratie, gebrek aan experimenteerimte) en mogelijkheden om kennis, innovatie en ICT in te zetten (bv autonomie, kosten en opbrengsten slaan verschillend neer) en best practices verder te verspreiden (bv not invented here, ontbreken probleem-eigenaarschap, belangentegenstellingen). Tegelijkertijd zijn er veel sterktes en doen zich een aantal grote kansen voor.

De zaken zijn samengevat in onderstaande matrix met SWOT-analyse.

### SWOT-analyse

<p><b>Sterktes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgstelsel als katalysator voor vernieuwing</li> <li>- Laatste jaren ontstaat daadwerkelijk dynamiek</li> <li>- Steeds meer (kwaliteits)informatie beschikbaar</li> <li>- Professionele houding</li> <li>- Goede kennisbasis</li> </ul>	<p><b>Zwaktes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variatie in kwaliteit</li> <li>- Keuze-informatie nog weinig gebruikt</li> <li>- Weinig klantgerichtheid, weinig ondernemerschap</li> <li>- Prikkel tot innovatie verkeerd gericht (loont niet)</li> <li>- Schotten tussen sectoren belemmeren keten</li> <li>- Doorstroom van kennis naar toepassing beperkt</li> </ul>
<p><b>Kansen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groeimarkt (toename zorgvraag én vermogens)</li> <li>- Brede aanpak gezondheid; overstijgen zorgdomein</li> <li>- Focus chronische aandoeningen; ketens</li> <li>- Wens van cliënt wordt drijvende kracht</li> <li>- Nieuwe producten en technologieën op komst</li> <li>- Kwaliteit en doelmatigheid: motor voor innovatie</li> </ul>	<p><b>Bedreigingen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personeelstekort in arbeidsintensieve sector</li> <li>- Loslaten menselijke maat door inzet technologie.</li> <li>- Overheidsbeleid niet koersvast</li> <li>- Risicovrij gedrag door bestaande actoren.</li> <li>- Verdergaande versnippering door specialisatie</li> <li>- Braindrain</li> </ul>

### Oplossingsrichtingen

Op basis van de analyse zijn een zestal prioriteitsgebieden (oplossingsrichtingen) geïdentificeerd:

1. Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt
2. Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels
3. Voer product- en procesinnovaties door
4. Pak gezondheidsbevordering integraal aan
5. Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit
6. Vorm een krachtige kennisketen

Op deze terreinen lopen nu al diverse initiatieven. De interdepartementale maatschappelijke innovatie agenda beoogt witte vlekken in te vullen, of bestaande initiatieven te versnellen.

## Inhoudsopgave

Managementsamenvatting .....	2
Inhoudsopgave .....	4
1 Achtergrond .....	5
1.1 Waarom deze analyse .....	5
1.2 Trends, ontwikkelingen en maatschappelijke uitdagingen, .....	6
1.3 Innovatie als antwoord op de uitdaging .....	8
2 SWOT analyse .....	10
2.1 Sterktes .....	10
2.1.1 Algemeen .....	10
2.1.2 Gedrag en cultuur .....	10
2.1.3 Regels en ruimte (institutionele structuur) .....	11
2.1.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT .....	11
2.2 Zwaktes .....	12
2.2.1 Algemeen .....	12
2.2.2 Gedrag en cultuur .....	13
2.2.3 Regels en ruimte (institutionele structuur) .....	14
2.2.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT .....	16
2.3 Kansen .....	17
2.3.1 Algemeen .....	17
2.3.2 Gedrag en cultuur .....	18
2.3.3 Regels en ruimte (institutionele structuur) .....	19
2.3.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT .....	19
2.4 Bedreigingen .....	21
2.4.1 Algemeen .....	21
2.4.2 Gedrag en cultuur .....	21
2.4.3 Regels en ruimte (institutionele structuur) .....	22
2.4.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT .....	22
2.5 Concluderend .....	23
3 De belangrijkste oplossingsrichtingen .....	25
3.1 Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt .....	25
3.2 Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels .....	26
3.3 Voer product- en procesinnovaties door .....	27
3.4 Pak gezondheidsbevordering integraal aan .....	28
3.5 Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit .....	29
3.6 Vorm een krachtige kennisketen .....	30
3.7 Concluderend .....	31
Bijlage 1 Inventarisatie lopende initiatieven .....	32
a. Compacte tabel met lopende initiatieven .....	32
b. Initiatieven (met name) gericht op ondernemerschap en innovatie .....	35
c. Initiatieven (met name) gericht op kennis en innovatie .....	43
d. Restcategorie (te weinig info of nog niet goed te plaatsen) .....	50
Bijlage 2 Literatuur .....	52

# 1 Achtergrond

## 1.1 Waarom deze analyse

Innovatie vormt een vitaal onderdeel van de politieke agenda. Pijler 2 van het coalitieakkoord is glashelder en ambitieus: zorgen voor een innovatieve, concurrerende en ondernemende economie. Bij het aantreden van het kabinet Balkenende IV zijn de ambities uitgebreid naar innovatie in de maatschappelijke sectoren water, onderwijs en gezondheidszorg. Het Coalitieakkoord, Beleidsprogramma, en recente brieven van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan de Kamer noemen innovatie in de zorg als expliciet speerpunt, de sleutel tot een houdbare zorg.

### *Kennis en innovatie*

De interdepartementale programmadirectie Kennis en Innovatie (KenI) is door het kabinet opgericht om het project Nederland Ondernemend Innovatieland (NOI) uit te voeren. Hiermee wil het kabinet werken aan het vergroten van de concurrentiekracht en het aanpakken van maatschappelijke vraagstukken. Omdat deze beleidsthema's zich niet in één departement laten oplossen is gekozen voor een daadwerkelijk overheidsbrede inspanning. Het werk binnen KenI-verband is aanvullend op het werk van afzonderlijke departementen en organisaties (bijvoorbeeld kennisinstellingen).

### *Het Innovatieplatform*

Het Innovatieplatform (IP) reikt, vanuit een onafhankelijke rol en op basis van hechte verbindingen met de samenleving, ideeën en voorstellen aan in de vorm van adviezen aan het kabinet. Het IP bestaat uit sleutelspelers uit bedrijfsleven, wetenschap en overheid. Het is de aanjager van innovaties, de bedenker van principes, onderwerpen en condities. Het IP richt zich op het versnellen van innovatie in de zorg door de belangrijkste belemmeringen weg te nemen en versnellers te faciliteren. Het IP analyseert de belemmeringen en kansen, adviseert over de aanpak daarvan en oefent politiek en maatschappelijk druk uit om verandering tot stand te brengen.

### *Innovatieagenda*

Er komt een integrale maatschappelijke innovatieagenda voor Nederland, met een aanpak van de belangrijkste uitdagingen en knelpunten, ook in de zorg. Het vertrekpunt daarvoor is het opstellen van een probleemanalyse per thema. Bij de probleemanalyse voor het thema zorg zijn de departementen VWS, EZ, OCW en LNV betrokken.

KenI en het IP hebben gezamenlijk een probleemanalyse voor de zorg opgesteld. Zij gaan hier, elk vanuit de geschetste eigen verantwoordelijkheid, mee aan de slag om de maatschappelijke innovatieagenda voor de zorg op te stellen.

De probleemanalyse bevat de volgende onderdelen:

- Een SWOT analyse, waarbij ingegaan wordt op de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen, de sterktes en zwaktes van de Nederlandse Gezondheidszorg en de meest urgente innovatiebelemmeringen en de kansen voor verbeteringen.

- Een inventarisatie van de belangrijkste lopende initiatieven; een overzicht van de belangrijkste stakeholders; en een verkenning naar buitenlandse ervaring en expertise.
- Een voorzet om duidelijke prioriteiten te kiezen; focus en massa zorgen – in tegenstelling tot een gefragmenteerde aanpak – voor een zo groot mogelijk én zichtbaar effect.

Deze concept notitie gaat voornamelijk over de eerste twee onderdelen, de SWOT analyse en de inventarisatie van lopende initiatieven, en is het resultaat van een bureau- en literatuurstudie, gebruikmakend van informatie van KenI en het IP. De bevindingen zijn getoetst bij diverse collega's en in enkele groepsbijeenkomsten met externen. De toets met veldpartijen krijgt een vervolg.

In dit hoofdstuk volgt nu eerst een overzicht van de maatschappelijke uitdagingen, en een introductie van het instrument innovatie. Daar is ook aandacht voor de (stimulerende) rol van de overheid. Hoofdstuk 2 bevat de SWOT, afgesloten met een samenvatting van de belangrijkste uitdagingen. In Hoofdstuk 3 destilleren we daaruit een zestal mogelijke oplossingsrichtingen voor het stimuleren van innovatie in de gezondheidszorg. We presenteren een doorkijkje naar de kansen, wie er aan zet is/zijn en aan welke activiteiten gedacht kan worden. Bijlage 1 bevat een overzicht van de lopende initiatieven.

## 1.2 Trends, ontwikkelingen en maatschappelijke uitdagingen,

Zoals in andere maatschappelijke thema's als onderwijs, energie en water staat ook de Nederlandse gezondheidszorg de komende jaren een aantal forse uitdagingen te wachten. De huidige structuren en werkwijzen zijn niet toereikend om deze het hoofd te kunnen bieden. Een aantal recente rapporten en nota's geeft glashelder aan waar de uitdagingen voor de zorg liggen (zie literatuurlijst, bijlage 1).

### *Veranderende samenstelling van de bevolking*

De samenleving verandert in hoog tempo en naar allerlei kenmerken. Hierna werken we twee specifieke kenmerken (leeftijd, chronische aandoeningen) verder uit. Deze en andere wijzigingen, zoals het opleidingsniveau of de multiculturalisering, vergen dynamiek en aanpassingsvermogen in de zorgsector.

### *Meer ouderen*

Nam Nederland enkele decennia geleden nog een toppositie in wat betreft levensverwachting, inmiddels is de stijging afgevlakt en staan we in de Europese middenmoot. Sociaal-economische gezondheidsverschillen blijven bovendien onverminderd groot. De bevolking vergrijsst en daardoor stijgt de behoefte aan zorg. Van 13% in 2000 zal in 2030 25% van de bevolking ouder zijn dan 65 jaar. Het beschikbare personeel zal niet evenredig mee stijgen. Bij ongewijzigd beleid zal in 2030 25% van de beroepsbevolking in de zorg moeten werken om aan de vraag tegemoet te komen. Het is niet realistisch om te verwachten dat zoveel mensen in de zorg zullen kunnen en willen werken. Bovendien stijgen de zorguitgaven door deze demografische ontwikkeling maar ook door de toegenomen technologische mogelijkheden.

### *Meer chronisch zieken*

Door vergrijzing, leefstijl (verkeerd voedingspatroon, gebrek aan beweging), vroege diagnostiek en nieuwe behandelingen stijgt het aantal mensen dat leeft met een chronische ziekte. Een belangrijke extra complicatie hierbij: ook het aantal mensen met meerdere (chronische) aandoeningen tegelijkertijd zal toenemen. Dit gegeven (comorbiditeit) stelt andere eisen aan de te leveren zorg en de coördinatie van zorg.

Tabel 1: Prevalentie (totaal) van belangrijkste chronische aandoeningen, 2003 en 2025 (\*1.000, geschat op basis van CBS middenvariant bevolkingsprognose) (Den Hollander, 2006)

	2003	2025	toename
Hartfalen	179	263	47%
Dementie	102	148	45%
Beroerte	229	329	44%
Gezichtsstoornissen	543	779	43%
Coronaire Hartziekten	676	959	42%
COPD	316	438	39%
Artrose	682	929	36%
Ouderdoms- en lawaaidoofheid	534	723	35%
Diabetes	609	807	33%
Reumatoïde Artritis	148	180	22%
Depressie	364	389	7%

#### *Zelf de regie*

Ook zullen ouderen van nu en straks andere eisen stellen aan de zorg: het moet aangepast zijn aan hun eigen wensen en behoeften. De omslag van aanbodsturing naar meer vraaggerichtheid heeft gezorgd voor een marktdynamiek, waarin mensen zich steeds meer kunnen en willen opstellen als zorgconsument. Ze willen geïnformeerd zijn over de geboden kwaliteit en veiligheid en ze willen kunnen kiezen waar ze welke zorg zullen afnemen. ICT (Internet) maakt dat grote groepen burgers en bedrijven steeds meer zelf de regie in handen kunnen en willen nemen. Deze algemene trend is ook zichtbaar in de zorg.

#### *Nieuwe technologie*

Steeds worden nieuwe technieken en behandelingen ontwikkeld die bij gebleken kosteneffectiviteit een plek moeten krijgen in het systeem. De snelheid waarmee dit gebeurt, kan worden verhoogd zodat Nederland beter gaat presteren. Het gaat dan immers om slimme investeringen in gezondheid. Kwaliteitsverbetering en andere vernieuwingen – ook organisatorisch en in bedrijfsvoering – kunnen leiden tot meer doelmatigheid en uitgavenreductie.

#### *Maatschappelijke opgaven*

VWS heeft een analyse gemaakt van de belangrijkste uitdagingen en die neergelegd in het basisdocument 'Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg, Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda voor de gezondheidssector' (VWS, Den Haag, maart 2006). Daarin staan de 5 belangrijkste uitdagingen genoemd:

- 1 Wat te doen met groeiende en veranderende zorgvraag?
- 2 Hoe leven we langer gezonder?
- 3 Hoe maken we de zorg beter en veiliger?

- 4 Hoe kunnen we omgaan met grenzen aan de zorg?
- 5 Hoe kunnen ontwikkeling en toepassing van biomedische innovaties worden versneld?

Goed beschouwd is de “groeïende en veranderende zorgvraag” de centrale uitdaging waar ook de volgende vier onder geschaard kunnen worden. Het is nodig de zorg uiteindelijk toegankelijk, betaalbaar en van goede kwaliteit te houden. Het gaat daarbij om langjarige houdbaarheid en de noodzaak tot doelmatigheid. Voor deze probleemanalyse stellen wij dat de hoofduitdaging voor de komende jaren in de Nederlandse gezondheidszorg zal zijn:

*"het op efficiënte en effectieve manier tegemoet komen aan de groeiende en veranderende zorgvraag binnen de randvoorwaarden van goede kwaliteit en toegankelijkheid".*

### 1.3 Innovatie als antwoord op de uitdaging

Belangrijke speerpunten voor deze kabinetsperiode zijn kwaliteit, patiënt centraal, preventie en arbeidsmarkt. Innovatie is een belangrijk middel om deze uitdagingen op al deze terreinen aan te gaan door het beslag op schaarse arbeidskracht te verminderen en te zorgen voor een goede prijs/kwaliteitverhouding. Met nadruk moet worden gesteld dat de benodigde innovatie zich niet zal beperken tot het aanpassen en bijstellen van radertjes in het bestaande systeem. Innovatie kan gaan over het ontwikkelen en toepassen van nieuwe producten of diensten maar ook over het verbeteren van de organisatie van de zorg op micro of macro niveau. Denk daarbij ook aan faciliteren van de professionals als drijvende kracht achter verbeteringen (sociale innovatie). Innovatie die er toe doet zal zich uitstrekken buiten de grenzen van de zorg zoals wij die nu kennen. Het voorkomen van ziekten en zorgbehoefte zullen aan belang toenemen evenals het incorporeren van succesvolle technieken en werkwijzen uit andere, meer bedrijfsmatig georganiseerde sectoren.

Onder innovatie wordt in deze notitie overigens het volgende verstaan: ‘Innovatie = (zorg)verbetering x implementatie’. Innovatie is het doorvoeren van vernieuwing, die neerslaat in producten, diensten, processen of organisatievormen. Het gaat dus om ‘uitvinden’ en ‘invoeren’. Deze twee elementen zijn even cruciaal.

Uiteraard is het in preventie en zorg niet de overheid die innoveert, maar het veld, het (internationale) bedrijfsleven, de wetenschap, kennisinstututen, enz. Juist bij innovaties werkt top-down sturing eerder verstikkend dan motiverend. De verantwoordelijkheid van de overheid is primair om het systeem zo inrichten dat innovaties optimaal tot stand komen en zo goed mogelijk worden verspreid. In het verleden kwam innovatie te vaak tot stand dankzij gemotiveerde enkelingen die zich inspanden om de zorg aan kwaliteit en doelmatigheid te laten winnen. Door de invoering van de Zvw en de verdergaande deregulering, met contracteringsvrijheid, de nieuwe financieringstructuur in ziekenhuizen (met DBC's), de modernisering van de AWBZ en de WMO, zijn de prikkels veranderd. De prikkels in preventie en zorg worden stap voor stap zo ingericht dat werken aan kwaliteit en doelmatigheid via innovaties loont en vanzelfsprekend wordt. Partijen in de zorg

hebben dan een natuurlijk belang om zich te verbeteren; te verbeteren ten opzichte van zichzelf in het verleden en ten opzichte van elkaar.

Innovatie gaat niet altijd vanzelf en kan worden bevorderd door gerichte stimulerende acties of door het wegnemen van barrières. Innovatie gedijt bij een gunstig klimaat en gunstige randvoorwaarden. Alvorens te weten of er iets moet gebeuren en zo ja wat en door wie is het zaak een adequaat beeld te hebben van de sterktes en zwaktes van het bestaande systeem. Verbeterenergie kan het beste gericht worden op die gebieden waar de meeste kansen liggen of waar de grootste belemmeringen bestaan. Wat goed loopt kan een basis zijn voor verder uitbouw, waar drempels weggenomen kunnen worden ligt potentie voor nieuwe initiatieven.

Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de overheid de taak heeft om het systeem optimaal te laten functioneren. Om de houdbaarheid – financieel (solidariteit, betaalbaarheid) en personeel – overeind te houden bemoeit de overheid zich met de zorg en met innovatie in de zorg. De rol van de overheid bij innovatie in de zorg ligt ten eerste in het creëren van een klimaat voor alle betrokkenen in de zorgketen (en daarbuiten) om te innoveren en daarnaast in het gericht stimuleren van innovatie door bedrijfsleven, kennisinstellingen, financiers en zorgaanbieders op dit terrein.

## 2 SWOT analyse

Onderstaande SWOT is tot stand gekomen op basis van bestudering van recente literatuur (zie verwijzingen aan het slot) en door consultatie van leden van het Innovatieplatform, hun netwerken en het ambtelijk apparaat van de ministeries VWS, EZ, LNV en OCW. Het geeft een stand van zaken medio 2007 en is daarmee een momentopname, maar toch geeft het goed inzicht in de problematiek. Wel moet worden opgemerkt dat op sommige punten recent wijzigingen doorgevoerd zijn of worden in het zorgsysteem die zich nog niet in de praktijk hebben bewezen.

De gevonden elementen blijken uitstekend te clusteren. Daarom is bij ieder onderdeel gekozen voor de volgende indeling:

- Algemeen
- Gedrag en cultuur
- Regels en ruimte (institutionele structuur)
- Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling, ICT

### 2.1 Sterktes

#### 2.1.1 *Algemeen*

Nederland heeft een toegankelijk zorgsysteem gebaseerd op solidariteit en een heldere verdeling van verantwoordelijkheden. De prestaties van de zorg zijn redelijk tot goed. De ene vergelijking met andere Europese landen laat zien dat Nederland een middenmoter is, de andere vergelijking zet Nederland in de top drie. Uitschieters naar boven zijn de huisartsen die gemiddeld goed scoren op kwaliteitsindicatoren. In de ziekenhuizen bijvoorbeeld is de hospital standardised mortality ratio gedaald in 10 jaar en worden nieuwe chirurgische dagbehandelingen en minimaal-invasieve technieken ruim toegepast. In de langdurige zorg waarderen cliënten de zorg met een 7,5-8 uit 10 punten.

Er is de laatste jaren groeiende aandacht voor het meten van en werken aan kwaliteit. Steeds meer gegevens worden bijgehouden en (openbaar) gerapporteerd. Elke sector werkt aan het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitsindicatoren zoals bijvoorbeeld de normen voor verantwoorde zorg die de deelsectoren van de langdurige zorg zelf hebben opgesteld.

#### 2.1.2 *Gedrag en cultuur*

De Nederlandse burger geeft desgevraagd aan dat er verder gewerkt moet worden aan het vernieuwen in de zorg, en heeft het besef dat het niet altijd een kwestie is van meer geld maar ook van betere organisatie. Patiëntenbewegingen helpen bij het expliciteren van de maatschappelijke vragen en de gewenste behandeling. Sommige patiënten ontwikkelen zich langzaam tot 'kiezende zorgconsumenten' die weten wat ze willen en wat er te koop is op de markt van zorg.

Aan de kant van de aanbieders is er een duidelijke dynamiek: in de care en cure staan aanbieders open voor vernieuwing en er zijn – mondjesmaat – nieuwe toetreders. Van oudsher bestaat er een professionele houding in zorg met zorgverleners met een grote

inhoudelijke drijfveer en hoge intrinsieke motivatie om kwalitatief goede zorg te bieden. De kwaliteit wordt daarnaast bevorderd door een systeem van verplichte nascholing in verband met de registratie in het beroepsregister.

Verzekeraars richten zich steeds meer op inkoop namens hun cliënten op prijs én kwaliteit en ze investeren steeds vaker in programma's gericht op bevorderen van de gezondheid.

#### 2.1.3 *Regels en ruimte (institutionele structuur)*

Positief zijn de recentelijk genomen stappen om tot een kanteling in het systeem te komen van aanbodsturing naar vraagsturing. In de curatieve zorg is de basis voor deze omslag gelegd met het nieuwe verzekeringsstelsel, waarmee het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering is weggenomen. Verzekeraars hebben hierdoor meer belang gekregen bij het aanbieden van een verzekering met kwalitatief goede zorg tegen een aantrekkelijke prijs.

Daarnaast zijn er wijzigingen geïntroduceerd of aangekondigd die gevolgen hebben voor de prijsvorming voor geleverde zorg (deels vrije tarieven) en toetreding tot het zorgaanbod, waardoor ziekenhuizen en ZBC's concurreren op het aanbieden van medisch specialistische zorg. Dit nieuwe systeem kan dus fungeren als brandstof voor vernieuwing met zijn prikkels om te concurreren op prijs en kwaliteit. Ook in de care komen stimulansen voor innovatie en ondernemerschap door invoering van bijvoorbeeld PGB's en zorgzwaartebekostiging. Tot slot komt recent meer aandacht voor de verbindingen tussen preventie en zorg. Er is een sterker besef dat gezondheid vaak buiten het domein van gezondheidszorg kan worden verbeterd.

#### 2.1.4 *Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT*

Er bestaat een sterke kennisinfrastructuur in de academische sector met een zeer goede kennisbasis in de medische wetenschappen. Onderzoek laat zien dat de UMC's ongeveer een derde van de totale Nederlandse wetenschappelijke publicaties voor hun rekening nemen. De kwaliteit van het onderzoek in UMC's ligt boven het wereldgemiddelde, vooral het klinische onderzoek scoort goed. Er is sterke interactie tussen fundamenteel en klinisch onderzoek door de intensieve samenwerking tussen ziekenhuizen en universiteiten.

Er bestaat een transparant systeem van strategisch programmeren van onderzoek door universiteiten en kennisinstellingen door middel van NWO en ZonMW waardoor relevant en kwalitatief goed onderzoek, met stimulansen voor toepassing daarvan door universiteiten en door instituten als RIVM, TNO en Nivel, wordt uitgevoerd. Er wordt mede door publiek-private samenwerking gericht en effectief onderzoek uitgevoerd, bijvoorbeeld in de pas opgerichte topinstellingen zoals TI Pharma. De samenwerking tussen bedrijfsleven en kennisinstellingen is hierin goed georganiseerd op het gebied van translationeel onderzoek.

Op het gebied van Life sciences en gezondheid is ook een innovatieprogramma in ontwikkeling, gericht op de doorgroei van life sciences bedrijven (ref. 29). Verder loopt er een innovatieprogramma op het gebied van voeding, waarin gezonde voeding een prominente rol krijgt (ref.30). In toenemende mate is er een focus van onderzoek en

ontwikkeling, onder meer dankzij Interdepartementale strategie 'Innovatie Medische Technologie'.

Bij universiteiten, Gezondheidsraad en College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een goede kennisinfrastructuur voor Health Technology Assessment (HTA) en Medical Technology Assessment (MTA). Het systeem van het bepalen en handhaven van productveiligheid is goed geborgd, daardoor is er veel vertrouwen in nieuwe producten. Nederland registreert relatief veel patenten op het gebied van biotechnologie en beschikt over veel expertise op raakvlakken van humane- en diergezondheid.

Op ICT gebied zijn het vooral de huisartsen die internationaal sterk naar voren komen als gebruikers en toepassers in hun patiëntendossiers. Door de beschikbaarheid van patiëntendata heeft Nederland een belangrijke bron voor biomedisch onderzoek (biobanken). Initiatieven op dit terrein leiden tot grote netwerken voor dataverzameling en verwerking, welke ook door de overheid worden bevorderd (bijvoorbeeld initiatief Parelsnoer).

## 2.2 Zwaktes

### 2.2.1 Algemeen

Ook al scoort Nederland gemiddeld goed op gezondheidsparameters, er bestaan grote sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Ondanks de eerder aangegeven toenemende aandacht voor kwaliteit valt er het een en ander te verbeteren op het gebied van het beschikbaar krijgen van relevante en inzichtgevende kwaliteitsgegevens. Daarnaast worden de kwaliteitsgegevens die wel beschikbaar zijn nog niet veel gebruikt door verzekerden of patiënten bij het maken van keuzes. Voor zover vergelijkbaar materiaal voorhanden is, is er een grote variatie in kwaliteit/prestaties tussen zorgverleners in alle sectoren. Het ontbreekt tot nu toe aan een wetenschappelijk objectieve set van genormaliseerde outputindicatoren waardoor een ware onderlinge vergelijking van de prestaties van instellingen niet mogelijk is.

Er is nog geen harde weging van criteria geweest zodat soms het oordeel op basis van volume/routine plaatsvindt ('de hoeveelheid uitgevoerde oesofagus operaties') en soms op basis van efficiëntie ('echo's door de huisarts'). Naast dat er nu een mix bestaat van throughput en output indicatoren is de hoeveelheid zo groot dat de informatie onoverzichtelijk en minder bruikbaar wordt, terwijl het lasten met zich meebrengt voor de professionals. De verantwoordelijkheid voor het komen tot een goed systeem van kwaliteitsmeting en controle is tot nu toe versnipperd verdeeld. Elke afzonderlijke wetenschappelijke vereniging doet nu haar deel.

Al met al is er nog een weg te gaan voordat kwaliteit de motor voor vernieuwing wordt. Enerzijds heeft het systeem (en de mensen die daarin werkzaam zijn) tijd nodig om de omslag te maken, anderzijds zijn er ook belemmeringen die daarbij in de weg staan. Zo worden kosteneffectief gebleken maatregelen en nieuwe therapieën worden nog niet altijd systematisch of snel genoeg ingevoerd. Dat geldt voor zowel preventieve maatregelen als ook voor andere vormen van zorgverlening zoals bijvoorbeeld ketenzorg. Daarbij is de

overheid niet altijd helder en duidelijk over wat er wel en niet aan het veld wordt overgelaten en wanneer overheidsingrijpen legitiem is.

In toenemende mate bestaat er schaarste aan geld en mensen in de zorg. Deels komt dat door het bestaan van jaarlijkse budgetplafonds terwijl de vraag naar zorg toeneemt. Voor artsenopleidingen geldt nog steeds de numerus fixus. De ramingen van het Capaciteitsorgaan zijn hoopgevend, hoewel er een divers beeld is wat betreft verwachte tekorten per specialisme. Er is wel een hoog aantal deeltijders werkzaam in de zorg. De beschikbaarheid aan personeel loopt daardoor achter bij wat op basis van opleidingsaantal te verwachten zou zijn. Bij verplegenden en verzorgenden spelen het imago van het vak, beperkte carrièremogelijkheden, combineren van werk en privé en de lage beloning een rol bij de toenemende schaarste. Er is een gebrek aan voldoende en gekwalificeerde allochtone artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Tot slot is het opleidingscontinuüm niet optimaal, de doorstroming van opleiding tot basisarts naar een van de specialistenopleidingen duurt te lang.

Ondanks dit is er nog weinig besef van urgentie om voldoende personeel aan te trekken en te behouden en daardoor blijven de ontwikkeling en vooral toepassing van arbeidsbesparende innovaties achter bij de mogelijkheden.

Er zijn te weinig verbindingen binnen sectoren van zorg, zoals GGD'en en eerste lijn, en tussen zorg en andere domeinen zoals wonen, werk, onderwijs, natuur, wijken/buurtten, landbouw, en voedselproductie. De samenwerking tussen partijen wordt op deze domeinen nog niet automatisch opgezocht.

### 2.2.2 *Gedrag en cultuur*

De centrale rol van de burger/patiënt/cliënt/zorgconsument is de laatste jaren versterkt maar de klant stelt zich nog onvoldoende kritisch op, ook richting de eigen individuele zorgverlener. Zo maken klanten in de zorg nog slechts beperkt gebruik van beschikbare kwaliteitsinformatie.

Verouderde kennis blijft vaak te lang in gebruik, met name artsen hechten sterk aan ingesleten manieren van werken. De keerzijde van de professionele houding is een vasthouden aan de traditionele autonomie. Professionals in de zorg worden vaak als eigenwijs gezien, niet geneigd om nieuwe dingen snel over te nemen ("not-invented here", eilandjes) en weerstand tegen standaardisatie. Probleem is dat aanbieders niet erg klantgericht denken.

Consequentie daarvan is dat er slechts beperkt sprake is van interactie tussen specialismen. Maatschappen zijn soms een soort "pseudo ondernemingen" met een gesloten bedrijfscultuur en laten zich lastig aansturen. Er is een verschil tussen 'maatschapbelang' en organisatiebelang', waardoor bestuur en de medische staf niet altijd op één lijn zitten en verdeling van verantwoordelijkheden niet altijd goed is geregeld. Consequentie hiervan is dat slordig werken soms lang ongecorrigeerd blijft en het personeel zich niet altijd geroepen voelt zich te richten op de mens achter de patiënt.

Daarnaast ontbreekt het nog wel eens aan een ondernemende, zakelijke instelling en is de houding vaak risicomijdend. Innovatie wordt niet als vanzelfsprekend onderdeel van de

bedrijfsvoering gezien. Verder is de sector tamelijk gesloten en weinig toegankelijk voor nieuwe beroepen. Vooral medisch personeel heeft vaak weinig affiniteit met ICT en technologische innovaties. In her- en bijscholing is maar beperkt aandacht voor innovatie.

De sector is erg gericht op evidence based werken. Enerzijds is dat een goed streven. Anderzijds kan de nadruk op evidence based werken waardevolle vernieuwingen enige tijd buiten de deur houden omdat de effectiviteit nog niet honderd procent is aangetoond en ook om redenen van hoge kosten. In de tussenliggende periode worden kansen op gezondheidswinst gemist

### 2.2.3 Regels en ruimte (institutionele structuur)

Nog steeds is er veel overheidssturing. De overheid is bijvoorbeeld dominant bij kwaliteitscontrole, financiering, regulering, kostenbeheersing, verantwoording. Er zijn signalen van concurrerende, overbodige, contraproductieve en tegenstrijdige regelgeving, overmatige controle, en verstikkende bureaucratie. Adequate financiering voor innovaties is vaak niet voorhanden bijvoorbeeld voor zorghotels die daardoor moeilijk van de grond komen, bij borstkanker waarbij in een nieuwe operatie de borstverwijdering en vormcorrectie kan plaatsvindt of de scopieonderzoeken door de huisarts die niet worden vergoed.

Ondanks veel controle wordt er niet daadwerkelijk 'afgerekend' en gaan slecht functionerende aanbieders niet failliet. De noodzaak tot doelmatig werken ontbreekt, en er is soms sprake van verspilling. Met de omslag in het stelsel van aanbodsturing naar vraagsturing, wordt de invloed van de overheid langzaam vervangen door een sterkere rol van verzekeraars en klanten. Dit betekent dat de zorgverleners niet de overheid, maar de verzekeraars ervan moeten overtuigen dat bepaalde vernieuwingen de moeite waard zijn voor verzekeraars om aan mee te financieren en de bijbehorende risico's voor lief te nemen.

Op instellingsniveau is er sprake van innovatiebelemmerende governance structuren: het toezicht is (te) uitgebreid en pluriform, maar ook de belangenstrijd tussen ziekenhuizen, maatschappen en medische staven werkt innovatie tegen. Mensen houden elkaar in een wurggreep en zijn individueel niet altijd in staat om gewenste verbeteringen door te voeren. Doordat verantwoordelijkheden verdeeld zijn, is het moeilijk het systeem in beweging te krijgen.

Wetgeving is van nature conservatief: wetten als bijvoorbeeld de Wet BIG, het tuchtrecht, en daarmee samenhangende kwaliteitsregels, maar ook andere wetgeving, geven onvoldoende antwoord op technologische ontwikkelingen en het ontstaan van nieuwe beroepen.

Het vasthouden aan de BKZ-systematiek (budgetten) werkt belemmerend, budgetplafonds geven niet voldoende ruimte om goede prestaties te belonen. Door de eerder budgetsystematiek is de sector onvoldoende op innovatie gericht. Het acteert reactief in plaats van pro-actief, behoudend en risicomijdend en is (nog) niet doordrongen van een noodzaak tot vernieuwen.

Door enorme schaalgroottes zijn zorginstellingen vaak complexe organisaties. Het is moeilijk om snel in te spelen op de organisatorische veranderingen die voortvloeien uit innovaties (een voorbeeld: nieuwe diagnostiek heeft effecten op de productie en de organisatie van de afdeling röntgenologie).

Opbrengsten van innovatie worden bovendien vaak snel afgeroomd. De kosten en opbrengsten van innovaties liggen vaak niet in één hand. Innoveren in preventie loont niet, of niet voldoende omdat het niet wordt vergoed in het zorgverzekeringspakket. Doordat vrije prijsvorming nog maar beperkt is toegestaan loont ook het innoveren in eerstelijnszorg en ziekenhuiszorg niet voldoende. Door schotten in de financiering zijn er te weinig prikkels om transmurale/integrale zorg tot stand te brengen en is de organisatie van ketenzorg lastig, bijvoorbeeld doordat niemand zich eindverantwoordelijk voelt.

