
Inkoop van zorginnovatie: succes- en faalfactoren

9 maart 2018

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding: het onderzoek	8
1.1. Onderzoeksaanpak: interviews en bijeenkomst	8
1.2. Succes- en faalfactoren gecategoriseerd	9
1.3. Meerdere wegen naar Rome	9
2. Succes- en faalfactoren in het beleid van verzekeraars	10
2.1. Innovatie niet scherp gedefinieerd	10
2.2. Zorgverzekeraars gaan verschillend om met innovatie	10
2.3. Volgbeleid potentieel aandachtspunt	11
2.4. Verbinding tussen innovatieteams en zorginkopers succesfactor voor verankering innovaties	12
3. Succes- en faalfactoren van innovatieve projecten	13
3.1. Basisset aan eisen voor start innovatieprojecten goed vergelijkbaar	13
3.2. Projectmonitoring is vast onderdeel van de procedure, maar eisen bij de start worden niet altijd strikt gehandhaafd	14
3.3. Samenwerking tussen aanbieders vereist samenwerking verzekeraar met andere financiers	14
4. Succes- en faalfactoren bij de contractering	16
4.1. Investeren in samenwerking en vertrouwen belangrijke succesfactor in gehele innovatieproces	16
4.2. Meerjarencontracten en financiële prikkels meest gebruikte instrumenten om innovatie te stimuleren	16
4.3. 'Nieuw voor oud' een noodzakelijk maar complex proces	17
4.4. Twee potentiële belemmeringen in de regelgeving benoemd	17
4.4.1. Innovatie zou inkomsten verzekeraar onder druk kunnen zetten	17
4.4.2. Innovatie vraagt om het delen van data: hoe in te regelen?	18
A. Bijlage: additionele interviewcitaten	19

Managementsamenvatting

‘Waar zouden zorgverzekeraars op dienen te letten als zij met hun zorginkoopbeleid optimaal willen bijdragen aan innovatie van de zorg over de boeg van de technologie?’

Zo luidt de onderzoeksvraag die in dit rapport wordt beantwoord. Het gaat om een verkenning van succes- en faalfactoren bij de inkoop door zorgverzekeraars van innovatieve zorg, met als doel om innovatie een zo groot mogelijke kans te geven en bij gebleken succes zo breed mogelijk toe te passen. Het ministerie van VWS heeft tot dit onderzoek besloten in overleg met de verzekeraars, om na te gaan op welke wijze zorginnovatie verder gestimuleerd kan worden. Het onderzoek richt zich op zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, hebben wij kennis genomen van door verzekeraars aangeleverde voorbeeldprojecten en individueel gesproken met nagenoeg alle zorgverzekeraars. Vervolgens hebben wij in een bijeenkomst met verzekeraars de belangrijkste onderzoeksbevindingen besproken en nader geduid. Op deze plaats onze dank voor de tijd en moeite die verzekeraars hebben genomen om aan het onderzoek mee te werken. In het kader van het onderzoek hebben wij ook een (beperkt) aantal zorgaanbieders en gemeenten gesproken.

Uit het onderzoek kwam naar voren dat er niet of nauwelijks factoren zijn te onderscheiden die specifiek gelden voor innovatie *over de boeg van de technologie*. Bijna alle geïdentificeerde gelden evenzeer voor andere innovaties. Daarmee heeft dit onderzoek dus een wat bredere scope gekregen.

In het onderzoek hebben wij drie categorieën succes- en faalfactoren onderscheiden:

- factoren verbonden aan het beleid van verzekeraars ten aanzien van zorginnovatie;
- factoren verbonden aan de in te kopen innovatie;
- factoren verbonden aan het inkoopcontract.

Met zorgverzekeraars is steeds nadrukkelijk gesproken over concrete voorbeeldprojecten waaruit de succes- en faalfactoren zijn gebleken. Omdat echter was afgesproken dat in de rapportage geen passages voorkomen die herleidbaar zijn tot individuele verzekeraars, zal in dit rapport niet aan concrete projecten worden gerefereerd.

Innovaties beginnen gewoonlijk als specifieke projecten voor een bepaalde periode. Als het project succesvol is, streven verzekeraars ernaar om de innovatie structureel te maken en op te schalen, dat wil zeggen ook bij andere aanbieders te contracteren.

Succes- en faalfactoren in het beleid van zorgverzekeraars ten aanzien van zorginnovatie

Verschillende definities van innovatie gehanteerd

Het eerste dat opviel in het onderzoek, is het verschil in definitie van het begrip zorginnovatie. Wij hadden niet op voorhand een definitie geformuleerd, omdat het immers ging om de werkelijkheid van zorgverzekeraars. Het blijkt dat de definitie van innovatie varieert van ‘ingrijpende vernieuwing van het zorgverleningsconcept’ tot ‘elke verbetering van huidige zorgverlening’. Deze variatie in definities is in dit onderzoek voor ons een gegeven.

Alle verzekeraars actief bezig met innovatie, benaderingswijze verschilt

Alle zorgverzekeraars zijn actief bezig met het stimuleren van zorginnovatie en er zijn tal van concrete voorbeelden beschikbaar. De manier waarop verzekeraars met innovatie bezig zijn, toont grote verschillen. Sommigen zoeken actief projecten op, anderen kiezen uit de projecten die bij hen worden ingediend. Sommigen zijn intensief bij lopende projecten betrokken en nemen bijvoorbeeld deel in een projectstuurgroep, anderen volgen het project op afstand en beoordelen alleen de resultaten. Weer anderen laten hun betrokkenheid afhangen van de fase waarin een project verkeert. Het is moeilijk te zeggen welke vorm nu de meest kansrijke voor het stimuleren van innovatie is. Zorgverzekeraars laten de keuze ook afhangen van hun marktpositie. Een kleine verzekeraar kan zich door intensievere betrokkenheid bij projecten profileren, voor grote verzekeraars is het eenvoudigweg niet haalbaar om bij alle projecten intensief betrokken te zijn.