Innoveren in langdurige zorg is door meerdere oorzaken moeilijk. Delen van de zorg (zoals de intramurale AWBZ-zorg) kennen nog geen prestatiegerichte bekostiging van zorgaanbieders. Prestaties worden soms gedefinieerd op basis van input- of throughput indicatoren i.p.v. output- of outcome-indicatoren (bijv. uren achter de voordeur ipv. effectiviteit van de thuiszorg). Inkoopers voor de AWBZ hebben onvoldoende (financieel) belang bij diverse en cliëntgerichte zorginkoop (cliënt onvoldoende centraal). Toetreding is moeilijk voor nieuwe initiatieven en spelers. Er bestaan bijv. nog forse toetredingsbelemmeringen voor het leveren van verblijfszorg in de AWBZ. Doordat de overheid het 'wonen' uit de AWBZ betaalt, bestaan weinig prikkels/ ruimte om vraaggerichte woon-zorgcombinaties aan te bieden.

Tijdelijke projectfinanciering bestaat wel, maar experimenteeruimte in de reguliere bekostiging ontbreekt of wordt nauwelijks gebruikt (vanwege omslachtigheid). Obsoleete/verouderde behandelingen blijven gefinancierd, terwijl innovaties slechts langzaam in het pakket komen. In beleidsregels en standaarden worden vaak input- of throughputwaarden gebruikt die de bestaande praktijk bevestigen en innovatie remmen. Innovaties worden mede daardoor niet snel opgenomen in gangbare praktijk (beleidsregels, standaarden).

Er is weinig ruimte om andere financieringsbronnen aan te wenden: Bijbetaling voor luxe (wonen/diensten) is maar beperkt mogelijk en de ruimte voor het aantrekken van risicodragend kapitaal is gering. Verder staan overheidsinstrumenten als de BBMKB (Borgstellingsregeling voor het MKB) en de groeifaciliteit niet open voor de zorgsector. Deze instrumenten dragen bij aan het verbeteren van de toegang van het midden- en kleinbedrijf tot de kapitaalmarkt.

#### 2.2.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT

Ondanks een hoge onderzoeksproductie van goede kwaliteit lijken er onderinvesteringen in onderzoek te bestaan. Mede hierdoor ontstaat een braindrain: nog steeds lijkt VS een interessanter onderzoeksklimaat te hebben dan Nederland.

Het onderzoeksgeld wordt verbrokkeld verdeeld over de kennisketen. Er is geen vloeiende doorgeleiding van resultaten van fundamenteel onderzoek naar toegepast onderzoek en implementatie. Dit is ook te wijten aan de hoge investeringsrisico's die gemoeid zijn met het ontwikkelen van medische producten en beperkte mogelijkheden

voor onderzoekers om deze risico's te nemen. Ook is er weinig financiële ruimte voor innovatie in onderwijs en onderzoek zelf, grootschalige experimentele investeringen in onderwijsinnovatie komen weinig voor. Hogescholen weten niet goed waar zorginstellingen behoefte aan hebben, instellingen oefenen weinig invloed uit op het opleidingspakket.

Veel beroepspraktijken (sociale hulpverlening, verzorging) worden niet of slechts ten dele bediend door (nieuwe kennis afkomstig uit) universitair onderzoek. Die professionals worden grotendeels opgeleid door de hogescholen en vaak geldt dat innovatie geen regulier onderdeel is van opleiding en werkfocus. Deze grote groep "toepassers" in de zorg moet heel anders met kennis benaderd worden, wat een verbreding vraagt op de academische kennisproductie zoals we gewend zijn.

Er bestaat nog geen optimale kruisbestuiving tussen gezondheidszorg en technologie. Zorgverleners hebben (te) weinig kennis van technologie en technologische toepassingen. Technologen beschikken doorgaans over weinig medische kennis. Bovendien is er weinig instroom in het technologisch onderzoek vanuit de klinische kant in het onderzoek. Medici gaan minder vaak het onderzoek in.

Verbindingen tussen gezondheidszorgonderzoekers en onderzoekers van andere domeinen zijn schaars, vooral waar het gaat om preventie van volksgezondheidsrisico's met veterinaire en landbouwkundige kennisinstututen (gezond voedsel, overdraagbare infectieziekten van dier op mens, gedragsgerelateerde volksgezondheidsrisico's, voedselaanbod). Er is zeker behoefte aan meer onderzoek naar specifiek de relatie tussen groen en gezondheid.

Een grote makke in de gezondheidszorg met onder andere een belemmerende werking op informatie uitwisseling tussen zorgverleners, integrale patiëntenlogistiek, transmurale informatie-uitwisseling, en adequate zorgadministratie is het ontbreken van een elektronisch patiënten dossier (EPD).

Het EPD bestaat uit een aantal toepassingen om uitwisseling mogelijk te maken van medische gegevens via een landelijke infrastructuur, genaamd AORTA. De eerste twee toepassingen van het EPD zijn het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH).

Behalve de huisartsen die in internationale vergelijkingen gunstig afsteken met hun gebruik van ICT loopt de zorg achter bij de mogelijkheden die technologisch gezien beschikbaar zijn. Er wordt te weinig geïnvesteerd in ICT voor de zorg. Het budget dat organisaties reserveren voor IT is erg laag (2% van de omzet) en de zorg kampt dus ook met jarenlange onderinvesteringen in ICT.

Er is veel werk verzet om te komen tot een gestandaardiseerde ICT infrastructuur in de volle breedte. Deze infrastructuur is, naast het belang van effectiever en efficiënter werken in de zorg, ook van belang voor plannen met betrekking tot de ontwikkeling van biobanken, welke een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het biomedisch onderzoek.

Door de opzet van geïsoleerde systemen in het verleden, vaak ingericht per vakgebied, kost het veel moeite een integrale blik op informatievoorziening te geven. Elke instelling heeft zijn eigen systeem met een grote variatie in uitgebreidheid en uitwisselingscapaciteit. Veel ziekenhuizen werken met een erfenis van zelf in elkaar geknutselde applicaties of een wirwar aan bestaande applicaties, die met moeite in de lucht worden gehouden.

Daardoor verloopt de ontwikkeling en toepassing van innoverende vormen van zorgverlening zoals zelfzorg, telemonitoring, domotica, arbeidsbesparende technologieën traag. Privacy is een politiek gevoelig punt, en daarmee een van de remmen op goede ICT. Hierdoor zijn de instellingen op dit moment niet in staat de technologische ontwikkelingen en uitdagingen te borgen binnen hun eigen organisaties, waardoor de werkelijke innovatie (in de uitvoering van de primaire processen) achterwege blijft.

Er is op dit moment nog onvoldoende informatie-uitwisseling tussen instellingen en hun omgeving. Technologie is hierbij niet het probleem. Er zijn wel pogingen om hier aan te werken, zie het EPD en het recente UMC-verbindende biobankeninitiatief Parelsnoer.

Weinig ziekenhuizen zijn in staat de interne klant (de zorgverleners) echt goed te bedienen; het serviceniveau is bedroevend laag. Dit wordt versterkt door de principes van een servicegeoriënteerde bedrijfsvoering niet/te weinig worden toegepast. De zorginstellingen hebben geen idee van hun huidig serviceniveau, zijn niet in staat dit te bepalen, laat staan hierop te sturen en aan te voldoen.

Versterkend effect is hierbij het ontbreken van een consistente prioriteitstelling, die oog heeft voor zowel korte als lange termijn, en niet is afgestemd met de veranderende functionele behoefte vanuit de zorginstellingen.

## 2.3 Kansen

### 2.3.1 Algemeen

De gezondheidszorg is een enorme sector met meer dan 1,2 miljoen werkzame personen. De vraag naar zorg groeit en kan beschouwd worden als een kans voor ondernemerschap. Burgers zijn in toenemende mate geïnteresseerd in nieuwe producten en diensten en bereid om daar geld aan uit te geven. Gezondheid kan gezien worden als een economische parel! Er valt geld te verdienen door ondernemers gericht op gezondheid en lifestyle. Er is een toenemende hoeveelheid kapitaal beschikbaar op zoek naar een nuttige bestemming. Voor zowel huidige aanbieders als nieuwe spelers liggen er kansen in deze groeiende markt.

Er komt meer sturing op output of zelfs outcome. Daardoor wordt innovatie belangrijker, er komt meer ruimte voor vernieuwende concepten om bepaalde gezondheidsresultaten te bereiken.

Er is een verschuiving in aandacht gaande van "geneeskunde" naar "gezondheidskunde", zichtbaar in een transformatie van specialisme georiënteerde zorg naar integrale gezondheidszorg. Deze nieuwe intensieve, integrale/intersectorale aanpak strekt zich uit

tot preventie en publieke gezondheid en biedt kansen voor een daling van zorgvraag, of minstens het afremmen van de stijging.

Het bredere doel gezondheid betekent dat het domein zich gaat uitstrekken buiten de curatieve gezondheidszorg en het verzekeringsstelsel. Preventie van risico's is een natuurlijk onderdeel van het gezondheidsdomein, en diverse volksgezondheidsrisico's kunnen goed bij de bron worden aangepakt. Daardoor worden verbanden mogelijk met ontwikkelingen aan randen van gezondheidszorg, bv groen (natuur/ en platteland/landbouw), gezonde voeding, vitaminen, sport/bewegen, wonen/dienstverlening, arbeid/gezondheid. Het bedrijfsleven kan door inbreng op deze gebieden terrein winnen in de zorg.

### 2.3.2 *Gedrag en cultuur*

Aansluitend bij de bovenbeschreven nieuwe kansen stromen nu al ondernemende geesten toe. Er is grote belangstelling voor de zorg bij het bedrijfsleven met zijn innovatieve kracht. Er zijn honderden vernieuwende initiatieven. De zorg wordt steeds vaker gezien als "normale" economische sector en daarmee wordt het aantrekkelijk om het reguliere beleidsinstrumentarium in te zetten voor stimulering van innovatie in plaats van zorgspecifieke regelingen.

Binnen de zorg zelf ontstaan er nieuwe opleidingen en meer diversiteit in beroepen en beroepsprofielen bijvoorbeeld gespecialiseerd verpleegkundige, nurse practitioner, zorgmakelaar, biofysicus in zorg, etc. Daardoor is verdere taakherschikking mogelijk. Bovendien levert dit ruimte op voor diversiteit tussen zorginstellingen, en daarmee keuze voor de patiënt of cliënt.

Burgers worden geleidelijk aan kritischer: ze gaan bewuster kiezen en nemen geen genoegen met minder. De consument ontwikkelt zich tot driving force. Sterke patiënten-, gehandicapten en ouderenorganisaties (pgo-organisaties) worden volwaardige gesprekspartners. Versterking van deze rol wordt via een andere aanliegroute ook mogelijk gemaakt door vermogende ouderen die bijvoorbeeld hun eigen woon-zorg combinatie gaan organiseren en/of inkopen. Ouders van verstandelijk gehandicapte kinderen zijn hebben zelf al kleinschalige woonvormen opgezet. Er komt steeds meer aandacht voor kwaliteit van leven en langer thuis wonen waardoor er een enorme potentiële markt voor domotica en zelfzorg ontstaat.

### 2.3.3 *Regels en ruimte (institutionele structuur)*

Nog altijd leeft het beeld dat alle innovatie tot kostenopdriving leidt, terwijl dit niet het geval hoeft te zijn. Innovatie kan juist een kans zijn om zorgvraag en daarmee de uitgaven aan de zorg te verminderen of via procesinnovaties en organisatorische vernieuwingen te komen tot meer efficiëntie.

Het nieuwe stelsel biedt meer ruimte voor vernieuwing, dat weer kan leiden tot meer diversiteit die tegemoet kan komen aan de veranderende zorgvraag (burgers kiezen, verzekeraars kopen in, aanbieders willen onderscheiden). In het nieuwe stelsel liggen ook kansen op het terrein van ontwikkeling en gebruik van kwaliteitsindicatoren. Een cliënt die kritisch is ten aanzien van geleverde kwaliteit is nodig om de kracht van het stelsel volledig te kunnen benutten.

Door zijn nadruk op sturing op kwaliteit ontstaan er nieuwe kansen voor experimenteren met innovaties. Per 1 januari 2007 zijn NZa beleidsregels van kracht die bekostiging van nieuwe zorgproducten mogelijk maakt. Het gaat om de beleidsregels "Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten" en "Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten". Het gaat om kleinschalige, kortdurende experimenten in de cure en ketenzorg op initiatief van het veld. Het is de bedoeling dat in 2008 ook experimenten op initiatief van het veld mogelijk worden voor de AWBZ.

Er is gezondheidswinst te halen via ketenzorg (bv procesinnovaties zoals behandelstraten en CVA-ketenzorg) en door bijvoorbeeld meer samenwerking in de eerste lijn. Preventie steeds vaker onderdeel van de reguliere zorg doordat het geleidelijk aan opgenomen wordt in standaarden en in pakket en gezien wordt als onderdeel van de keten.

Keten- of cliëntvolgende financiering zijn innovaties waarmee nu geëxperimenteerd wordt en die mogelijk interessante kansen voor de toekomst bieden. Hetzelfde geldt voor het creëren van mogelijkheden voor kleinschalig wonen.

Kansen worden ook gecreëerd door ontwikkelingen op financieel gebied. De geplande toenemende risicodragendheid van instellingen en op termijn toestaan van uitkeren van winst aan derden (mogelijk wordt dit toegestaan vanaf 2012) kunnen instellingen financiële ruimte bieden (bijvoorbeeld mogelijkheid tot aantrekken venture capital) om vernieuwingen mogelijk te maken.

#### 2.3.4 Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT

Door de sterke kennisbasis op het gebied van medische wetenschappen, een interessant cluster van bedrijven actief op het gebied van life sciences en de goede samenwerking tussen het bedrijfsleven en kennisinstellingen heeft Nederland een goede basis voor medisch (technologische) innovaties. Nieuwe producten en technologieën kunnen bijdragen aan vroegtijdige diagnostiek en aan nieuwe kosteffectieve en minder intensieve behandelmethodes, waardoor een langdurig ziekteproces voorkomen of verkort kan worden.

Door translationeel onderzoek en door de toegenomen aandacht voor personalized medicine (kortere klinische testen door kleinere, specifiekere patiëntengroep) wordt de ontwikkeling van producten en therapieën versneld.

Er is private interesse voor bijdragen aan medisch onderzoek; het nieuwe Kankercentrum aan de VU is een voorbeeld hiervan.

Er zijn nieuwe kansen voor de kennisdomeinen hersenen en cognitie (Nationaal Initiatief Hersenen & Cognitie), materialen, arbeid en gezondheid, etc.

Een sectoroverstijgende aanpak levert kansen voor vernieuwing, bijvoorbeeld bij "groen en gezondheid". Vanuit de zorgsector is behoefte aan praktijkonderzoek dat hen verder helpt op dit gebied, maar ook aan onderzoek waarbij de effectiviteit van bestaande voorbeelden wordt onderzocht, en aan fundamenteel onderzoek voor wetenschappelijke onderbouwing. In de afgelopen jaren zijn al wel bruggen geslagen tussen het onderzoek

op gebied van volksgezondheid en aanpalende domeinen, zoals het veterinaire en landbouwkundige veld (met name voedselkwaliteit, volksgezondheidsrisico's)

Er liggen kansen voor globalisering en internationalisering: kennisuitwisseling over de grenzen heen wordt gestimuleerd doordat onder andere de EU middelen beschikbaar heeft voor samenwerking (bijvoorbeeld vanuit KP7). Ontwikkeling op het gebied van de *Priority Medicines* (geneesmiddelen voor *neglected and emerging infectious diseases*) is een voorbeeld hiervan waarbij via een model van open innovatie gewerkt wordt aan een terrein wat voor meerdere westerse landen van belang is. Als we ons internationaal sterker profileren, kunnen we zelfs een braingain krijgen (in plaats van een braindrain), en onze kennis en diensten exporteren.

ICT kan helpen bij procesoptimalisatie en betere logistieke oplossingen. ICT is een enorme driver in de hele maatschappij (videoconferentie, internettelefonie, hyves, chatbox), en leidt ook tot bijvoorbeeld teleconsultatie, telemedicine, internetdiagnostiek. De thuissituatie wordt een verlengstuk van het ziekenhuis. Bij zorg zijn er bovendien vele mogelijkheden voor gerichte ICT-investeringen, bv voor point-of-care toepassingen (bv informatie direct aan bed via handheld computer).

Een goede inrichting van het EPD kan mogelijkheden opleveren voor onderzoek. Richtlijnen voor een goede IT infrastructuur ontbreken soms nog, maar worden mogelijk geleverd door projecten als Parelsnoer en CTMM.

Principes zoals Service Oriented architecture biedt de mogelijkheid om vanuit een achterstands situatie een nieuw begin te maken, mits deze zowel in de besturing, organisatie, uitvoering en technologie van de zorginstellingen toegepast worden.

Partnering op basis van moderne bedrijfsmatige concepten (zoals outsourcing, outtasking, (on demand) managed application services, shared service centres en dergelijke) bieden de zorginstellingen de mogelijkheid om anders om te gaan met ICT, en verantwoordelijkheid, regie en uitvoering van ICT processen. Het is niet meer noodzakelijk al deze processen per definitie in eigen hand te houden en zelf uit te voeren, om de doelstellingen te optimaliseren.

## 2.4 Bedreigingen

### 2.4.1 Algemeen

Een van de belangrijke ontwikkelingen voor de komende jaren in de gezondheidszorg is het tegemoetkomen aan de toenemende zorgvraag met name veroorzaakt door de toename van chronische aandoeningen. Deze ontwikkeling wordt een bedreiging als we niet voldoende financiële middelen en personeel hebben om aan deze toenemende vraag tegemoet te komen (denk aan het ontstaan van wachtlijsten en andere onwenselijke situaties).