Aanbeveling aan verzekeraars: weeg bij het kiezen van de mate van betrokkenheid bij innovatieprojecten mee op welke wijze de beoogde innovatie het meest wordt gestimuleerd. Soms hebben aanbieders de verzekeraar hard nodig om het project de nodige structuur mee te geven, maar in andere situaties kunnen aanbieders het prima alleen af en volstaat een transparante verantwoording van de resultaten.

Volgbeleid verzekeraars versus concurrentie aandachtspunt in innovatie

Bijna alle innovatieve projecten die naar voren kwamen in het onderzoek, zijn projecten die de zorgaanbieders willen benutten voor ál hun patiënten/cliënten, niet alleen voor degenen die bij een bepaalde verzekeraar zijn verzekerd. Daar komt bij, dat bijna alle innovatieve projecten de grenzen van een individuele aanbieder overschrijden. Vaak zijn het samenwerkingsprojecten, soms zelfs voor een gehele gemeente of regio. Voor de aanbieder is het de vraag hoe hij met een verzekeraar afspraken kan maken over innovaties die ook patiënten die elders zijn verzekerd, ten goede komen. Het maken van afspraken voor alle projecten met alle verzekeraars afzonderlijk is praktisch gezien niet haalbaar. In een aantal gevallen besluiten verzekeraars om elkaar in het geval van innovatieprojecten te 'volgen': één verzekeraar, meestal degene met de meeste verzekerden bij de betreffende aanbieder, maakt afspraken over innovatie ten behoeve van zijn verzekerden. De anderen gaan daarin voor hun verzekerden mee. Ook komt het voor dat twee of meer verzekeraars eenzelfde innovatieproject contracteren.

Dit alles betekent, dat verzekeraars zich op dit vlak moeilijker als individuele verzekeraar kunnen profileren. En dat is een aandachtspunt in een verzekeringssysteem dat nu juist is opgezet vanuit de gedachte dat door onderlinge concurrentie de aandacht voor kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg blijft bestaan. In de praktijk lijken verzekeraars een werkbare modus te hebben gevonden. Toch zijn ook voorbeelden genoemd van innovaties die niet van de grond kwamen omdat één verzekeraar wilde contracteren maar de andere aangaven dat de projecten niet in hun beleid pasten, waarop ook de verzekeraar die wilde contracteren zich terugtrok.

Aanbeveling aan overheid en zorgverzekeraars: de huidige praktijk vraagt voor zover uit het onderzoek blijkt niet om specifieke maatregelen op dit punt. Wel zou het goed zijn om de vinger aan de pols te houden. Het moet niet zo worden dat zorginnovatie stopt omdat verzekeraars moeten concurreren.

Verbinding tussen innovatieteams en zorginkopers belangrijke succesfactor

De organisatorische inbedding van innovatiebeleid verschilt per verzekeraar: van geïntegreerd inkoop/innovatieteam tot een aparte stichting voor de contractering van innovatieve projecten. Alle verzekeraars geven aan dat er een verbinding moet zijn tussen innovatieteams en inkopers van 'reguliere' zorg. Anders is het bijna onmogelijk om een succesvol innovatieproject op te schalen. Het leggen van een goede verbinding gaat niet vanzelf. Zorginkopers hebben of voelen minder de vrijheid om af te wijken van het reguliere inkoopbeleid dan het innovatieteam.

Aanbeveling aan verzekeraars: maak in de organisatie werk van de verbinding tussen innovatieteams en regulier inkoopbeleid door bijvoorbeeld geïntegreerde teams te vormen.

Succes- en faalfactoren in de zorginnovatieprojecten

Kpi's vooral van belang bij selectie van projecten

Alle zorgverzekeraars formuleren kpi's bij de contractering van innovatieve projecten. Deze komen redelijk met elkaar overeen; in die zin zouden deze eisen als succesfactor kunnen gelden, aangezien men van projecten die aan deze eisen voldoen, daadwerkelijke innovatie van verzekerde zorg verwacht.

- Het project moet aantoonbaar voorzien in de behoefte van patiënten en van zorgverleners op de werkvloer.
- Het project moet de kwaliteit van zorg en/of de efficiency verhogen.
- Het project moet na de pilotfase in te bedden zijn in de reguliere bedrijfsvoering en potentieel opschaalbaar zijn naar andere zorgaanbieders
- Het project moet voorzien zijn van een sluitende en goed onderbouwde business case.

Wat opviel, is dat verzekeraars bij de selectie van projecten de voorwaarden strikter hanteren dan in de loop van het project. Sommige verzekeraars continueren vanuit de relatie inmiddels met de aanbieder is opgebouwd, ook projecten die niet aan de kpi's blijken te voldoen. Met name een goed onderbouwde business case is in een pilotfase nog niet altijd op te leveren.

Samenwerking over de grenzen van de Zvw vereist samenwerking verzekeraars en gemeenten

Hierboven benoemden we al, dat de genoemde innovatieprojecten bijna altijd samenwerkingsprojecten zijn. Meestal gaat het dan om samenhang tussen de tweede- en de eerstelijnszorg, maar samenwerking met aanbieders van Wmo-dienstverlening komt eveneens veel voor. Dit betekent ook dat samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten als financiers van de Wmo-dienstverlening noodzakelijk wordt. Hierin wordt een aantal knelpunten benoemd. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben elk een eigen cultuur en eigen taal. Samenwerken vraagt een wederzijdse (tijds)investering. Uit de gesprekken blijkt dat samenwerking soms moeizaam op gang komt, maar dat partijen elkaar daarna beschouwen als serieuze partners met wie goede afspraken te maken zijn.

Complexer is de situatie waarin zorgverzekeraars te maken hebben met een zeer groot aantal gemeenten binnen hun werkgebied. Grote verzekeraars geven aan dat zij dan niet in de gelegenheid zijn om met elke gemeente afzonderlijk een samenwerkingsrelatie op te bouwen. Vooral kleine gemeenten merken hiervan de gevolgen. Omgekeerd is er de situatie waarin een gemeente zou willen bijdragen aan een project voor al haar burgers, maar daartoe afspraken zou moeten maken met alle verzekeraars.

Aanbeveling aan verzekeraars (en gemeenten en aanbieders): zoek op regionaal niveau naar een vorm waarin innovatieafspraken tussen verschillende financiers en aanbieders gemaakt kunnen worden.

Succes- en faalfactoren in de contractering van zorginnovatie

Meerjarencontracten en financiële middelen belangrijkste instrumenten bij contractering innovatie

Verzekeraars gebruiken een beperkt aantal middelen om zorginnovatie te contracteren. Voor grotere projecten worden vaak meerjarencontracten afgesloten, om investeringen rendabel te maken en zorgaanbieders de gelegenheid te geven te transformeren. In de tweede plaats zetten verzekeraars financiële middelen in om innovatie te stimuleren. Ook combinaties komen voor: verzekeraars maken afspraken over afbouw van 'oude' zorg en daarmee ook van budget, maar het budget wordt minder snel afgebouwd dan de zorg. Op die manier kan de zorgaanbieder de kosten bestrijden die gepaard gaan met zorgafbouw. Denk aan ruimten die niet zo snel afgestoten kunnen worden of (rechts)posities van zorgverleners die niet zonder meer aangetast kunnen worden.

Vertrouwen is de basis voor succes

Verzekeraars benadrukken, dat vertrouwen in elkaar kan helpen om succes te boeken in innovatie. Juist in innovatieve projecten is niet alles voorspelbaar en is niet alles dicht te regelen. Vertrouwen in elkaar blijkt niet vanzelfsprekend te zijn. Van beide partijen is een investering nodig om elkaars belangen te erkennen en van daaruit een constructieve werkrelatie op te bouwen.

Nieuw voor oud niet eenvoudig te realiseren

Algemene lijn is dat bij de opschaling van innovatie projecten naar reguliere zorg 'oude' zorg moet worden afgebouwd. Niet iedere verzekeraar is hier even strikt in. Er is vooral een probleem als de aanbieder met het innovatieve voorstel niet de aanbieder is waar oude zorg zou moeten verdwijnen. Bijvoorbeeld: eerstelijnsaanbieders kunnen meer patiënten in de eerste lijn helpen, waardoor ziekenhuiscapaciteit kan worden afgebouwd. Als dit laatste niet (op korte termijn) haalbaar is, strandt het gehele project of wordt het niet opgeschaald. Dit is zeker het geval als de verzekeraar die met de eerste lijn zou willen contracteren, niet verzekeraar met het grootste marktaandeel voor het ziekenhuis is. Het vereist lef, tact en overtuigingskracht maar ook begrip voor de positie van de aanbieder om dergelijke innovatie toch in te voeren. Medewerkers van verzekeraars, begrepen wij uit de gesprekken, zouden behoefte hebben aan meer coaching hierin.

Aanbeveling aan verzekeraars: zet alleen topmedewerkers in om innovaties volgens het principe 'nieuw voor oud' in te voeren en coach medewerkers om dit te worden

Twee concrete belemmeringen in regelgeving benoemd

Wat in de gesprekken bijna *niet* werd genoemd als succes- of faalfactor in de beleving van verzekeraars, is de huidige landelijke regelgeving. De regelgeving lijkt niet echt mee te werken aan innovatie, maar ook niet per definitie belemmerend te werken.

Er zijn twee uitzonderingen genoemd.

- Het stimuleren van innovatie zou een negatief effect kunnen hebben op de inkomsten van de verzekeraar. Als door zorginnovatie kosten verschuiven (bijvoorbeeld van de tweede naar de eerste lijn), kan het zijn dat dit door de systematiek van de risicoverevening voor de betreffende verzekeraar een teruggang in de inkomsten betekent. Verzekeraars geven aan dat zij zich daardoor niet laten tegenhouden om te innoveren, maar dat als er werkelijk sprake is van inkomstendering bij gelijke kosten, deze prikkel moet worden geëlimineerd.

Aanbeveling aan VWS: onderzoek of in de systematiek van risicoverevening daadwerkelijk sprake is van dalende inkomsten van verzekeraars door zorginnovatie.

- Omdat de meeste innovatieprojecten samenwerkingsprojecten zijn, is het veilig delen van (patiënt)gegevens tussen de samenwerkingspartners een steeds terugkerend vraagstuk. Er zijn mogelijk technologische oplossingen, maar het is niet duidelijk hoe die eruit zien.

Aanbeveling aan VWS: voorzie verzekeraars en aanbieders van best practices als het gaat om het veilig delen van data.

Samenvattende overzichten

In de nu volgende tabellen geven we een overzicht van respectievelijk de succesfactoren en de aandachtspunten met aanbevelingen, als beantwoording van de onderzoeksvraag. We hebben ervoor gekozen de faalfactoren niet afzonderlijk te benoemen, omdat ze het omgekeerde zijn van de succesfactoren.

Het valt op dat het aantal succesfactoren en aandachtspunten relatief beperkt is. Een van de conclusies uit het onderzoek is dan ook, dat er blijkbaar meerdere wegen naar Rome leiden: de aanpak van verzekeraars verschilt op vele punten, maar slechts zelden bleek dit verschil aantoonbaar van invloed op de zorginnovatie. Het belangrijkste lijkt het feit dat verzekeraars aandacht aan innovatie besteden.