Het huidige personeelstekort dreigt sterk op te lopen door vergrijzing en ontgroening van het personeelsbestand en door de veranderende zorgvraag (vraag naar kleinschalig wonen). Daarnaast heeft de zorg last van een imago probleem waardoor het lastig is

nieuw personeel aantrekken en bestaande werkers te behouden. De zorg wordt niet als aantrekkelijk werkveld gezien waar men zich kan ontplooien maar komt vooral negatief in het nieuws met ontslagen in de thuiszorg, medische missers et cetera. Het aantrekken van buitenlandse kenniswerkers en gediplomeerden stuit nog steeds op een groot aantal bureaucratische barrières maar ook op taal en cultuurproblemen. Efficiënter werken en het vervangen van personeel door techniek is maar beperkt mogelijk: de zorg blijft een arbeidsintensieve sector door zijn hoge ‘hands-on’ karakter.

Er komen signalen dat de rek er bij instellingen uit begint te raken omdat er zoveel tegelijk van hen wordt verwacht: marktwerking én bezuinigen én transparantie én kwaliteitsverbetering én verandering van de financiering.

#### 2.4.2 *Gedrag en cultuur*

Ondanks de hoge verwachtingen van het nieuwe stelsel en de prikkels die daarvan uit moeten gaan voor kwaliteitszorg en innovatie is er het risico dat het zo niet helemaal zal uitpakken. Knelpunten kunnen zijn dat consumenten niet-kritisch blijven of weinig te kiezen hebben door gebrek aan transparantie van informatie of door capaciteitstekorten. Een andere bedreiging is de “paradox of choice”, een teveel aan keuzemogelijkheden. Mensen voelen soms zelfs een keuzeplicht.

Er kan maatschappelijke onrust over marktwerking ontstaan: een onderbuikgevoel over het loslaten van de menselijke maat. Zorg gaat gepaard met emotie. We moeten ons bewust blijven dat zorgverlening mensenwerk is (voor mensen, door mensen) en empathisch vermogen vergt.

Door toenemende transparantie komen de zwakke schakels en de risico's in de zorg beter in beeld. Tegelijk vermindert in onze maatschappij de acceptatie van risico's en onveiligheden. Van de arts wordt niet langer een inspanning verwacht, maar een gegarandeerd resultaat geëist (status arts is veranderd). Het aansprakelijkheidsvraagstuk zal de komende jaren dan ook steeds belangrijker worden. Dit kan ertoe leiden dat artsen hun keuzes meer laten afhangen van de angst voor mogelijke risico's (en zo claims te voorkomen). Er is niet veel gelegenheid te experimenteren vanwege het risico op mislukken (door bijvoorbeeld de publieke, media- én politieke aandacht voor incidenten).

#### 2.4.3 *Regels en ruimte (institutionele structuur)*

Onzekerheid over overheidsbeleid remt innovatie. Overheid en politiek zijn niet altijd koersvast en duidelijk genoeg. Daarnaast is de aandacht vanuit de departementen van oudsher zeer versnipperd geweest.

Het risico is aanwezig dat overheidssturing via grote programma's (Sneller Beter, Zorg voor Beter, Beter Voorkomen, de Nieuwe Praktijk) zijn effect gaat verliezen. Het veld wordt geleidelijk projectmoe.

#### 2.4.4 *Kennisontwikkeling, kennisuitwisseling en ICT*

Men verwacht de komende jaren een versterking arbeidsmarktprobleem op alle onderwijsniveaus (MBO-niveau: zowel zorg als medisch onderzoek, HBO-niveau: zorg, etc).

Opleidingen moeten beter aansluiten bij nieuwe technische/biomedische ontwikkelingen. Er moeten meer exacte vakken in de medische opleiding komen, anders raken artsen achterop op de nieuwste ontwikkelingen en begrijpen niet welke mogelijkheden nieuwe ontwikkelingen op biomedisch terrein voor hen betekenen. Maar ook technici moeten een andere taal leren die aanspreekt in de wereld van de gezondheidszorg.

Steeds grotere specialisatie (bijvoorbeeld door verhoogde kennisintensiteit) leidt tot verdere versnippering, met alle consequenties van dien bij gebrekkige informatieoverdracht. De cultuur van subsidiëren en publiceren belooft vaak verder specialiseren in tegenstelling tot generalistisch werken en multidisciplinariteit, terwijl bij maatschappelijke vraagstukken het collectieve belang zwaarder zou moeten wegen.

Er blijven kansen liggen door onvoldoende integratie veterinair en humaan biomedisch onderzoek op gebied van bestrijding infectieziekten. De afgelopen jaren is duidelijk geworden dat infectieziekten en ziekteverwekkers in voedsel een steeds groter gevaar betekenen voor dier- en volksgezondheid, bijvoorbeeld door toenemende mondiale handel in dieren en producten, mobiliteit van mensen en wijzigende klimatologische omstandigheden.

Er zijn vaak problemen rondom matching: toponderzoekers krijgen vanuit de EU kansen en middelen om te innoveren, maar de UMC's kunnen de matching niet altijd financieren. Verder is er gebrek aan private financiering van onderzoek bijvoorbeeld vanuit het bedrijfsleven, bv door te lage financiële rendementsverwachtingen en langdurige trajecten.

Grote ICT-aanbieders kennen de zorg onvoldoende en leveren (verouderde) ICT-eilandoplossingen die niet aansluiten bij de zorgbehoeften en de wensen van de zorgprofessionals.

## **2.5 Concluderend**

De zorg presteert redelijk goed maar het kan beter. Op zowel gezondheidsuitkomsten als kwaliteit van de organisatie zijn verbeteringen mogelijk. De zorg zal innovatiever moeten inspelen op de groeiende en veranderende zorgvraag en op handen zijnde personeelstekorten.

Met het nieuwe verzekeringstelsel en het tot nu toe ingezette kwaliteitsbeleid is een begin gemaakt met een meer marktgerichte dynamiek maar kwaliteit is nog niet de motor voor innovatie gebleken.

Er is nog geen ware prestatiegerichte bekostiging, inkoop gebeurt veel op prijs, de klant stelt zich zelden kritisch op en het kwaliteitssysteem is nog niet eenduidig en helder. De cultuur in de zorg is behoudend en risicomijdend en door het grote aantal actoren strijden vele belangen met elkaar om voorrang. Nieuwe toetreders en nieuwe producten vinden moeilijk ingang in de zorg.

Een brede aanpak van gezondheid, binnen en buiten de traditionele zorgdomein, kan de druk op het zorgstelsel verlichten, zowel financieel als in termen van capaciteit.

Er zijn innovatie belemmerende regels, nog niet genoeg investeringsmogelijkheden en te weinig doorstroom van kennis naar toepassing. Innovatie wordt afgeremd in plaats van beloond. Het gebruik van ICT loopt achter bij de technologische mogelijkheden en de uitwisseling van kennis tussen onderzoek en praktijk en tussen verschillende sectoren is suboptimaal.

Ondanks deze belemmeringen, is er nog veel te winnen door innovatie. De zorg wordt steeds meer een groeiende economische markt. Er zijn kapitaalverstrekkers en draagkrachtige burgers die geïnteresseerd zijn om te investeren en nieuwe producten af te nemen. Interesse groeit in nieuwe op gezondheid gerichte concepten en het benutten van de mogelijkheden die ICT te bieden heeft. Samenwerkingsvormen tussen onderzoek, zorg en privaat initiatief beginnen vorm te krijgen door gerichte stimulansen.

*SWOT-analyse samengevat in een matrix*

<p><b>Sterktes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgstelsel als katalysator voor vernieuwing</li> <li>- Laatste jaren ontstaat daadwerkelijk dynamiek</li> <li>- Steeds meer (kwaliteits)informatie beschikbaar</li> <li>- Professionele houding</li> <li>- Goede kennisbasis</li> </ul>	<p><b>Zwaktes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variatie in kwaliteit</li> <li>- Keuze-informatie nog weinig gebruikt</li> <li>- Weinig klantgerichtheid, weinig ondernemerschap</li> <li>- Prikkel tot innovatie verkeerd gericht (loont niet)</li> <li>- Schotten tussen sectoren belemmeren keten</li> <li>- Doorstroom van kennis naar toepassing beperkt</li> </ul>
<p><b>Kansen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Groeimarkt (toename zorgvraag én vermogens)</li> <li>- Brede aanpak gezondheid; overstijgen zorgdomein</li> <li>- Focus chronische aandoeningen; ketens</li> <li>- Wens van cliënt wordt drijvende kracht</li> <li>- Nieuwe producten en technologieën op komst</li> <li>- Kwaliteit en doelmatigheid: motor voor innovatie</li> </ul>	<p><b>Bedreigingen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personeelstekort in arbeidsintensieve sector</li> <li>- Loslaten menselijke maat door inzet technologie.</li> <li>- Overheidsbeleid niet koersvast</li> <li>- Risicomijdend gedrag door bestaande actoren.</li> <li>- Verdergaande versnippering door specialisatie</li> <li>- Braindrain</li> </ul>

De hoofduitdaging voor de Nederlandse gezondheidszorg voor de komende jaren is: *"het op efficiënte en effectieve manier tegemoet komen aan de groeiende en veranderende zorgvraag binnen de randvoorwaarden van goede kwaliteit en toegankelijkheid"*.

De uitkomsten van de SWOT leiden tot een zestal belangrijke oplossingsrichtingen:

1. Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt
2. Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels
3. Voer product- en procesinnovaties door
4. Pak gezondheidsbevordering integraal aan
5. Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit
6. Vorm een krachtige kennisketen

### 3 De belangrijkste oplossingsrichtingen

De aanpak van de groeiende en veranderende zorgvraag is de grootste uitdaging voor de komende jaren gesteld. Zes oplossingsrichtingen komen naar voren om deze centrale uitdaging adequaat te kunnen adresseren. Overigens geeft de volgorde van de uitdagingen geen prioritering aan. Uiteraard is het van belang om die zaken nieuw in gang te zetten die nog niet bestaan of vernieuwende strategieën te kiezen op punten waar nog onvoldoende vorderingen worden gemaakt.

Deze oplossingsrichtingen zijn getoetst door zowel het Innovatieplatform (IP) als door leden van team zorg in de directie Kennis en Innovatie (KenI), in bijeenkomsten en via de digitale snelweg (internet en e-mailconsultaties).

PM tzt overzicht alle bijeenkomsten en “toetsmomenten”, inclusief namen?

3/10 IP groepsbijeenkomst Groningen

19/10 IP groepsbijeenkomst Rotterdam

18/10 KenI groepsbijeenkomst Den Haag met mensen uit de (langdurige) zorg

22/10 IP groepsbijeenkomst Amsterdam

26/10 VWS informeel overleg met mensen uit de (curatieve) zorg

Oktober/november toetsing via mail of bilaterale contacten

6/12 brede bijeenkomst met alle relevante directies binnen VWS

PM Er is relevante informatie uit het buitenland beschikbaar. Bv OECD Working Paper bevat samenvatting van het innovatiebeleid m.b.t. zorg in enkele landen. Verder: TWA's hebben aantal leuke initiatieven aangegeven. Sitra (Finland) leerzaam. Er lopen EU-trajecten (bv rondom e-Health). Evt WHO-dingen.

#### 3.1 Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt

‘Als er op kwaliteit gestuurd wordt volgt innovatie vanzelf’ is een veelgehoorde stelling. Innovatie is nodig om betere kwaliteit te leveren. Inzicht in de prestaties motiveert om beter te zijn dan gemiddeld, omdat het goed is voor de reputatie of omdat men hiervoor wordt beloond. Inzicht disciplineert ook, door professionele gedrevenheid maar ook door dwang van klanten.

Aan de basis van kwaliteitssturing ligt een vertrouwen tussen overheid en veld en helderheid over de verwachtingen over de kwalitatieve (en kwantitatieve) resultaten. Dan kan het veld de verantwoordelijkheid nemen om volgens eigen (innovatieve) inzichten de taak uit te voeren.

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren. Elke sector heeft ze of is ermee bezig. Om te komen tot een goede werking van het zorgsysteem en daarmee te komen tot goede kwaliteit van zorg zijn betere, meer output gerichte indicatoren nodig en meer transparantie over de prestaties daarop. Daarnaast moeten klanten in staat zijn te kiezen voor een zorginstelling met goede prestaties.

Belemmeringen daarbij zijn cliënten die geen gebruik maken van die informatie bijvoorbeeld omdat zij trouw blijven aan hun bestaande zorgverlener of verzekeraar. Ook zijn er soms nog beperkte mogelijkheden voor cliënten om te kiezen voor aanbieders van goede kwaliteit. Zo heeft de cliënt bijvoorbeeld geen vrije keuze voor AWBZ-uitvoerder en is er sprake van toetredingsdrempels voor nieuwe zorgaanbieders, zodat de prikkels voor aanbieders om zich richting cliënten te onderscheiden met goede kwaliteit minder sterk zijn. Daarnaast worden de mogelijkheden voor instellingen om zich te onderscheiden beperkt, bijvoorbeeld doordat er beperkte mogelijkheden zijn om bij te betalen voor bijvoorbeeld luxe. Ook moeten verzekeraars zich niet alleen richten op de laagste prijzen maar ook op de beste kwaliteit.

Kansen: zichtbare kwaliteit, empowerment burgers, versterken ondernemerschap

Wie: VWS, EZ (i.s.m. IGZ, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties)

Hoe: bestaand beleid continueren/versterken

- normen verantwoorde zorg
- meer transparantie over prestaties
- stimuleren mondige cliënt
- aanpakken belemmeringen in systeem (vrije keuze AWBZ-uitvoerder, toetredingsdrempels nieuwe zorgaanbieders, differentiatie – zoals bijbetalen voor luxe – maar beperkt mogelijk)

### 3.2 Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels

Er zijn veel signalen dat innovatie op dit moment niet voldoende lonend is en dat de financiële ruimte voor innovatie en onderzoek te beperkt is. Het investeren in innovatie is moeilijk door sturing op throughput, gebrek aan startkapitaal, afkomen van opbrengsten en gebrek aan experimenteerruimte. Hierdoor komen potentieel interessante vormen van innovatie niet tot stand.

Het versterken van de link tussen kosten en baten van innovatie en het verbeteren van toegang tot financiële middelen kan bijdragen aan de ontwikkeling en doorvoering van interessante, kosteneffectieve innovaties. Commerciële partijen zullen uitgedaagd worden om initiatieven richting de zorg te nemen en toetredingsbelemmeringen zullen weggenomen moeten worden. Risicodragend kapitaal kan ingezet worden voor de ontwikkeling van innovaties.

Belemmeringen bij het lonend en financieel mogelijk maken van innovatie (en onderzoek daarnaar) liggen in de bekostigingssystematiek en de toegang tot financiële middelen. Opname in het pakket is een langdurig en traag proces en er bestaan tegenstrijdige regels die vergoeding tegenhouden.

De kosten en baten van innovatie liggen niet altijd in één hand, zodat instellingen niet altijd de vruchten plukken van hun prestaties. Zo geeft de huidige bekostigingssystematiek zorgaanbieders weinig financiële prikkels om de zorg zo te organiseren dat de totale kosten voor de cliënt (op korte én lange termijn)

geminimaliseerd worden (dit geldt zeker voor de AWBZ, maar ook nog altijd in delen van de ziekenhuiszorg en andere zorgdomeinen).

De mogelijkheden tot het benutten van risicodragend kapitaal zijn op dit moment beperkt, waardoor zorgaanbieders of onderzoekers over een beperkte hoeveelheid financiële middelen kunnen beschikken. Mogelijkheden die in het MKB bestaan voor ondersteuning bij innovatie zoals vouchers, kredieten en startsubsidies staan niet altijd open voor zorginstellingen.

Vooralsnog is het van belang om zicht te krijgen op welke concrete regels innovatoren tegenkomen en op welke wijze deze tegenwerken. Ook is een overzicht van bestaande innovatiestimulerende regelingen en programma's van belang om te bepalen welke voor de zorg relevant zouden kunnen zijn.

Kansen: versterken ondernemerschap, verbeteren investeringsklimaat, sociale innovatie

Wie: VWS, EZ, OCW (i.s.m. NZa, CVZ, etc ...)

Hoe: bestaand beleid continueren/versterken, beleidsimpuls noodzakelijk

- creëren experimenteerruimte
- versterken link tussen kosten en baten
- aanpassingen in bekostigingssystematiek
- proces voor pakketbeslissing onder de loep nemen
- inzet risicodragend kapitaal
- onderzoek naar inzet generieke instrumenten t.b.v. ondernemerschap

### 3.3 Voer product- en procesinnovaties door

Onderzoek leidt tot een breed scala aan innovaties en potentiële verbeteringen, welke bij bewezen kosteneffectiviteit hun weg naar de cliënt/patiënt zouden moeten vinden. Het betreft productinnovaties (geneesmiddelen, diagnostiek, medische hulpmiddelen en therapieën maar ook arbeidsbesparende technieken), maar ook om procesinnovaties (business process redesign). Er is een intensieve wisselwerking tussen het klinisch onderzoek en de ontwikkelaars (bedrijfsleven en medisch onderzoekers). Er zijn echter signalen dat het toepasbaar maken van verbeteringen (doorontwikkeling naar bruikbare producten) en het implementeren ervan weinig steun en veel belemmeringen ondervinden.