Tabel S-1: Overzicht succesfactoren voor inkoop van zorginnovatie door verzekeraars

Nr.	Succesfactor
1	Projecten die: <ul style="list-style-type: none">• inspelen op een behoefte van patiënten of zorgprofessionals;• de kwaliteit van zorg en/of de efficiency verhogen;• in te bedden zijn in de reguliere bedrijfsvoering en in potentie opschaalbaar zijn;• beschikken over een sluitende en goed onderbouwde business case (met de opmerking dat een goede onderbouwing in een pilotfase nog niet altijd op te leveren is)
2	Werken aan vertrouwen als basishouding voor partnerschap in innovatie
3	Afsluiten van meerjarencontracten, zeker in combinatie met afspraken over afbouw 'oude' zorg
4	Intern bij verzekeraars: leggen van verbinding tussen innovatieteams en zorginkopers.
5	Investeren in samenwerking met gemeenten: leren kennen van elkaars taal en cultuur
6	Creëren van regionale samenwerking waar financiers en aanbieders afspraken over innovatie maken

Bron: Onderzoek inkoop van zorginnovatie 2018

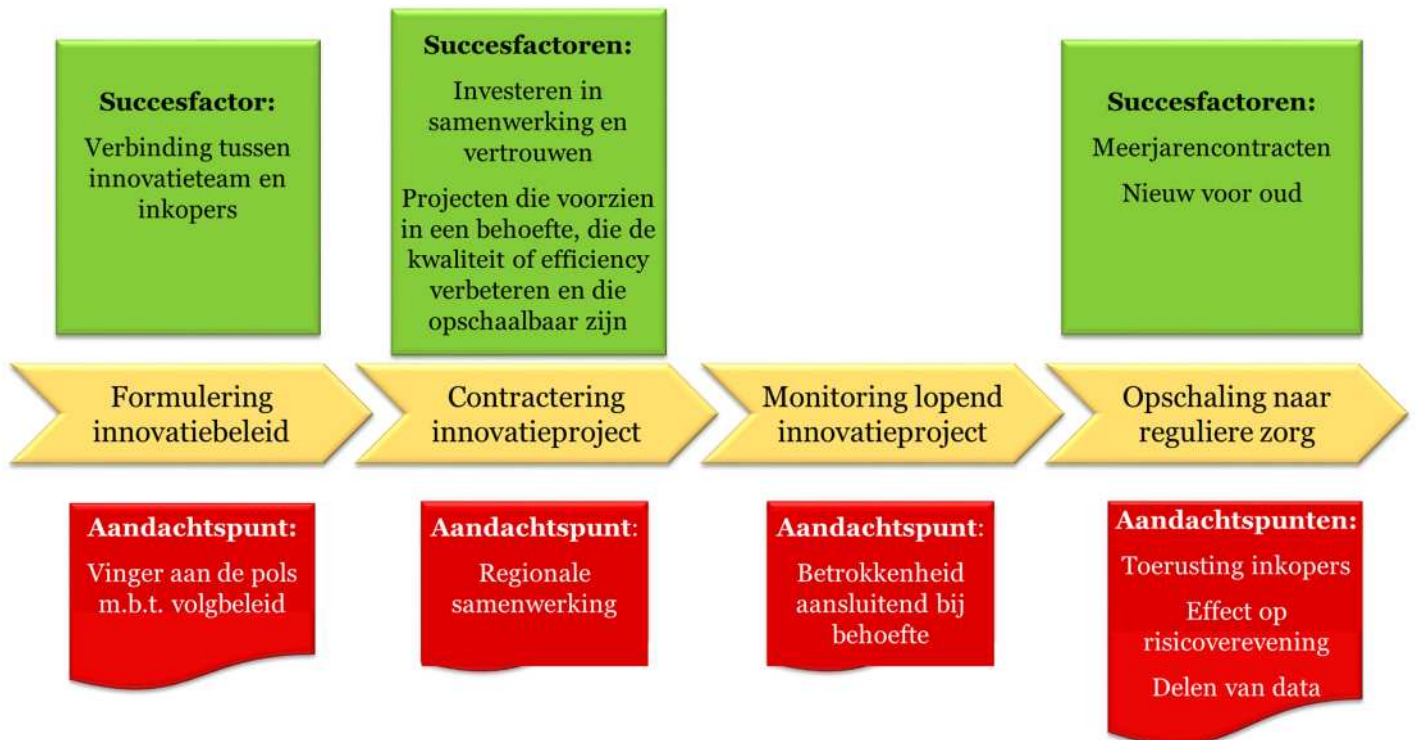
Tabel S-2: Overzicht aandachtspunten voor inkoop van zorginnovatie door verzekeraars

Nr	Aandachtspunt
1	Het stimuleren van innovatie zou op gespannen voet kunnen komen te staan met concurrentie tussen verzekeraars. Innovatie mag niet stikken omdat verzekeraars moeten concurreren
2	Mate van betrokkenheid van verzekeraars bij innovatieprojecten lijkt niet automatisch aan te sluiten bij de optimale kansen voor innovatie
3	Mogelijk onbedoeld negatief effect van zorginnovatie op inkomsten verzekeraar
4	Veilig delen van patiëntgegevens in innovatie projecten die de grenzen van één aanbieder overschrijden (en dat zijn bijna alle innovatieprojecten)

Bron: Onderzoek inkoop van zorginnovatie 2018

Samengevat in een figuur:

Figuur S-1: Succesfactoren en aandachtspunten



Bron: Onderzoek inkoop van zorginnovatie 2018

In de bijlage bij dit rapport zijn nog enkele aanvullende aandachtspunten benoemd. Het gaat om citaten uit individuele interviews die om die reden niet als onderzoeksuitkomst zijn meegenomen, maar die wel de moeite waard zijn om verder te verkennen. Zoals de suggesties voor actie die het ministerie van VWS zou kunnen nemen om innovatie verder te stimuleren:

- Creëer de mogelijkheden in de regelgeving creëren om contracten te sluiten met niet-zorgaanbieders, zoals ICT-bedrijven. Of met burgers, om de zelfzorg met behulp van e-health te stimuleren.
- Ontwerp een ruimere definitie voor het begrip 'prestatie' vergoeding. Het feit dat voor sommige beroepsgroepen alleen een 'verrichting' declarabel is en niet een gesprek of advies, is een verkeerde prikkel.
- Zorg voor heldere zwart-op-wit-afspraken over volgebeleid en concurrentie, zodat verzekeraars niet achteraf in de problemen komen met de ACM of NZa.
- Licht de bevolking voor over de mogelijkheid om toestemming te geven voor het delen van gegevens tussen zorgaanbieders.
- Neem verantwoordelijkheid voor het invoeren van een systeem waarin burgers via een digitale pas zelf beslissen welke gegevens voor wie worden ontsloten (zoals in Estland het geval is). Zo'n systeem komt er niet zonder overheidsbemoedening.

1. *Inleiding: het onderzoek*

Eind 2017 heeft het ministerie van VWS in overleg met de zorgverzekeraars besloten een kort onderzoek te laten doen naar factoren die een rol kunnen spelen bij een succesvolle inkoop van zorginnovatie door verzekeraars. Met 'succesvol' wordt bedoeld: daadwerkelijk bijdragend aan zorginnovatie. Het ministerie heeft tot het onderzoek besloten vanuit de overtuiging dat zorginnovatie nooit een zaak van zorgaanbieders alleen kan zijn. Aanbieders, verzekeraars, gemeenten, cliënten en andere stakeholders hebben hier een gezamenlijke taak.

Het onderzoek spitst zich toe op de rol die zorgverzekeraars kunnen spelen als het gaat om zorginnovatie. Verzekeraars hebben aangegeven behoefte te hebben aan bundeling van de huidige inzichten.

Het ministerie heeft daarbij aangegeven specifiek te zoeken naar factoren die bijdragen aan een succesvolle inkoop van *technologische* innovatie. De onderzoeksvraag is dan ook als volgt geformuleerd:

Waar zouden zorgverzekeraars op dienen te letten als zij met hun zorginkoopbeleid optimaal willen bijdragen aan innovatie van de zorg over de boeg van de technologie?

In de loop van het onderzoek bleek dat verzekeraars niet specifiek succes- en faalfactoren voor inkoop van *technologische* innovatie onderscheiden, maar dat de succes- en faalfactoren ook op andere typen innovatie van toepassing zijn. Daarmee kon de focus op technologische innovatie worden losgelaten.

Het onderzoek heeft specifiek betrekking op de zorginkoop door zorgverzekeraars, dus op de zorg die onder de Zvw valt. Het betreft zowel eerste-, tweede- als derdelijnszorg. Het onderzoek heeft een verkennend en kwalitatief karakter.

1.1. *Onderzoeksaanpak: interviews en bijeenkomst*

Het ministerie had ter voorbereiding van het onderzoek de zorgverzekeraars gevraagd een overzicht toe te zenden van aansprekende innovatieve projecten waarbij de verzekeraar is betrokken en waarin technologie een belangrijke rol speelt. Uit de lijst met projecten hebben wij per verzekeraar één of twee projecten geselecteerd, met het doel om in de latere interviews vanuit deze projecten de succes- en faalfactoren te verkennen. In deze rapportage zal niet expliciet aan de projecten worden gerefereerd, omdat is afgesproken dat de rapportage geen passages zal bevatten die tot individuele verzekeraars herleidbaar zijn. Bovendien bleek dat in de gesprekken veel meer projecten als voorbeeld konden worden gebruikt dan alleen de gekozen projecten.

De tweede stap in het onderzoek was een reeks interviews met acht vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, meestal innovatiemanagers. Eén verzekeraar heeft niet aan het onderzoek deelgenomen. Medewerkers van het ministerie hebben aan enkele gesprekken deelgenomen. In de interviews is gesproken over de factoren die als succes- of faalfactor zouden kunnen worden beschouwd. Ter voorbereiding hadden wij bij wijze van checklist een reeks factoren benoemd die een succes- of faalfactor zouden kunnen zijn. Steeds is gevraagd naar concrete voorbeelden om algemene uitspraken te concretiseren.

Aan het eind van de interviewreeks is nog (individueel) gesproken met enkele gemeenten en enkele aanbieders, om ook hun visie op inkoop van zorginnovatie te vernemen. Het accent ligt in deze rapportage echter op de gesprekken met de verzekeraars, omdat voor een representatief beeld van de visie van gemeenten en aanbieders méér gesprekken zouden moeten worden gevoerd dan gelet op het verkennend karakter van het onderzoek mogelijk was.

Na de interviews hebben wij de bevindingen geanalyseerd. Een enkele maal hebben wij bij verzekeraars aanvullende informatie gevraagd.

Eind januari 2018 hebben wij een bijeenkomst georganiseerd waarbij vijf verzekeraars waren vertegenwoordigd, naast het ministerie van VWS. In deze bijeenkomst is uitgebreid gesproken over de duiding van onze bevindingen. Met de nu voorliggende eindrapportage wordt het onderzoek afgerond.

1.2. Succes- en faalfactoren gecategoriseerd

In het onderzoek hebben wij drie categorieën succes- en faalfactoren voor inkoop van zorginnovatie onderscheiden:

- factoren verbonden aan het beleid van verzekeraars ten aanzien van zorginnovatie;
- factoren verbonden aan de in te kopen innovatie;
- factoren verbonden aan het inkoopcontract.

De gebruikelijke gang van zaken bij de inkoop van zorginnovatie is als volgt:

- Zorgverzekeraar en aanbieder maken eerst afspraken over zorginnovatie in *projectvorm*. Dat wil zeggen dat expliciete doelstellingen en kpi's voor het project worden geformuleerd en afgesproken, en dat het project eindig in de tijd is.
- Zorgverzekeraars monitoren de voortgang en resultaten van het project.
- Als het project aan zijn doelstellingen beantwoordt, zal de verzekeraar ernaar streven de nieuwe concepten/processen als reguliere zorg te gaan contracteren, niet alleen bij de oorspronkelijke aanbieder maar opgeschaald naar een zo groot mogelijk aantal aanbieders.

1.3. Meerdere wegen naar Rome

In de volgende hoofdstukken gaan we in op succes- en faalfactoren bij respectievelijk het beleid van verzekeraars, de innovatieve projecten zelf en de inkoopcontracten. In de bijlage vindt u een aantal aanvullende citaten, die niet als algemene conclusie kunnen worden beschouwd maar wel kunnen dienen als inspiratie voor de verdere stimulering van innovatie.