Snellere doorontwikkeling en toepassing van kosteneffectieve innovaties en verbeteringen zijn in het belang van de cliënt. Belemmeringen die doorontwikkeling en toepassing in de weg staan zitten in beperkte of verkeerde financiële prikkels, de beperkte aandacht voor dit onderwerp in opleiding en bijscholing en in belemmerende wet- en regelgeving. Er zijn te weinig positieve prikkels voor snelle doorvoering. Zo kunnen verouderde producten en therapieën behandelingen gefinancierd blijven en nieuwe ontwikkelingen van de markt geweerd worden, omdat de kosten en opbrengsten vaak niet in één hand liggen. Er is beperkte aandacht voor technische/bètavakken in medische opleidingen en bijscholing waardoor technische innovaties moeilijker landen. Daarnaast is er weinig doorstroom vanuit de klinische kant in het medisch onderzoek

(medici gaan minder vaak het onderzoek in). Ook wordt er in wet- en regelgeving weinig rekening gehouden met nieuwe ontwikkelingen en wensen in het onderzoek en met nieuwe beroepen.

Er zijn signalen dat de mogelijkheden die ICT biedt op dit moment niet goed worden benut, denk hierbij aan het (nog) ontbreken van het veel besproken elektronisch patiëntendossier (EPD). Ook kan gedacht worden aan de inzet van ICT voor telezorg, internetdiagnostiek of ambient assistent living. Het beter benutten van ICT biedt mogelijkheden tot het verhogen van arbeidsproductiviteit en kwaliteit in de zorg.

Belemmeringen voor het benutten van ICT-mogelijkheden kunnen liggen in het ontbreken van financiële prikkels, de cultuur in de zorg en afwezigheid van standaardisatie. De baten van investeringen in ICT komen niet altijd terecht bij degene die de lasten dragen, waardoor de prikkel voor implementatie beperkt is. Er bestaat een zorgelijke patstelling tussen partijen in de zorg die allemaal verschillende investeringen doen gebaseerd op hun eigen belangen en bezien vanuit het eigen perspectief. Alleen als deze partijen gezamenlijk besluiten en commitment tonen om samen te werken, is er een kans dat de innovatie in de zorg op gang komt.

Kansen: verhogen kwaliteit, verhogen doelmatigheid, verhogen arbeidsproductiviteit

Wie: VWS, EZ, OCW (i.s.m. ZonMw, TNO, ICT-Regie, Telematica, ...)

Hoe: Bestaand beleid continueren/versterken

- snelle doorontwikkeling en toepassing kosteneffectieve innovaties
- wet- en regelgeving doorlichten op belemmeringen
- via bekostiging juiste prikkels
- standaardiseren
- communiceren

### **3.4 Pak gezondheidsbevordering integraal aan**

De huidige aanpak in de gezondheidszorg kent nog altijd een sterke focus op geneeskunst of het bestrijden van ziekten. Er is beperkt sprake van verbindingen (i) binnen het zorgdomein en (ii) tussen zorg en andere gerelateerde domeinen. Binnen het zorgdomein worden nog altijd indelingen in terreinen gehanteerd als cure, care en eerstelijnszorg. Preventie, transmurale en integrale zorg komen hierdoor moeizaam tot stand en er kan afwenteling plaatsvinden tussen zorgvormen. Dit komt de slagkracht en innovatiekracht van organisaties niet ten goede.

Daarnaast wordt de gezondheidszorg nog vaak als losstaand domein behandeld, terwijl er veel raakvlak en wisselwerking is met andere domeinen, denk aan domeinen als diergeneeskunde, gezonde voeding, sport, gezondheid op werk/school. Hierdoor wordt de aanpak van gezondheid (zowel bezien vanuit beleid als onderzoek) niet vanuit de gehele keten maar vanuit deelaspecten bezien en wordt het zorgsysteem mogelijk zwaarder belast dan nodig.

Het verbeteren van verbindingen binnen het zorgdomein en tussen zorg en andere domeinen kan leiden tot een effectievere en efficiënte aanpak van gezondheidsbevordering.

Belemmeringen die deze integrale aanpak in de weg staan zijn schotten in financiering, een cultuur die niet gericht is op (het stimuleren van) gezond leven. De schotten in financiering kunnen leiden tot beslissingen die niet optimaal zijn wanneer gekeken wordt naar de gehele gezondheidsketen. De cultuur van de samenleving is slechts beperkt gericht op gezond leven, aandacht voor eigen gezondheid of het stimuleren van gezond leven (bijvoorbeeld door premiedifferentiatie, lagere BTW op gezond voedsel etc.).

Kansen: Meer en betere gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering

Wie: VWS, LNV, SZW, VROM, V&W, OCW, EZ ... (i.s.m. VEEL partijen – gemeenten, provincies, scholen, sportverenigingen, RIVM, universiteiten, bedrijfsleven, ...)

Hoe: beleidsimpuls noodzakelijk (zie Visie op gezondheid en preventie)

- koesteren en vernieuwen van traditionele preventie
- een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid
- het verbinden van preventie en zorg
- in de bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen
- meer/beter onderzoek naar gezondheid en andere domeinen
- bijvoorbeeld ook via oplossingsrichtingen 1, 2 en 3

### 3.5 Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit

Op een aantal punten scoort werken in de zorgsector goed: mogelijkheden om in deeltijd te werken, werk en zorgtaken in de privé-sfeer zijn goed te combineren en de maatschappelijke relevantie van het werk is hoog. Toch wordt het vinden en vasthouden van geschikt personeel een probleem in de zorg. De zorg heeft bij schoolverlaters geen goed imago en wordt niet aantrekkelijk gevonden om in te werken. Het beeld is "hard werken voor weinig geld". De kranten staan vol van bezuinigingen en ontslagen.

De zorg zal moeten concurreren met andere sectoren om het schaarse personeel. Nieuwe jonge mensen aantrekken en oudere werknemers behouden zal prioriteit moeten worden. Daarnaast zal met beschikbare mensen zuinig moeten worden omgegaan. Er zijn veel mogelijkheden die nog onvoldoende benut worden om bijvoorbeeld arbeidstijd te besparen, productiviteit te verhogen, nieuwe beroepen in te zetten of in opleidingen zorg en techniek beter met elkaar te verbinden. Goede voorbeelden zijn nodig om te kunnen volgen. Gerichte stimulansen kunnen het tij keren.

Denk hierbij ook aan stimuleren van sociale innovatie. Minder starre aansturing en ruimte voor eigen initiatief leiden tot onvermoede kansen en creativiteit.

Kansen: innoveren in nieuwe zorgconcepten, voorzien in voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel

Wie: VWS, SZW, OCW (i.s.m. sociale partners, individuele instellingen, bedrijfsartsen, opleiders, hogescholen, ...)

Hoe: beleidsimpuls noodzakelijk (zie Arbeidsmarktbrief 2007)

- ontwikkelen en implementeren arbeidsbesparende technologie, zoals ICT en domotica
- voortgaan met implementatieprogramma's voor goede voorbeelden
- sociale innovatie
- (technologische) innovaties op gebied van veiligheid en werkbelasting
- verbinden van techniek en zorg (lectoren, hogescholen)

### 3.6 Vorm een krachtige kennisketen

De laatste 20 jaar is het (bio)medisch onderzoek in een enorme versnelling geraakt door vele doorbraken in het moleculair biologisch onderzoek en door de snelle ontwikkeling van enabling technologies zoals genomics, metabolomics, proteomics, ICT, nanotechnologie, molecular imaging. Dit heeft geleid tot meer fundamentele kennis van ziektemechanismen. Vooralsnog blijft de toepassing van deze kennis in preventie, diagnostiek en behandeling hierbij evenwel achter. Een grote opgave – niet alleen in Nederland – is om de doorbraak van fundamentele kennis naar toepassing (toegepast onderzoek en productontwikkeling en implementatie) te versnellen, vooral gericht op het oplossen van grote maatschappelijke opgaven.

Op verschillende punten in de kennisketen kan de uitwisseling van kennis en informatie worden verbeterd. Het gaat daarbij enerzijds over het vertalen van fundamentele kennis naar toepassing van medische innovaties, uitwisseling van best practices op terrein van proces en organisatie tussen zorginstellingen of het uitwisselen van private initiatieven voor gezond gedrag. Denk bijvoorbeeld aan het ontwikkelen en gebruiken van lerende netwerken en / of databases van goede praktijken.

Een betere samenwerking tussen onderzoekers van verschillende sectoren zoals preventie en natuur, woningbouw en die binnen de gezondheidszorg biedt kansen voor innovatie en het ontwikkelen en testen van nieuwe producten. Een opsomming van bestaande stimulerings- en ondersteuningsmogelijkheden zou helpen om nieuwe verbindingen te leggen.

Belemmeringen voor goede kennisuitwisseling kunnen liggen in de behoudende en weinig ondernemende cultuur van onderzoeks- en zorginstellingen en het ontbreken van financiële stimulansen voor het versterken van de kennisketen.

Kansen: Toepassing van nieuwe kennis in preventie, diagnostiek en behandeling.

Wie: VWS, EZ, OCW (i.s.m. Senter Novem, UMC's, ZonMw,...)

Hoe: bestaand beleid continueren/versterken (zie interdepartementale strategie)

- Aansluiting wetenschappelijk onderzoek bij VWS-agenda
- Aansluiting economische stimuleringsprogramma's bij de VWS-agenda

- Aansluiting in HBO- en andere opleidingen bij de onderzoeksbehoefte in het bedrijfsleven
- Wegwerken van onnodige barrières voor waardevolle medische producten en het creëren van incentives (zie 2 en 3)
- Uitbouwen interdepartementale samenwerking bij onderzoeksprojecten
- Uitbouwen en gebruik maken van relevante netwerken

### **3.7 Concluderend**

Op de zes terreinen lopen op dit moment diverse initiatieven. De interdepartementale maatschappelijke innovatie agenda beoogt witte vlekken in te vullen, of bestaande initiatieven te versnellen.

Om tot effectieve beleidsvorming is te komen is het noodzakelijk om focus aan te brengen. Op sommige terreinen lopen wellicht veel initiatieven, op andere terreinen is een beleidsimpuls noodzakelijk. Het ligt voor de hand om de keuze voor de focus niet als overheid alleen te maken, maar de keuze in samenspraak met het veld te maken.

## Bijlage 1 Inventarisatie lopende initiatieven

Deze bijlage geeft een opsomming van lopende initiatieven. Allereerst zijn de initiatieven weergegeven in een compacte tabel, daarna staan de initiatieven kort uitgewerkt (met waar mogelijk: beschrijving, doel, looptijd, budget dat er mee gemoeid is, website voor meer informatie).

De lijst is zeker niet compleet. Het geeft hooguit een indicatie van wat er momenteel (medio 2007) loopt en wat is aangekondigd voor de korte termijn. Bovendien is de tabel in ontwikkeling: er komen nog belangwekkende initiatieven bij, er gaan minder relevante initiatieven af, en de confrontatie met de uitdagingen is nog voor discussie vatbaar.

Het is van belang deze initiatieven te confronteren met de oplossingsrichtingen, om zo eventuele witte vlekken in kaart te brengen. Dit levert, samen met het advies van het Innovatieplatform, input voor de programmaliijnen van de Maatschappelijke Innovatie Agenda.

Oplossingsrichtingen:

1. Stuur op kwaliteit en keuzevrijheid cliënt
2. Geef meer ruimte aan innovatie in de zorg door financiële prikkels
3. Voer product- en procesinnovaties door
4. Pak gezondheidsbevordering integraal aan
5. Verbeter de arbeidsmarkt en de productiviteit
6. Vorm een krachtige kennisketen

### a. Compacte tabel met lopende initiatieven

Lopende initiatieven		Oplossingsrichtingen					
		1	2	3	4	5	6
<b>Ondernemerschap en innovatie – zie §4.2 (wet- en regelgeving, beleidsontwikkeling, beleidsprogramma's, ...)</b>							
1	Zorgverzekeringswet en werking stelsel	x	x		x		
2	Preventiebeleid VWS			x	x		
3	Wet toelating zorginstellingen	x	x				
4	Wet Cliënt en Kwaliteit van Zorg (aangekondigd)	x					
5	Versterking patiënten-, gehandicapten- en ouderenorganisaties	x	x				
6	Website KiesBeter.nl	x	x	x			
7	Centrum meting Klantervaring Zorg	x					
8	Koers op kwaliteit, zichtbare kwaliteit: bestaand kwaliteitsbeleid VWS	x	x	x			
9	Aanpak bureaucratie en belemmerende regelgeving (www.regelhulp.nl)	x	x				
10	Interdepartementale strategie innovatie medische producten			x			x
11	Kennisinvesteringsagenda			x	x	x	x
12	Subsidieregeling Persoonsgebonden budget	x	x	x	x		
13	Experimenteerruimte		x	x	x	x	
14	Risicodragendheid kapitaallasten (aangekondigd: Met zorg ondernemen)	x	x	x			
15	Bekostiging ziekenhuiszorg	x	x	x		x	

16	Overheveling kortdurende GGZ naar Zvw (aangekondigd)	x					
17	Zorgzwaartebekostiging (aangekondigd)	x	x				
18	Wijziging bekostiging extramurale zorg (aangekondigd)	x	x				
19	Volledig pakket thuis door thuiszorg leverbaar (aangekondigd)	x	x				
20	Wet maatschappelijke ondersteuning				x		
21	VWS-Innovatieprogramma Dromen, Denken, Doen (aangekondigd)		x	x	x	x	
22	Sneller Beter	x		x		x	
23	Beter Voorkomen	x			x		x
24	Zorg voor Beter	x	x	x		x	
25	De Nieuwe Praktijk			x			
26	Resultaten Scoren	x		x			x
27	Landelijk dementie programma	x		x			
28	Diabetes Ketenzorgprogramma		x	x			x
29	Invoering EPD		x	x			x
30	ICT Regie		x	x			x
31	Maatschappelijke sectoren & ICT		x	x			x
32	Ergocoachproject			x		x	
33	Regionale proefprojecten zorgsector (aangekondigd)					x	
34	Voedingscentrum (VWS en LNV)				x		x
35	Steunpunt Landbouw & Zorg				x		x
36	Smaaklessen				x		x
37	Pieken in de Delta (regionale programma's)			x			
38	Innovatievouchers		x	x			
39	Technopartner seedfaciliteit: health innovation fund		x	x			
40	Innovatieprestatiecontracten		x	x			
<b>Kennis en innovatie – zie §4.3 (onderzoeksprogramma's, activiteiten kennisinstituten, ...)</b>							
1	Innovatieprogramma Life Sciences en Gezondheid		x	x			x
2	Center for Translational Molecular Medicine (CTMM)			x			x
3	Biomedical Materials program (BMM)			x			x
4	Top Instituut Pharma (TI Pharma)			x			x
5	IOP Genomics			x			x
6	Netherlands Genomics Initiative (NGI)			x			x
7	IOP Mens Machine Interactie			x			
8	SmartMix projecten			x			
9	Bsik (projecten gericht op kennisinfrastructuur)			x			
10	Parelsnoer (biobanken UMC's)	x	x	x			x
11	UMC's – Academische component						
12	Priority medicines, Onderzoeksagenda medische biotechnologie, Priority medical devices		x				x
13	Eranet Euro Trans Bio (internationaal)			x			
14	Het 7 <sup>e</sup> Kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling, thema 'Gezondheid' (europees)			x			x
15	Communautair Actieprogramma Volksgezondheid			x	x		x
16	Europees Technologie Platform 'Nanomedicine' (internationaal)			x			

17	Open programma NWO en ZonMw						x
18	Diverse onderzoeken, programma's en campagnes bij ZonMw (Preventieprogramma's, Leefstijlcampagnes, Doelmatigheidsprogramma, Ouderenprogramma, Geestkracht, Programma jeugd, Chronisch zieken / disease management programma)		x	x	x		x
19	TNO Kwaliteit van Leven – programma Zorginnovatie		x			x	x
20	TNO Kwaliteit van Leven – onderzoeksprogramma Gezonde voeding				x		x
21	Diverse onderzoeken en thema's bij WUR (Inrichting en gebruik groene en blauwe ruimte: Thema functioneren en ontwikkeling van landschappen voor mens en maatschappij; Diergezondheid en dierenwelzijn; Gezonde voeding voor mens en dier; Ecologische hoofdstructuur: Jeugd, natuur en gezondheid; Verduurzaming productie en transitie: Zoönosen/Nieuwe kansen zorglandbouw; Voedselkwaliteit, voedselveiligheid en diergezondheid: Zoönosen).				x		
22	Top Institute Food and Nutrition (TIFN) – onderzoeksprogramma Nutrition and health				x		
23	Food and Nutrition Delta – innovatiethema Voeding en gezondheid				x		
24	Impuls Veterinair Aviaire Influenza Onderzoek Nederland				x		

## **b. Initiatieven (met name) gericht op ondernemerschap en innovatie**

### **1. Zorgverzekeringswet en werking stelsel**

Met de introductie van de zorgverzekeringswet (zvw) per 1-1-2006 is waarmee onderscheid ziekenfonds/particulier is komen te vervallen. Iedere ingezete is verplicht zich te verzekeren voor de basisverzekering bij een verzekeraar naar keuze (verzekerde betaalt nominale premie, verzekeraar heeft acceptatieplicht). Verzekeraar concurreert om gunst van de verzekerde door inkopen van zorg van goede kwaliteit tegen een gunstige prijs. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

In het risicovereveningssysteem worden de ex-post correcties die de risico's voor verzekeraars te veel dempen, afgebouwd. Per 2008 wordt de generieke verevening afgeschaft en het nacalculatiepercentage op aangepast. Per saldo betreft dat een verlaging van de inzet van deze twee ex-post compensatiemechanismen van 5 procentpunt. Door deze verlaging nemen de risicodragende ziekenhuiskosten met 10 procent toe. Gestreefd wordt naar verdere afbouw per 2009. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

### **2. Preventiebeleid VWS**

Gezond zijn, gezond blijven: een visie op gezondheid en preventie

- samenwerking met VROM/WWI/LNV op gebied van wijkinrichting tbv. gezonde leefomgeving/bewegen in de natuur. Ook samenwerking met sociale zaken en onderwijs.
- preventie in de zorg invoeren, met name in de 1e lijn, zorgketen dmv. disease management, programmatische aanpak (indicatoren-zorgstandaarden/normen-inkoop)
- mogelijkheden om preventie in zorgverzekeringswet te brengen worden nu onderzocht
- tegengaan van versnippering in de openbare gezondheidszorg
- verkenning op effectieve innovaties en hoe die kunnen worden ingezet is nu gaande
- oprichting Centrum voor Gezond Leven bij het RIVM.