Een generieke conclusie uit het onderzoek luidt echter, dat de aanpak van verzekeraars op vele punten verschilt, zonder dat dit aanwijsbaar leidt tot verschillen in de mate waarin innovatie wordt gestimuleerd. Verzekeraars kunnen vele redenen hebben om een bepaalde aanpak te kiezen: de historische situatie, de positie in de markt, een onbewust gegroeide werkwijze of een expliciete keuze. Wij merken op dat dit onderzoek niet was bedoeld om het begrip innovatie meetbaar te maken en vervolgens de invloed van elke aanpak op de ontwikkeling van innovatie vast te stellen. We zijn afgegaan op de inschatting van onze gesprekspartners en de voorbeelden die zij benoemden.

2. *Succes- en faalfactoren in het beleid van verzekeraars*

Alle verzekeraars met wie wij gesproken hebben, besteden expliciet aandacht aan innovatie. Dat kan zijn via een expliciet door de Raad van Bestuur vastgesteld innovatiebeleid, of bijvoorbeeld via het beschikbaar stellen van middelen, via het inrichten van een afzonderlijk innovatieteam.

Alle gesprekspartners gaven aan dat zorginnovatie een onderwerp is dat intern continu aandacht krijgt. Verzekeraars zien zorginnovatie als een belangrijk middel om voor hun verzekerden betere zorg te kunnen inkopen, maar ook als middel om de kosten van de zorg te beheersen. Innovatie kan leiden tot efficiëntere zorg. Naar hun verzekerden en stakeholders toe zien verzekeraars innovatie als een manier om zich te profileren als verzekeraar die kwaliteit van zorg hoog in het vaandel heeft staan.

2.1. *Innovatie niet scherp gedefinieerd*

Verzekeraars hanteren geen scherp afgebakende definitie van innovatie. De ene verzekeraar vat het begrip ook breder op dan de ander. Voor de ene verzekeraar mag elke verbetering van kwaliteit of efficiency onder het begrip innovatie vallen, dus ook incrementele procesverbeteringen. Voor de ander is innovatie een ingrijpend nieuw zorgconcept, een vernieuwing van het totale zorgproces of een andere organisatie van de zorg. Voor een is innovatie vooral pionieren met een onzekere uitkomst, terwijl de ander meer hecht aan het vooraf formuleren van scherpe doelen. De een ziet nieuwe technologie als vast onderdeel van elke innovatie, terwijl de ander zich vooral wil richten op low tech projecten. Innovatie in de zorg moet in elk geval wel gericht zijn op zaken als verbetering van kwaliteit of toegankelijkheid van zorg, verbetering van de werkbeleving van professionals, vermindering van administratieve lasten of verhoging van de efficiency.

Voor ons onderzoek is dit verschil in definities of beter gezegd het verschil in ideeën over innovatie een gegeven.

2.2. *Zorgverzekeraars gaan verschillend om met innovatie*

Hoewel innovatie voor alle verzekeraars een belangrijk onderwerp is, zijn er grote verschillen in de wijze waarop verzekeraars met innovatie omgaan.

In contact komen met projecten

Het begint al bij de wijze waarop verzekeraars bij innovatieprojecten betrokken raken. Sommigen zoeken onder hun contractpartijen actief naar innovaties en nemen uit eigen beweging contact op met aanbieders die mogelijk een interessant project ontwikkelen. Andere verzekeraars roepen hun contractpartijen op om met innovatievoorstellen te komen. Weer anderen houden het bij een reactieve benadering: als een aanbieder hen benadert, gaan zij na of er ruimte is voor inkoop van de betreffende innovatie. Het is niet zo dat verzekeraars met een reactieve benadering minder aandacht hebben voor innovatie: het kan zijn dat zij er zoveel spontane aanmeldingen zijn, dat daarmee de capaciteit en financiële middelen om projecten te stimuleren, meer dan verbruikt zijn.

Selectie van projecten

Ook het selectiebeleid verschilt. De ene verzekeraar formuleert speerpunten in het beleid en selecteert projecten die daarop aansluiten, de andere organiseert een 'wedstrijd' waarin de meest creatieve of impactrijke projecten beloond worden met een contract. Wel hanteren bijna alle verzekeraars als voorwaarde dat innovatieprojecten aan een aantal criteria moeten voldoen. Zie hiervoor hoofdstuk 3.1.

Betrokkenheid bij lopende projecten

Is vervolgens het innovatieproject gecontracteerd, dan kiest de ene verzekeraar voor volgen van het project op afstand, en de ander voor intensieve betrokkenheid. Dat laatste betekent bijvoorbeeld dat de verzekeraar deelneemt aan stuur- en projectgroepen, samen met de aanbieder het gesprek met mogelijke andere financiers aangaat of soms zelfs aandelen neemt in een project-bv. Wij hebben verzekeraars gevraagd wat de achtergrond

is van de gekozen mate van betrokkenheid. Het bleek dat daar meerdere redenen aan ten grondslag liggen, vaak gerelateerd aan de positie van de verzekeraar. Zo kiezen grote verzekeraars met vele tientallen projecten soms om praktische redenen voor een positie op afstand, terwijl kleine verzekeraars zich juist willen onderscheiden door intensief in het project te participeren. Andere verzekeraars kiezen uit het palet innovatie een aantal aansprekende projecten waarin ze veel tijd investeren, en volgen andere projecten op afstand.

Het viel op dat zelden of nooit als reden voor wel of geen intensieve betrokkenheid werd gewezen op de behoefte van de aanbieders. Sommige aanbieders hebben betrokkenheid van de verzekeraar nodig om het projectmanagement vorm te geven en structuur in het project te houden. Andere kunnen dit prima zelf.

Vanuit deze bevindingen bevelen wij zorgverzekeraars aan om aan te sluiten bij de behoefte van de aanbieders als zij een bepaalde mate van betrokkenheid kiezen.