Tegelijk met het uitkomen van de brede visie op gezondheid en preventie is gewerkt aan een innovatieprogramma voor de preventie sector. Dit programma is ontwikkeld langs de lijnen van het VWS-brede innovatieprogramma Dromen, Denken en Doen (zie voor toelichting ander initiatief).

### **3. Wet toelating zorginstellingen**

De introductie van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) per 1-1-2006 heeft de toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders verruimd. Zelfstandige behandelcentra's (ZBC's) alle zorg in het B-segment aanbieden (naast alle niet-klinische zorg in het A-segment).

### **4. Wet client en kwaliteit van zorg (aangekondigd)**

In de brief Koers op kwaliteit is aangekondigd dat een wet ter versterking van de positie van de consument in voorbereiding is. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

### **5. Fonds PGO (cliëntenorganisaties)**

PM

### **6. Website KiesBeter.nl**

Ter versterking van de positie van de consument is de website [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl) gestart waarop kwaliteitsinformatie over ziekenhuizen, verpleeg-en verzorgingshuizen te raadplegen is door burgers van Nederland. Informatie over gehandicapteninstellingen en GGZ-instellingen wordt momenteel ontwikkeld. Voor meer informatie zie [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl).

### **7. Centrum meting Klantervaring Zorg**

Het centrum meting klantervaring zorg is opgericht in december 2006. Dit centrum meet cliëntoordelen door middel van de zogeheten CQ-index. Er zijn inmiddels meetlijsten ontwikkeld en pilots met metingen verricht.

### **8. Zichtbare kwaliteit: bestaand kwaliteitsbeleid VWS**

Het bestaande kwaliteitsbeleid van VWS is erop gericht om inzicht te vergroten in de prestaties van zorgaanbieders en het oordeel van cliënten hierover. Hierbij ligt de focus op snelle beschikbaarheid en betrouwbaarheid van die informatie. In alle sectoren zijn afspraken gemaakt over maken en rapporteren van indicatoren en leveren jaardocument maatschappelijke verantwoording en informatie op KiesBeter.nl:

- VenV: 2008. GGZ: groeimodel
- GZ: 2009
- Medisch specialistische zorg: voor 2011 80% planbare zorg transparant,
- HA: PM afspraken gemaakt?
- Collectieve preventie: 2008
- Revalidatie: 2009
- Ketenzorg: PM

De IGZ heeft inmiddels een programmabureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit.

### **9. Aanpak bureaucratie en belemmerende regelgeving ([www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl))**

VWS voert beleid onder de noemer Uitvoering goed geregeld. Hieronder valt onder meer het Meldpunt bureaucratie. Het Actieplan AWBZ Naar eenvoud in uitvoering bevat onder meer voorstellen voor verregaande vereenvoudiging en stroomlijning van de indicatiestelling.

Onderdeel hiervan is aanbieden van een webloket om in een keer aanvraag voor voorzieningen in zorg en sociale zekerheid te doen. Voor meer informatie zie [www.regelhulp.nl](http://www.regelhulp.nl).

### **10. Interdepartementale strategie innovatie medische producten**

Een goede samenwerking en uitwisseling van kennis tussen universiteiten, hogescholen, kenniscentra, en het bedrijfsleven is van belang. In dat verband is relevant dat EZ, OCW en VWS samen een interdepartementale strategie innovatie medische producten hebben ontwikkeld. Doel van die strategie is ook om nieuwe medische producten te verkrijgen voor prioritaire problemen in volksgezondheid en zorg, c.q. een kennisinfrastructuur op te bouwen waarin dergelijke producten tot stand kunnen komen. Daartoe verbinden de departementen de maatschappelijke opgaven met de wetenschappelijke excellentie van kennisinstellingen (m.n. op biomedisch gebied) en de economische sterktes van Nederland.

### **11. Kennisinvesteringsagenda**

De kenniswereld komt met veel initiatieven voor nieuwe kennisinvesteringen en vraagt daarvoor instemming en steun bij o.a. VWS. De beperkt beschikbare middelen en het beslag op VWS-capaciteit dwingen tot selectiviteit daarbij. De maatschappelijke opgaven agenda is voor VWS leidend om te bepalen welke initiatieven ze actief zal steunen en welke niet. Actief steunen betekent niet noodzakelijk financieren, maar ook het leggen van contacten en verbinden aan andere publieke initiatieven. Komend najaar zal VWS de verschillende haar bekende initiatieven bezien en de conclusies slaan neer in een eigen VWS-kennisinvesteringsagenda, die interdepartementaal wordt ingebracht, zodat duidelijk(er) wordt wat andere departementen van VWS qua inzet mogen verwachten

### **12. Subsidieregeling Persoonsgebonden budget**

Sinds 1 april 2003 is de Subsidieregeling Persoonsgebonden Budget (pgb) nieuwe-stijl van kracht voor zorg uit de AWBZ. Een persoonsgebonden budget (pgb) is een geldbedrag dat iemand ontvangt om zelf zijn of haar zorg mee te kopen (m.u.v. functies behandeling en langdurig verblijf). Een pgb is geen verplichting. Er kan ook gekozen worden voor zorg in natura of voor een combinatie van een pgb en zorg in natura. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl).

**13. Experimenteerruimte**

Met ingang van 2007 is er voor zorginnovatie een aparte NZa beleidsregel gekomen. Deze NZa beleidsregel maakt het mogelijk om met name in de eerste lijn innovatieve zorgconcepten te financieren (beleidsregel "geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie").

Daarnaast is per 1/1/2007 is de beleidsregel "Innovatie voor nieuwe zorgproducten" van de NZa van kracht. Met deze beleidsregel kunnen kortdurende experimenten met nieuwe zorgproducten gefinancierd worden. Plan is om het ook open te stellen voor de AWBZ

**14. Risicodragendheid kapitaallasten (aangekondigd: Met zorg ondernemen)**

Vanaf 1 januari 2009 zullen kapitaallasten integraal onderdeel uitmaken van prijzen/tarieven. In de jaren na invoering van integrale tarieven wordt het risico voor de instellingen stapsgewijs opgevoerd. Uiteindelijk zullen alle zorginstellingen hun kapitaallasten grotendeels terugverdienen door middel van het leveren van zorg. Bouwregime wordt per 2008 (ziekenhuiszorg) of 2009 (AWBZ) afgeschaft zodat instellingen niet meer vooraf toestemming hoeven te vragen voor bouwbeslissingen en financiële verantwoordelijkheid gaan dragen voor hun investeringsbeslissingen. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**15. Bekostiging ziekenhuiszorg**

Sinds 2005 is voor bijna 10% van de ziekenhuiszorg sprake van vrije prijzen (zogenoemde B-segment); verzekeraars onderhandelen in dit segment met zorgaanbieders over zowel prijzen als volume. Voor de rest van de zorg (A-segment) stelt de NZa de hoogte van de prijzen vast; zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderhandelen wel over het volume in het A-segment. Uitbreiding B-segment naar 20% (per 2008) en invoering per 2009 van maatstafconcurrentie voor gedeelte van de ziekenhuiszorg dat niet is vrijgegeven maar zich wel leent voor onderhandeling over de prijs zijn aangekondigd. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**16. Overheveling kortdurende GGZ naar Zvw (aangekondigd)**

Het geneeskundige deel van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) gaat vanaf 1 januari 2008 over van de AWBZ naar de Zvw. Dit draagt bij aan de samenhang van de zorg. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**17. Zorgzwaartebekostiging**

Per 1/1/2008 wordt zorgzwaartebekostiging ingevoerd voor cliënten die in een zorginstelling verblijven (intramurale zorg) en zorg nodig hebben vanuit de AWBZ. Aanvankelijk vindt er nog volledige nacalculatie plaats. Na een overgangperiode zullen instellingen volledig betaald gaan worden op basis van zorgzwaarte van cliënten. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**18. Wijziging bekostiging extramurale zorg (aangekondigd)**

Er wordt ook gewerkt aan verandering van de bekostiging in de extramurale zorg per 1/1/2009. Bekostiging zal hier niet meer puur plaatsvinden op basis van geleverde uren. Hoe deze verandering er precies uit gaat zien is nog onbekend. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**19. Volledig pakket thuis door thuiszorg leverbaar (aangekondigd)**

Cliënten in een verblijfsinstelling mogen per 1/7/2007 hun verblijfszorg (onder voorwaarde dat de verblijfsinstelling dit kan en wil organiseren). Thuiszorginstellingen mogen echter nog geen 'verblijfszorg thuis' leveren. VWS werkt eraan om dit z.s.m. mogelijk te maken. Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

**20. Wet maatschappelijke ondersteuning**

Sinds 1-1-2007 is de Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) van kracht, waarmee de gemeenten een samenhangend pakket aan ondersteunende maatregelen kunnen samenstellen. Voorheen was dit versnipperd

over meerdere regelingen (Wet op de Arbeidsbescherming, Wet voorzieningen gehandicapten, deel van huishoudelijke verzorging uit de AWBZ). Voor meer informatie zie [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

### **21. VWS-Innovatieprogramma Dromen, Denken, Doen (aangekondigd)**

Vanuit het uitgangspunt van een overheid die systeemverantwoordelijk is en private partijen die uitvoeringsverantwoordelijk zijn, komt de innovatieve kracht vooral uit het veld zelf. Dit sturingsprincipe neemt niet weg dat juist de overheid daar waar het systeem onvoldoende functioneert de imperfecties weg moet nemen. De overheid kan zorgen voor een goed innovatieklimaat en goede randvoorwaarden voor innovatie. Terwijl voorheen innovaties vooral op deelgebieden verschillend werden ontwikkeld is het afgelopen jaar gewerkt aan een integrale benadering om de rol van de overheid in te vullen. Deze is vanuit de curatieve zorg ontwikkeld en wordt inmiddels verbreed naar de preventie en de langdurige zorg. Het programma is de laatste maanden verder ingevuld en organisatorisch ingebed.

Innoveren in de zorg gaat in drie stappen. De eerste stap is die van het nieuwe idee. Door te dromen over een betere diagnose en andere manier om een zorgvrager te helpen of om de doelmatigheid te vergroten ontstaan nieuwe ideeën. De droom moet worden doordacht, aangevuld, versterkt, praktisch toepasbaar gemaakt. De derde stap is die van de feitelijke invoering, niet bij een enkele zorgaanbieder, maar breed zodat alle cliënten kunnen profiteren.

### **22. Sneller Beter**

Het programma Sneller Beter is 20 november 2003 gestart om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Het moet sneller om de zorg op tijd beschikbaar te krijgen, zodat wachten op de zorg binnen aanvaardbare proporties blijft. Beter gaat in de eerste plaats om betere zorg voor de patiënt. Het slimmer organiseren van de zorg, soms door nieuwe logistieke afspraken of door het herontwerpen van zorgprocessen levert meestal al meer doelmatigheid en kwaliteit op. Wanneer bij deze veranderingen tevens de klant centraal blijft staan, zullen er ook meer tevreden patiënten zijn. Naast deze slimmere organisatie van de zorg blijven natuurlijk de medische en verpleegkundige innovaties en het bieden van veilige zorg van grote invloed op het sneller beter maken van patiënten.

Het verbeterprogramma gericht op de ziekenhuissector met drie pijlers.

- 1e pijler: aanjaagfunctie in samenwerking met grote Nederlandse bedrijven.
- 2e pijler: verbeteren van transparantie door middel van prestatie-indicatoren (primair in handen van de IGZ).
- 3e pijler: versnelde invoering van bewezen innovaties in 24 ziekenhuizen.

Follow-up: samen met de IGZ wordt gewerkt aan een programma op het gebied van patiëntveiligheid. Daarnaast wordt gewerkt aan innovatie-aanjabende programma's specifiek gericht op de GGZ en de revalidatiesector.

Budget: € 11 miljoen. Looptijd: 2004-2008. Voor meer informatie zie [www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)

### **23. Beter Voorkomen**

Beter Voorkomen is een kwaliteitsstimuleringsprogramma in de preventie gericht op GGD's en gemeenten ten aanzien van de publieke gezondheidszorg. Het gaat om het ontwikkelen van kwaliteitsnormen, een benchmark, het ontwikkelen van maatschappelijke verantwoording (op indicatoren), certificering en kennisdeling bij GGD'en en thuiszorg jeudgezondheidszorg-organisaties en tot slot het stimuleren van gemeentelijke betrokkenheid in de preventie. Voor meer informatie zie [www.betervoorkomen.nl](http://www.betervoorkomen.nl)

### **24. Zorg voor Beter**

Zorg voor beter is een verbeterprogramma gericht op de AWBZ instellingen. Op 7 thema's zijn verbetertrajecten ingezet in instellingen voor langdurige zorg, onder meer specifiek gericht op het verbeteren van de

arbeidsproductiviteit. Voor wat betreft innovatie zijn er twee programmalijnen, namelijk (1) het ontwikkelen van nieuwe innovaties (transities) en (2) het opsporen en invoeren van bestaande innovaties .

- 1 Inrichting transitieruimtes: Voor de AWBZ wordt gewerkt aan de inrichting van transitieruimtes. Hierbij worden nieuwe kansrijke zorgconcepten in de praktijk getoetst. Deze projecten worden ondersteund, gemonitord en de leerervaringen komen beschikbaar voor landelijke uitrol. In dit programma wordt samengewerkt met brancheorganisaties GGZ Nederland, VGN, Actiz en BTN. Looptijd: .... Budget:.....
- 2 Invoeren van innovaties: er is een meetinstrument ontwikkeld voor arbeidsproductiviteit van werkprocessen, een kosten baten tool voor doorrekenen van innovaties, er zijn subsidies voor kleine innovatieprojecten en verbetertrajecten duurzame zorg en ECD. Looptijd 2004-2009. Budget E15 miljoen

Budget € 15 miljoen tot 2009, daarna verlenging. Looptijd 2004-2011. Voor meer informatie zie [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl).

#### **25. De Nieuwe Praktijk**

Betreft een innovatieprogramma gericht op de huisartsen. Het gaat hierbij in de kern om het aanjagen van huisartsen om te innoveren, onder meer door het uitwisselen van goede voorbeelden/innovaties.

#### **26. Resultaten Scoren**

Het kwaliteits- en innovatieprogramma Resultaten Scoren wordt gecontinueerd, om bewezen effectieve behandeling en best practices in de verslavingszorg doelmatig in te voeren.

Budget: €0.35 miljoen

#### **27. Landelijk dementie programma**

Dit programma heeft tot doel regioteams te faciliteren om verbeteringen aan te brengen in de zorg en dienstverlening voor mensen met dementie en het cliëntenperspectief structureel in te bedden.

Budget: € 3.5 miljoen. Looptijd: 2004-2009.

#### **28. Diabetes Ketenzorgprogramma**

Invoeren van diabetes ketenzorg in 10 regio's, experimenteren met een keten-DBC's en state of the art diabeteseducatie.

Budget: € 3 miljoen. Looptijd: 2005-2008.

#### **29. Invoeren Elektronisch Patiëntendossier (EPD)**

Het ministerie van VWS, CIBG en NICTIZ werken stapsgewijs aan de invoering van het EPD, waarbij zorgvuldigheid en beheersbaarheid centraal staan. Het EPD bestaat uit een aantal toepassingen die, ten behoeve van de landelijke digitale uitwisseling van medische gegevens door zorgverleners, zijn aangesloten op een landelijke infrastructuur.

De eerste twee toepassingen van het EPD zijn het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH). Centrale voorzieningen hierbij zijn een Landelijk Schakelpunt (LSP), Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z) en een Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI). De centrale voorzieningen en de afzonderlijke informatiesystemen van zorgaanbieders zijn uitgebreid getest in een laboratoriumomgeving. Hierna is het EMD/WDH op kleine schaal in de praktijkomgeving beproefd. Op 1 november 2006 is de koploperregio Twente gestart met de uitrol van het waarneemdossier huisartsen (WDH) en begin 2007 startte ook de uitrol van het elektronisch medicatiedossier (EMD) in de regio's Rijnmond en Amsterdam.

Nadat het WDH en EMD in de praktijk getest en geëvalueerd zijn, start de landelijke invoering van het EMD/WDH. Vanaf dat moment kunnen ook andere zorgaanbieders in Nederland aansluiten op het LSP en landelijk gegevens uitwisselen. Naast Twente, Rijnmond en Amsterdam zijn ook andere koploperregio's al begonnen met de voorbereidingen. Op dit moment bevindt de invoering van het EMD en WDH zich in de pilotfase. Naar verwachting start de landelijke invoering van het WDH in de zomer van 2007. Na de zomer volgt het EMD.

VWS heeft een programmabureau ICT met als missie het bevorderen van ICT in de zorg gericht op de betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg door middel van het creëren van de voorwaarden voor optimaal en veilig gebruik van ICT. De invoering van het landelijk Elektronisch Patiëntendossier met daarbij horende infrastructuur fungeert daarbij als hefboom.

Er vindt regelmatig een stuurgroepbijeenkomst (Stuurgroep ICT & Innovatie) plaats met daarin vertegenwoordigers van de betrokken koepelorganisaties in de beslist, begeleidt en bewaakt de voortgang op in te zetten ICT- en innovatietrajecten. Daarnaast wordt een aantal maal per jaar een Platformbijeenkomst gehouden met de landelijke koepel- en brancheorganisaties in de zorg.

### **30. ICT Regie**

ICT Regie stimuleert, initieert en faciliteert samenwerkingsvormen (communities of interest, platforms) waarin onderzoekers, ondernemers en gebruikers gezamenlijk op thema's gebaseerde strategische onderzoeksagenda's ontwikkelen. ICT Regie stimuleert en helpt bij het organiseren van ICT-innovatieplatforms.

### **31. Maatschappelijke Sectoren & ICT**

Het helpen oplossen van maatschappelijke vraagstukken, die leven in de sectoren mobiliteit, onderwijs, veiligheid en zorg door het creëren van doorbraken in de ontwikkeling en de implementatie van innovatieve ICT-toepassingen en -diensten. Zorg & ICT werkt aan verbetering van de zorg. De volgende actielijnen zijn voor de sector zorg benoemd in het Actieprogramma:

- - Ketenzorg online gedemonstreerd
- - Innovatief financieren
- - Ontsluiten en uitwisselen van gegevens voor betere zorg
- - Drempelvrees wegnemen bij zorgvragers en zorgverleners

In dit kader wordt ook gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van een elektronisch cliëntendossier binnen de V&V-instellingen. Dit elektronisch cliëntendossier draagt bij aan de vernieuwing binnen de sector.

In totaal is 80 miljoen beschikbaar voor 4 sectoren, waaronder de zorg voor een periode van 4 jaar. Zie voor meer informatie <http://www.m-ict.nl/>

### **32. Ergocoachproject**

Arbeidsmarktbeleid, SZW samen met VWS: Onderdeel van het project ergocoaches is het Platform Zorginnovatie. Dit Platform doet onderzoek naar de effecten van innovatieve werkmethoden en technieken op arbeidsproductiviteit, maar ook op kwaliteit van zorg (wat betekent de innovatie voor de patiënt) en kwaliteit van arbeid (wat betekent de innovatie voor de werknemer).

### **33. Regionale proefprojecten zorgsector (aangekondigd)**

Arbeidsmarktbeleid VWS: lager opgeleiden werven voor een baan in de zorg.

### **34. Voedingscentrum (VWS en LNV)**

PM

Zie voor meer informatie [www.voedingscentrum.nl](http://www.voedingscentrum.nl)

### **35. Steunpunt Landbouw & Zorg**

PM

Zie voor meer informatie [www.landbouw-zorg.nl](http://www.landbouw-zorg.nl)

### **36. Smaaklessen**

PM

Zie voor meer informatie [www.smaaklessen.nl](http://www.smaaklessen.nl)

### **37. Pieken in de Delta (regionale programma's)**

In de regio's Zuidoost, Oost, Noord en de Zuid- en Noordvleugel van de randstad zijn Life Sciences & Medische Producten speerpunten. Dit wil zeggen dat het sterktes zijn waar EZ en de regio op in wil zetten. Hierbij is het innovatieprogramma Life Sciences en Gezondheid leidend. In de regio worden oplossingen gezocht voor regionale knelpunten op het gebied van onder andere de toepassing van kennis, facility sharing en kenniswerkers, die bij kunnen dragen aan de ambitie van het innovatieprogramma. Zie voor meer informatie [www.piekenindedelta.nl](http://www.piekenindedelta.nl)

Totaalbedrag: niet te specificeren naar life sciences.

### **38. Innovatievouchers**

Een innovatievoucher biedt ondernemers de mogelijkheid om gratis kennis in te kopen bij een kennisaanbieder. Er kan éénmalig gebruik worden gemaakt van de snuffelvoucher van € 2.500. Hiernaast kunnen ondernemers één keer per jaar een grote voucher krijgen ter waarde van € 7.500, hiervan moet 1/3 zelf bijgedragen worden. EZ draagt € 5.000 bij.

Het doel is om MKB-bedrijven te stimuleren om te innoveren en om gebruik te maken van beschikbare kennis bij kennisinstellingen. De kennisvouchers kunnen door ondernemers ook gebundeld worden, zodat gezamenlijk kennis ingekocht kan worden. Het maximum aantal vouchers dat gebundeld kan worden is tien. Dit is dus ook een mogelijkheid als een kleinere groep bedrijven binnen een branche wil innoveren ten behoeve van een bepaald milieu-innovatievraagstuk.

PM toegankelijk voor zorg

### **39. Technopartner seedfaciliteit: health innovation fund**

PM

### **40. Innovatie Prestatie Contract (IPC's)**

Een IPC is een contract tussen ondernemers (circa 30), een brancheorganisatie of netwerk, kennisinstellingen en de overheid. Doel van een IPC is om samenwerking en innovatie tussen een groep van bedrijven te stimuleren. De brancheorganisatie of het netwerk heeft een regisserende rol.

Per ondernemer wordt een 'innovatiegereedheidskist' van € 49.500 vrijgesteld voor drie jaar. Ondernemers kunnen met dit bedrag o.a. kennis inkopen, een marktonderzoek laten doen of strategisch advies inkopen. 20% van het totaalbedrag van de IPC aan individuele subsidie moet aan samenwerkingsprojecten worden besteed. Een pre-IPC wil zeggen dat er een voorbereidende studie wordt gedaan voor een IPC. Hierin wordt bekeken welke ontwikkelingen van belang zijn voor een groep bedrijven en welke bedrijven deel kunnen/ willen nemen aan de IPC. Kernwoorden bij dit instrument zijn: samenwerken, innovatie, flexibiliteit en maatwerk.

PM toegankelijk voor zorg

### c. Initiatieven (met name) gericht op kennis en innovatie

#### 1. Innovatieprogramma Life Sciences en Gezondheid

Het gebied Life Sciences & Gezondheid is gericht op innovatieve toepassingen voor betere diagnostiek en effectievere behandeling van veel voorkomende aandoeningen zoals kanker en hart- en vaatziekten. Het innovatieprogramma Life Sciences en Gezondheid (in ontwikkeling) is gericht op de doorgroei van bedrijven die zorgen voor het aanbod van deze medische producten.

De inhoudelijke focus van het programma sluit aan bij de focus in de publiek-private samenwerkingen TIPharma (personalized medicine), CTMM (molecular imaging) en BMM (biomaterials). Door de focus wordt tevens aangesloten op de gezamenlijke medische innovatieagenda van VWS (+ EZ en OCW). Ook zal het innovatieprogramma bijdragen aan de samenhang tussen de genoemde publiek-private samenwerkingen en zullen overige knelpunten geïdentificeerd worden, bijvoorbeeld op het gebied van human capital. Zie voor meer informatie [www.lifesciencesgezondheid.nl](http://www.lifesciencesgezondheid.nl)

#### 2. Center for Translational Molecular Medicine (CTMM)

Het Center for Translational Molecular Medicine (CTMM) is een publiek-private samenwerking dat translationeel onderzoek (van fundamenteel medisch onderzoek tot en met de initiële klinische validatie) verricht op het gebied van de moleculaire geneeskunde. Het onderzoek richt zich met name op kanker, hart- en vaatziekten, neurodegeneratieve ziekten, en infectieziekten. Zie voor meer informatie [www.ctmm.nl](http://www.ctmm.nl)

Totale overheidsbijdrage: maximaal 200 mln. euro.

#### 3. Biomedical Materials program (BMM)

BMM is een publiek-privaat samenwerkingsverband van bedrijven en kennisinstellingen dat onderzoek uitvoert op het gebied van biomedische materialen. Het programma heeft een looptijd van vijf jaar en een budget van 90 miljoen euro. BMM streeft naar een leidende positie van Nederland op het gebied van biomedische materialen, ontwikkeling van succesvolle medische applicaties, het verkrijgen van intellectuele eigendomsrechten en de publicatie van wetenschappelijke papers. Zie voor meer informatie [www.biomedicalmaterialsprogram.nl](http://www.biomedicalmaterialsprogram.nl)

Totale overheidsbijdrage: 45 mln. euro.

#### 4. Top Instituut Pharma (TI Pharma)

Het Top Instituut Pharma is een publiek-private samenwerking opgericht om de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen tegen ziektes met een hoge maatschappelijke relevantie te versnellen. Onderwerpen die onder andere aan bod komen zijn cardiovasculaire ziekten, immuunziekten en infectieziekten. De bundeling van de sterktes van industrie en kennisinstellingen leidt tot meer efficiency en versnelling in het geneesmiddelenonderzoek. VWS is penvoerder van TIPharma vanuit de overheid. Zie voor meer informatie [www.tipharma.nl](http://www.tipharma.nl)

Totale overheidsbijdrage: 130 mln. euro.

#### 5. IOP Genomics

De doelstelling van het IOP Genomics is het versterken van strategisch genomics onderzoek aan de Nederlandse universiteiten en onderzoeksinstituten in een richting die past bij de innovatiebehoefte van het Nederlandse bedrijfsleven. De onderzoeksprojecten in het IOP Genomics zijn overwegend fundamenteel van aard en vallen binnen vier thema's: pathogenese van chronische/ouderdomsziekten; functionaliteit, kwaliteit en

veiligheid van voedselproductie; verklaren van biomoleculaire processen en genomics technologie. Zie voor meer informatie [www.senternovem.nl/iopgenomics](http://www.senternovem.nl/iopgenomics)

Totale overheidsbijdrage projecten gerelateerd aan het thema zorg (14 kennisprojecten): ~ 21 mln. euro.

#### **6. Netherlands Genomics Initiative (NGI)**

Genomics staat voor grootschalig onderzoek naar genen en erfelijkheid. Het Netherlands Genomics Initiative (NGI) is een door de Nederlandse overheid in 2001 ingestelde taskforce die zich inzet voor het versterken van de Nederlandse genomics infrastructuur. Genomics biedt inzicht in de basisprincipes van het leven. Hiermee wordt het mogelijk innovatieve producten, processen en technologieën te ontwikkelen die welvaart, welzijn en milieu bevorderen en leiden tot nieuwe bedrijvigheid. SenterNovem voert het beheer van de consortia en werkt daarnaast nauw samen met NGI op het gebied van valorisatie, het vertalen van kennis naar maatschappelijke en economische waarde. Hierbij speelt het IOP Genomics een belangrijke rol. OCW is penvoerder van NGI vanuit de overheid. Zie voor meer informatie [www.genomics.nl](http://www.genomics.nl)

Totale overheidsbijdrage periode 2002-2007: ~ 312 mln. euro.

Totale overheidsbijdrage periode 2008-2012: 271 mln. euro.

#### **7. IOP Mens Machine Interactie**

Binnen het Innovatiegerichte Onderzoeksprogramma Mens-Machine Interactie worden verschillende projecten op het gebied van de zorg uitgevoerd. Deze projecten richten zich op het ontwikkelen van kennis, modellen en applicaties ten behoeve van het vergroten van de zelf-verzorgende capaciteiten van mensen, het verbeteren van de interactie en communicatie tussen zorgverleners en patiënten als ook het veiliger en efficiënter maken van chirurgische activiteiten. Zie voor meer informatie [www.senternovem.nl/iopmensmachineinteractie](http://www.senternovem.nl/iopmensmachineinteractie)

Totale overheidsbijdrage (4 op het gebied van zorg): ~1,5 mln. euro.

#### **8. SmartMix projecten**

SmartMix projecten zijn onderzoeksprojecten die bijdragen aan de ontwikkeling van innovatieve producten en processen op gebieden waar kansen liggen voor Nederland in sociaal en economisch opzicht. De projecten die relevant zijn voor het domein zorg richten zich op de analyse en beïnvloeding van hersenactiviteit, op regeneratieve geneeskunde en op de ontwikkeling van medicijnen op tegen ouderdomsziekten van botten en gewrichten als osteoporose en reumatoïde artritis. Zie voor meer informatie [www.smartmix.nl](http://www.smartmix.nl)

Totale overheidsbijdrage (3 op gebied van life sciences): ~ 45 mln. euro.

#### **9. Bsik (gericht op Kennisinfrastructuur)**

Binnen Bsik worden verschillende projecten op het gebied van de life sciences uitgevoerd. Het zijn fundamentele onderzoeksprojecten die een vertaling moeten kennen in nieuwe producten, processen of maatschappelijke concepten. De looptijd van de projecten is vier tot zes jaar. De life sciences projecten richten zich onder andere op onderzoek op het gebied van vaccinontwikkeling, nieuwe methoden voor proteomics onderzoek, glutenallergie, ischemische hartziekten, hersenafwijkingen, obesitas en stamcelonderzoek. Zie voor meer informatie [www.senternovem.nl/bsik](http://www.senternovem.nl/bsik)

Totale overheidsbijdrage (7 op gebied van life sciences): 85 mln. euro.

#### **10. Parelsnoer**

UMC's werken samen en vormen zo een keten van biobanken 'Parelsnoer' (€ 35 mln). Levert tevens informatie op voor arts, die daarmee gegevens tussen patiënten kan vergelijken en zo betere kwaliteit zorg kan leveren.

#### **11. UMC's – Academische component**

Sinds 2005 worden de academische ziekenhuizen voor hun topreferente zorg (laatste doorverwijsmogelijkheid) en innovatie en ontwikkeling apart gefinancierd door middel van een vrijwillige bijdrage van zorgverzekeraars. Omdat die constructie niet voldoende waarborgen kent voor de financiering van deze activiteiten, wordt met een wetwijziging mogelijk gemaakt dat VWS vanaf 1 januari 2008 hiervoor subsidies kan toekennen. Zo dragen we bij aan een voldoende aanbod aan topreferente zorg en innovatie en ontwikkeling.

Totale bijdrage ~614 mln. euro

#### **12. Priority medicines, Onderzoeksagenda medische biotechnologie, Priority medical devices**

Er zijn (of worden) een aantal agenda's voor prioritaire medische producten tot stand gebracht. Voorbeelden: Priority medicines (WHO), onderzoeksagenda medische biotechnologie (RGO) en Priority medical devices (WHO). Het doel is nieuwe medische producten te krijgen voor belangrijke gezondheidsproblemen die nu nog niet adequaat kunnen worden aangepakt, zoals technologische alternatieven voor orgaandonatie en geneesmiddelen voor kwetsbare groepen als kinderen en ouderen en de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen. Zo is er een interdepartementaal overleg Nanotechnologie. Soms lukt het om maatschappelijke prioriteiten door kennisinstellingen en industrie te laten oppakken, andere keren ontstaat de noodzaak om als overheid zelf middelen in te zetten voor de ontwikkeling van medische producten (in publiek-private samenwerking of bijvoorbeeld door ZonMw).

#### **13. Eranet Euro Trans Bio (internationaal initiatief)**

Euro Trans Bio (ETB) is een internationaal programma met als doel de samenwerking op het gebied van onderzoek en ontwikkeling tussen life sciences MKB-ondernemingen in de aangesloten landen te stimuleren. Zie voor meer informatie: <http://www.senternovem.nl/lifesciences/eurotrans-bio/index.asp>

Totaalbedrag: maximaal 4 miljoen Euro op jaarbasis vanuit Nederland gedurende de looptijd van dit initiatief.

#### **14. Het 7e Kaderprogramma voor onderzoek en ontwikkeling, thema 'Gezondheid' (Europees programma)**

Het kaderprogramma KP7 (van 2007 tot 2013) vormt met een totaal van € 52,3 miljard het belangrijkste EU-financieringsinstrument voor onderzoek en ontwikkeling. KP7 bestaat uit vier specifieke programma's, plus een vijfde lijn die zich richt op nucleair onderzoek. De specifieke programma's zijn Cooperation, Ideas, People, en Capacities. Bij het Cooperation programma komen tien thema's aan bod, zoals bijvoorbeeld "Gezondheid, Voedsel, Landbouw en Biotechnologie", "Informatie- en Communicatietechnologieën", "Nanowetenschappen, Nanotechnologieën, Materialen en nieuwe Productietechnologieën", "Socio-economische wetenschappen en geesteswetenschappen" en meer.

Het thema gezondheid beoogt de gezondheid van burgers te verbeteren. Ook wil het het concurrentievermogen van verwante organisaties vergroten. Het programma biedt mogelijkheden voor onderzoek op een drietal terreinen. Biotechnologie, generieke instrumenten en medische technologieën voor de gezondheid van de mens. Translationeel onderzoek voor de gezondheid van de mens. En als derde optimalisering van het verstrekken van gezondheidszorg aan Europese burgers. Daarmee wordt het programma uitgebreider dan zijn voorganger in KP6, het genomica programma.