Monitoren voortgang en resultaten

Alle verzekeraars monitoren op de een of andere manier de voortgang van de projecten. De een is daar echter veel strikter in dan de ander. In de monitoring zelf (op vaste momenten) maar ook in de consequenties wanneer blijkt dat een project onvoldoende voortgang boekt. De ene verzekeraar grijpt in met concrete bijsturingmaatregelen, de ander verbindt aan het niet halen van de doelstellingen en kpi's geen gevolgen. Overigens komt het daadwerkelijk stopzetten van een project tijdens de projectperiode relatief weinig voor. Meestal zien verzekeraars dat als een verspilling van investeringen, of zij hechten aan een goede relatie met de aanbieder en vinden dat het stopzetten van een project daar niet bij past. Wel komt het voor dat projecten na ommekomst van de projectperiode niet verlengd of opgeschaald worden.

Opschalen van projecten

Alle verzekeraars maken bewust de keuze om projecten (ook als ze succesvol waren) wel op niet op te schalen. Zij wegen praktische en financiële mogelijkheden en besparingen af. Overigens begrepen wij van aanbieders en gemeenten dat naar buiten toe niet altijd duidelijk is waarom bepaalde projecten wel en andere niet opgeschaald worden.

Delen van kennis

Tot slot verschilt het beleid van verzekeraars als het gaat om het delen van kennis die in de innovatieprojecten wordt opgedaan. Opnieuw zijn sommigen hier actiever in dan anderen.

2.3. Volgbeleid potentieel aandachtspunt

Innovatieprojecten zijn bijna per definitie projecten die zijn bedoeld voor alle patiënten/cliënten van een zorgaanbieder, en niet alleen voor patiënten die bij één bepaalde verzekeraar zijn aangesloten. De zorgverzekeraar heeft als primaire taak om, als er zorg nodig is, die in te kopen voor zijn eigen verzekerden. De vraag is hoe de contractering dan tot stand komt. Moet de aanbieder met alle verzekeraars over één project onderhandelen? Dat vergt veel tijd en brengt bovendien het risico met zich mee dat elke verzekeraar weer andere eisen stelt of andere accenten legt.

Dit vraagstuk is natuurlijk niet nieuw en in de praktijk hebben verzekeraars er een oplossing voor gevonden. In de (reguliere) huisartsenzorg is een zogeheten volgbeleid tussen verzekeraars afgesproken: één van de verzekeraars, meestal de verzekeraar met het grootste marktaandeel in een regio, maakt contractafspraken en de andere volgen die voor hun eigen verzekeraars. Als het gaat om innovatieprojecten is een dergelijk volgbeleid niet verplicht, maar wel gebruikelijk. Op deze manier voorkómen verzekeraars dat innovatieprojecten niet van de grond komen door een te complex contracteringsproces. Het komt ook voor dat twee of meer verzekeraars samen een innovatieproject actief trekken. Zelfs is er een project – het project Zelfzorg ondersteund! - dat landelijk door alle verzekeraars gezamenlijk wordt gecontracteerd; alle verzekeraars hebben zitting in een landelijke stuurgroep.

Toch zijn er kanttekeningen te maken. Het staat verzekeraars vrij om het volgbeleid niet te hanteren, en ook dat komt bij sommige projecten voor. In de gesprekken geven verzekeraars aan dat het project dan bijvoorbeeld niet past in de speerpunten die zij zelf hebben geformuleerd. Het gevolg kan zijn, dat het betreffende project niet van de grond komt.

Daarnaast is er een potentieel spanningsveld als het gaat om de profilering van zorgverzekeraars. Het huidige systeem van zorgverzekeringen is opgezet vanuit de gedachte dat marktwerking en concurrentie zorgen voor scherpere contractering en daarmee voor hogere kwaliteit van zorg en lagere kosten. Innovatie is bij uitstek een manier om verzekerden te laten zien dat de verzekeraar daadwerkelijk bezig is met goede zorg. Een volgbeleid past strikt genomen niet in een dergelijk systeem. Aan de andere kant is samenwerking – al dan niet in de vorm van een volgbeleid – de enige manier om innovatieve projecten mogelijk te maken. Uit onze gesprekken kwam duidelijk naar voren dat bijna alle innovatieprojecten waar verzekeraars bij zijn betrokken, zijn gericht op een nieuw zorgconcept of technologische vernieuwing die onmogelijk in te voeren is voor een *deel* van de patiënten. Onmogelijk uit praktisch oogpunt (bijvoorbeeld een nieuw informatiesysteem) of uit ethisch oogpunt (achterstellen van patiënten).

Al met al hebben wij uit de gesprekken de overtuiging meegekregen dat op dit moment concrete actie niet urgent is. Wel raden wij aan om de ontwikkelingen op dit punt goed te volgen en van tijd tot tijd te agenderen in de contacten tussen VWS en zorgverzekeraars.

2.4. *Verbinding tussen innovatieteams en zorginkopers succesfactor voor verankering innovaties*

Eerder al benoemden wij dat verzekeraars op verschillende wijze omgaan met innovatie. Dit geldt ook voor de organisatorische inbedding. Er zijn verzekeraars die werken met geïntegreerde teams van innovatiemanagers en zorginkopers, maar bij de meeste verzekeraars is er sprake van een afzonderlijk team dat zich bezighoudt met innovatieve projecten. De organisatorische inbedden verschilt vervolgens ook weer per verzekeraar.

De verzekeraars geven aan dat de exacte organisatorische vormgeving minder van belang is, zolang innovatie maar verankerd is tot op het niveau van de Raad van Bestuur. Wel geven zij aan dat een goede verbinding tussen innovatieteam en zorginkopers van essentieel belang is bij het opschalen en dus het werkelijk verankeren van innovatie. Immers, als een innovatieproject aan zijn doelstellingen heeft beantwoord, wil de verzekeraar een vergelijkbaar product bij zoveel mogelijk aanbieders contracteren als reguliere zorg. En dus organisatorisch gezien onderbrengen in het reguliere inkoopproces dat bij de zorginkopers is belegd.