Zie voor meer informatie: <http://www.senternovem.nl/eglgenomica/index.asp> of [http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health\\_en.html](http://cordis.europa.eu/fp7/cooperation/health_en.html)

Totaalbedrag: €6.050 miljoen Euro voor de periode 2007 – 2013.

#### **15. Communautair Actieprogramma Volksgezondheid**

Het Actieprogramma Volksgezondheid is bedoeld om de samenwerking tussen de Europese lidstaten te bevorderen op het gebied van de Volksgezondheid. Het uiteindelijke doel is om zo tot een gezamenlijke aanpak van gezondheidsproblemen te komen en de verschillen tussen de lidstaten te verkleinen.

De programma is onderverdeeld in een drietal hoofdactiviteiten:

Het vergaren en vergroten van informatie en kennis ten behoeve van verbetering van de volksgezondheid.

Het vergroten van het vermogen om snel en adequaat te reageren op gezondheidsbedreigingen.

Gezondheidsbevordering en ziektepreventie door rekening te houden met gezondheidsdeterminanten.

Zie voor meer informatie: [http://www.senternovem.nl/eglgénomica/actieprogramma\\_volksgezondheid/index.asp](http://www.senternovem.nl/eglgénomica/actieprogramma_volksgezondheid/index.asp) of [http://ec.europa.eu/phea/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/phea/index_en.html)

Totaalbedrag: Besluit hierover wordt in najaar 2007 genomen

#### **16. Europees Technologie Platform 'Nanomedicine' (internationaal initiatief)**

Het Europese Technologie Platform 'Nanomedicine' (ETP Nanomedicine) is een door de industrie geleid initiatief om alle belanghebbende partijen in deze sector bij elkaar te brengen met als doel om een gezamenlijke strategische onderzoeksagenda te formuleren en te implementeren. Dit platform is momenteel gegroeid tot het grootste mondiale netwerk in deze sector.

De strategische onderzoeksagenda (SRA) is reeds geformuleerd en adresseert de volgende toepassingsgebieden: de preventieve geneeskunde, diagnostiek (met name moleculaire imaging technieken), therapie (targeted drug delivery) en het monitoren van ziekten door middel van bijvoorbeeld reguliere checks of toediening van medicatie met behulp van implantaten.

Tevens heeft men in de SRA gekozen voor een focus op 6 ziektebeelden waaronder kanker, cardiovasculaire ziekten en diabetes. Zie voor meer informatie <http://cordis.europa.eu/nanotechnology/nanomedicine.htm>

Totaalbedrag: niet te specificeren daar de SRA via diverse regionale, nationale en internationale regelingen geïmplementeerd wordt.

#### **17. Open programma NWO en ZonMw**

Doorlopend aan te vragen subsidies voor onderzoekers. Het gaat hierbij om onderzoeksvorstellen die (Europees) aanbesteed worden.

Lopende voorstellen zijn:

- De functie van groen en natuur in het voorschrijfgedrag van huisartsen (06-23)
- Jeugdzorg in het groen werkt (06-24)
- Emerging zoönosen (06-40)
- Jeugd, natuur en gezondheid, jeugd als doelgroep (07-15)
- Natuur en gezondheid (07-48)
- Antibioticaresistentie: overdracht van de veterinaire naar de humane sector (07-70 ; nog in ontwikkeling)

#### **18. Diverse onderzoeken, programma's en campagnes bij ZonMw**

(met name de grote programma's genoemd; in totaal zijn er ongeveer 70 programma's)

##### **- Preventieprogramma ZonMw**

Onderzoek en ontwikkeling van methoden voor preventie. Deelprogrammas 1. innovatie, 2. effectiviteit en doelmatigheid 3. implementatieonderzoek en proefimplementatie. €47 miljoen 2008-2011.

**- Leefstijlcampagnes ZonMw**

PM

**- Doelmatigheidsprogramma ZonMw**

Onderzoeken en implementeren van doelmatige zorginterventies. In 3 deelprogrammas: 1. Vroege evaluatie van medische innovatie, 2. Effecten en kosten, 3. Implementatie. €12.2 miljoen per jaar, doorlopend.

**- Ouderenprogramma ZonMw**

Nationaal programma ouderenonderzoek aangeboden aan ministerie van VWS. €82 miljoen toegezegd voor 4 jaar.

**- Geestkracht ZonMw**

Onderzoek en implementatieprogramma voor kennis over angst- en stemmingsstoornissen, psychosen en gedragsstoornissen. €24 miljoen 2001-2011

**- Programma jeugd ZonMw**

Kennisontwikkeling voor professionals om de psychische en sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren te bevorderen en veilig te stellen, daar waar deze ontwikkeling wordt bedreigd. Programma aangeboden aan de minister. Vooralsnog €33 miljoen voor de aanloop.

**- Chronisch zieken/disease management programma ZonMw**

In voorbereiding.

**19. TNO Kwaliteit van leven – programma Zorginnovatie**

TNO ondersteunt onder de noemer zorginnovatie organisaties binnen de veranderende gezondheidszorg met toegepast onderzoek en advisering (proeftuinen). Leidende thema's zijn kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid, de inzet van medische technologie en ICT. Focus op (1) patient empowerment – waaronder thuiszorgtechnologie, telezorg en informatievoorziening – , (2) risicomangement, (3) keteninnovatie.

**20. TNO Kwaliteit van Leven –onderzoeksprogramma Gezonde voeding**

Het programma Gezonde voeding heeft tot doel bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van kennis over (1) gewichtsbeheersing en (2) voeding en weerstand.

Het programma komt tot stand in overleg met LNV, VWS en EZ (BTG-traject) en heeft een omvang van € 4,7 miljoen

[Daarnaast lopen bij TNO nog

- Kwaliteit van Leven - Programma jeugd en gezondheid
- Kwaliteit van Leven - Bewegen en gezondheid
- Personalized Health
- Innovations Life Sciences

**21. Diverse onderzoeken, programma's en campagnes bij WUR**

(belangrijkste programma's genoemd)

**- Inrichting en gebruik groene en blauwe ruimte: Thema functioneren en ontwikkeling van landschappen voor mens en maatschappij (WUR)**

Een project binnen dit thema is het project "Vitamine G-plus". Doel van dit project is om meer inzicht te verwerven in de rol van natuur en groen in de woonomgeving voor de menselijke gezondheid. Meer specifiek betreft het een vertaling van de mechanismen die in de sociaalmedische literatuur worden onderscheiden naar ecologische en ruimtelijke consequenties: type groen en natuur, de ruimtelijke structuur en de inrichting ervan. Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Diergezondheid en dierenwelzijn (WUR)**

Langzamerhand komt er weer erkenning voor een al lang bestaande notie, dat de meeste, zo niet alle, humane infectieziekten hun ontstaan vinden in dierziekten. Niet alleen geldt dit bijv. Aviaire Influenza en West Nile virus,

maar ook o.m. bacteriële ziekten als Streptococcus suis infecties. Daarom wordt ook binnen dit Kennisbasisonderzoeksthema aandacht besteed aan aspecten van humane gezondheidszorg. Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Gezonde voeding voor mens en dier (WUR)**

Doel is het beter begrijpen hoe landbouw en voedselproductie zo in te richten dat deze een positieve bijdrage levert aan onze gezondheid en welzijn. Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Ecologische hoofdstructuur: Jeugd, natuur en gezondheid (WUR)**

PM Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Verduurzaming productie en transitie: Meerwaarde zorglandbouw (WUR)**

PM Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Verduurzaming productie en transitie: Nieuwe kansen zorglandbouw (WUR)**

PM Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**- Voedselkwaliteit, voedselveiligheid en diergezondheid: Zoönosen (WUR)**

PM Voor meer informatie zie [www.kennisonline.wur.nl](http://www.kennisonline.wur.nl)

**22. Top Institute Food and Nutrition (TIFN) - onderzoeksprogramma Nutrition and health**

TIFN is de eerste fase van het Food and Nutrition Delta investeringsprogramma (EZ) waarvoor in totaal € 61 miljoen beschikbaar is gesteld. Bedrijfsleven en onderzoeksinstellingen stellen een gelijk bedrag beschikbaar. "Research projects in the Nutrition and Health portfolio aim to provide the industry partners with leads for the development of new healthy foods with regard to major health concerns. Furthermore the research aims to develop new concepts and techniques that the industry partners can apply in their own R&D and can support further development of functional foods and its components."

Meer informatie is te vinden op [www.tifn.nl](http://www.tifn.nl)

**23. Innovatieprogramma Food & Nutrition Delta – Innovatiethema Voeding en Gezondheid**

Het Food&Nutrition innovatieprogramma bestaat uit twee fasen en heeft als doel om van Nederland de leidende food & nutrition innovatieregio van Europa te maken. De 1e fase voorziet in de behoefte aan strategische kennis en bestaat uit het onderzoeksprogramma van het Topinstituut Food&Nutrition (TIFN). De 2e fase richt zich op het omzetten van nieuwe kennis in nieuwe producten, processen en diensten en op het versterken en stimuleren van de innovatiekracht van het MKB. Belangrijke effecten voor de maatschappij in dit kader zijn een verbetering van de volksgezondheid door het gericht ontwikkelen van innovatieve producten die kunnen bijdragen aan een gezonde voeding en daarmee aan het terugdringen van voedingsgerelateerde chronische ziekten als obesitas, hart- en vaatziekten, diabetes en kanker. Zie voor meer informatie [www.foodnutritiondelta.nl](http://www.foodnutritiondelta.nl)

Overheidsbijdrage fase 1: € 61 mln voor 2006 t/m 2009.

Overheidsbijdrage fase 2: € 63,5 mln voor 2006 t/m 2010.

**24. Impuls Veterinair Aviaire Influenza Onderzoek Nederland**

Het project richt zich op het vullen van een lacune: voorkómen van een menselijke influenza pandemie door de ontwikkeling van een geïntegreerd influenza bestrijdingsprogramma waarin efficiënte vaccinatie centraal staat.

#### d. Restcategorie (te weinig info of nog niet goed te plaatsen)

##### **Categorie divers (vooralsnog onvoldoende informatie beschikbaar)**

- Bij het RIVM en de gezondheidsbevorderende instituten lopen diverse programma's op het terrein van innovatie.
- Ontwikkeling RSV-vaccin, voor de behandeling van ademhalingsinfecties bij baby's. Deze aandoening komt in Nederland bij ca. 2.500 baby's per jaar voor. (€ 31 mln., grotendeels leenconstructie).
- Ontwikkeling vogelgriepvaccin: (€ 15 mln, deels leenconstructie).
- Innosport: Betreft het coördineren van innovaties in de sporttechnologie in Europa. (€ 15 mln, uiteindelijk uit algemene middelen, niet uit FES)

##### **Voorbeelden buiten de directe overheidssfeer**

Innovatieforum Noord-Nederland

Brainport health innovation (regio Eindhoven)

Vita Valley

MeDaVinci

[www.newventure.nl](http://www.newventure.nl)

Achmea innovatiefonds (Residex?)

##### **Innovatiefonds Zorgverzekeraars**

Wil bijdragen aan oplossingen van actuele knelpunten in de gezondheidszorg die grote maatschappelijke en individuele gevolgen hebben. Het Fonds doet dit door binnen jaarlijks gekozen thema's projecten te steunen die een vliegwiel vormen naar verbeteringen in de zorg. De klant/patiënt staat daarbij centraal; de praktijk is uitgangspunt. Concreet en creatief zijn sleutelwoorden.

Grote projecten kunnen een versnelling in de verbetering van zorg teweegbrengen, maar zij vragen vaak tonnen euro's investering. Het gaat om projecten op een maatschappelijk relevant terrein dat nog onvoldoende ontgonnen is. Per jaar focussen wij op drie hoofdthema's, die één of meer jaren extra stimulansen krijgen. In 2007 zijn dat

- Dementie (hoofdthema sinds 2005)
- Depressie (idem)
- Bevordering zelfmanagement chronisch zieken (nieuw hoofdthema vanaf juli 2007)

Voor kleinere projecten (tot €50.000) is per 1 juli 2007 een andere aanpak. Vooraf duidelijkheid bieden welke projecten grote kans maken op honorering. Daarom periodiek een (non-concurrentieel) onderwerp vastgesteld waarbinnen aanvragen moeten vallen. Vanaf juli 2007 is dit onderwerp: projecten die verplegenden en verzorgenden meer ruimte en tijd geven voor dementerende patiënten.

##### **Generieke instrumenten, mogelijk interessant, sommige inmiddels vermeld**

Het generieke beleid richt zich op een algemeen goed functionerend innovatieklimaat. Dit doet EZ middels een basispakket voor alle ondernemers (WBSO, TechnoPartner, BBMKB), het in den brede stimuleren van R&D en kennisvalorisatie en het wegnemen van belemmeringen voor het bedrijfsleven (wet en regelgeving). EZ functioneert als aanspreekpunt voor bedrijfsleven, ondermeer op het terrein van life sciences, farmaceutische industrie en nanotechnologie, en behartigt interdepartementaal en internationaal hun belangen.

Er bestaan enkele innovatie-instrumenten gericht op bedrijven en kennisinstellingen, welke mogelijk interessant zijn om (zo nodig aangepast) in te zetten in de zorg. De instrumenten geven prikkels aan de instellingen om te innoveren en om samen te werken.

##### **Sociale innovatie**

Centrum voor Stimulering Sociale Innovatie

PM

- Afschaffen contracteerplicht extramurale AWBZ
- Vrije tarieven fysiotherapie (experiment, per 1-1-2008 definitief)
- M&I module huisartsen
- Zorgopleidingen: sturing op prestatie indicatoren

Ambient Assisted Living: Europees programma in ontwikkeling voor ontwikkeling en invoeren van nieuwe concepten waardoor ouderen zolang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Looptijd 2008-2013. Budget: nrb

## Bijlage 2 Literatuur

1. Niet van Later Zorg, Ministerie van VWS 2007
2. Zorg voor Innovatie Sneller beter- Innovatie en ICT in de curatieve Zorg. Eindrapportage KPN juni 2006 (rapport Scheepbouwer)
3. Het kan echt: betere zorg voor minder geld. Eindrapportage TPG voor Sneller Beter 2004 rapport P Bakker.
4. De dingen goed doen. Resultaten en verspreiding van grootschalig ingezette verbeteracties. Wagner, Duckers, de Bruijn, NIVEL 2006.
5. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst verkenning 2006 RIVM 2006
6. De Zorgbalans ([www.gezondheidszorgbalans.nl](http://www.gezondheidszorgbalans.nl)) RIVM 2006
7. Verschillen in verzorging. De verzorging van ouderen in negen EU landen. SCP 2007
8. Op een lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. RIVM/ NIVEL 2005.
9. Gezond Ouder worden. Toekomstagenda Dementie. STG/HMF 2005.
10. Welzijn en waardigheid voor langdurige zorggebruikers. STG 2002.
11. Kennis werkt: technologie en zorg. Symposium verslag 2007.
12. Uitvoeringstoets Care voor de Toekomst Voorstellen voor de korte en lange termijn, NZA, 2007.
13. Interdepartementale strategie innovatie medische technologie, EZ, OCW en VWS.
14. Morgen zonder zorg (en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. Amsterdam, juli 2005, SEO en Plexus. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Economische Zaken.
15. An international comparison of the impact of health care systems on diffusion of innovation. Amsterdam, August 2005, SEO Economic Research, Plexus Medical Group. Research conducted on behalf of the Dutch "Ministry of Public health, Welfare, and Sport".
16. Tot zorg geprikkeld: Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg. Den Haag, oktober 2005, Ministerie van economische zaken. Eindrapport ICM werkgroep.
17. Kiezen voor gezond leven (preventienota najaar 2006)
18. Interviews Piet Borst, I1, I2, I3, I4, I5, I6
19. Jaarbeeld 2006, Centrum voor Infectieziekten RIVM (p.7)

20. Wat gaan we eten? Uitdagingen voor onderzoek in Nederland naar voeding en gezondheid (.8). Programmeringsstudie in opdracht van LNV en VWS, uitgevoerd door WUR, ZonMw, RIVM en TNO.
21. Ouderen nu en in de toekomst: gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Van den Berg Jeths, RIVM 2004.
22. Exploring Technological Innovation in Health Systems, Conference Board of Canada. August 2007.
23. Innovatie in maatschappelijke sectoren. Den Haag, april 2007. Werkdocument Projectbureau van het Innovatieplatform.
24. Business plan Top Institute Pharma 2006-2011. Juli 2005. TIPharma-consortium.
25. Business plan BioMedical Materials program. Maastricht, mei 2006. BMM-consortium.
26. Business plan Center for Translational Molecular Medicine. Eindhoven, mei 2006. CTMM-consortium
27. Innovation Intelligence; Life Sciences & Gezondheid. Den Haag, december 2006. Onderzoek door SenterNovem in opdracht van het Ministerie van Economische Zaken.
28. Interdepartementale strategie 'Innovatie Medische Technologie' (OC&W, VWS en EZ), Den Haag, mei 2007.
29. Life Sciences & Gezondheid. Voorstel van de initiatiefgroep Life Sciences & Gezondheid, oktober 2007 ([www.lifesciencesgezondheid.nl](http://www.lifesciencesgezondheid.nl)).
30. Innovatieprogramma Food & Nutrition Delta. [www.foodnutritiondelta.nl](http://www.foodnutritiondelta.nl)
31. sheets Piet Borst /Claudia Zuiderwijk 20 juni 2006