Verzekeraars geven aan dat een goede verbinding niet vanzelfsprekend is. Er zijn verschillen in werkcultuur, maar ook in vrijheidsgraden van handelen. Zorginkopers zijn of voelen zich gebonden, zo begrepen wij uit de gesprekken, aan strikte inkoopregels, vastgelegd in een uitgewerkt inkoopbeleid dat door de verzekeraar is vastgesteld en als leidraad ook is gepubliceerd. Niet zelden hebben inkopers daarbij als taak om een bepaalde kostenverlaging in de contracten te realiseren. Dit alles beperkt de ruimte die inkopers hebben of voelen om innovaties te contracteren. Bovendien kan het contracteren van innovaties een complexe activiteit worden als het de bedoeling is dat zorgaanbieders reguliere zorg afbouwen om een nieuw concept te kunnen invoeren. Inkopers zijn niet altijd voldoende toegerust om een dergelijk traject in te gaan.

Wij raden aan om aan dit vraagstuk expliciet aandacht te besteden, te beginnen met bijvoorbeeld een landelijke workshop. Verzekeraars hebben verschillende oplossingen gekozen om de verbinding tussen innovatie en inkoop te leggen, en zij kunnen hier van elkaar leren. Het lijkt een best practice om inkopers al in een vroeg stadium bij innovaties te betrekken, zodat zij beter thuis zijn in de materie op het moment waarop opschaling aan de orde is en bovendien meer een gezamenlijke aanpak wordt gestimuleerd, met begrip voor elkaars rollen en taken. Daarnaast kan het goed zijn om intern bij de verzekeraar duidelijkheid te creëren over de mogelijkheden om in de reguliere zorginkoop innovaties te contracteren: welke ruimte hebben de inkopers nu precies?

3. *Succes- en faalfactoren van innovatieve projecten*

Na de bespreking van succes- en faalfactoren in het innovatiebeleid van zorgverzekeraars, volgt nu een bespreking van factoren in het innovatieproject zelf. De bijdrage aan zorginnovatie zal immers groter zijn naarmate het project beter van kwaliteit is. Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de impact en effecten van innovatieprojecten, maar benaderen dit aspect via de eisen die zorgverzekeraars stellen aan het innovatieproject.

3.1. *Basisset aan eisen voor start innovatieprojecten goed vergelijkbaar*

Alle verzekeraars blijken bij het contracteren van innovatieprojecten eisen te stellen aan het project. De basisset aan eisen is bij alle verzekeraars ongeveer dezelfde.

- Het project moet aantoonbaar voorzien in de behoefte van patiënten of van zorgverleners op de werkvloer.
- Het project moet de kwaliteit van zorg en/of de efficiency verhogen.
- Het project moet na de pilotfase in te bedden zijn in de reguliere bedrijfsvoering en potentieel opschaalbaar zijn naar andere zorgaanbieders.
- Het project moet voorzien zijn van een sluitende en goed onderbouwde business case.

Blijkbaar heerst er, ook al wordt dit niet expliciet zo geformuleerd, consensus over dat deze eisen de kans op daadwerkelijke innovatie van verzekerde zorg – zeker op langere termijn – vergroten. In die zin zouden ze kunnen worden gezien als succesfactoren.

Als eerste criterium geldt dat het project duidelijk een antwoord moet geven op een bestaande behoefte, en wel van een behoefte die bestaat bij verzekerden/patiënten of bij professionals op de werkvloer. Projecten die Initiatiefnemers worden geacht voorafgaand aan hun aanvraag onderzoek te doen naar de behoefte aan de innovatie.

Het tweede criterium is dat het innovatieproject de kwaliteit van zorg (al of niet over de boeg van betere werkomstandigheden voor de professional) en/of de efficiency van de zorgaanbieder ten goede moet komen. Met dit criterium geven verzekeraars de scheidslijn aan met voorstellen die alleen ‘nice to have- producten’ betreffen, en tevens de scheidslijn met initiatieven die onvoldoende raakvlak hebben met Zvw-zorg. Van de initiatiefnemer wordt een onderbouwing verwacht.

Het derde criterium is dat het project niet eenmalig is. Het moet na afloop van de projectperiode ingepast kunnen worden in de reguliere bedrijfsvoering, dan wel een eigen gezond verdienmodel hebben. Verder moet het opschaalbaar zijn naar andere aanbieders. De verzekeraar heeft tenslotte als taak om voor (al) zijn verzekerden goede zorg in te kopen, en een project dat te zeer gebonden is aan een unieke lokale situatie, biedt daar onvoldoende perspectief op.

Het vierde criterium is de sluitende business case. Alle verzekeraars vragen een onderbouwing die aangeeft welke inspanning, activiteiten en financiële middelen nodig zijn en wat de opbrengsten zijn. Dat kunnen directe financiële opbrengsten zijn, maar ook opbrengsten op het gebied van bijvoorbeeld gezondheidswinst. Uit de business case moet blijken dat het project in principe haalbaar is op financieel, technisch en juridisch vlak. Overigens is niet elke verzekeraar even streng in zijn beoordeling van de business case. Zeker als een project goed scoort op de andere categorieën, zijn er verzekeraars die het avontuur aangaan, ook als de business case niet helemaal helder is. Bij projecten in een pilotfase moeten de initiatiefnemers soms nog met een groot aantal aannames werken.

Naast deze basis-kpi's die bij elke verzekeraar in enige vorm wel deel uitmaken van de selectieprocedure hanteren verzekeraars ook wel eigen, meer specifieke kpi's, zoals:

- de eis dat de innovatie de eigen regie of zelfredzaamheid van cliënten moet verhogen;
- de eis dat er een voldoende professioneel projectmanagement aanwezig is om het project te laten slagen
- de eis dat de organisatie het project aankan (voldoende personeel, goede inbedding);
- de eis dat de communicatie goed geregeld is en dat alle betrokkenen aangesloten zijn;
- de eis dat de innovatie – op den duur – reguliere zorg moet gaan vervangen en dus niet additioneel aan reguliere zorg mag zijn (nieuw voor oud, wij gaan op dit aspect nader in in hoofdstuk 4.3);
- de eis dat er elders al ervaring moet zijn opgedaan en dat daaruit moet blijken dat het project kansrijk is (liefst ervaring in Nederland).
- De eis dat het project meerdere aanbieders moet omvatten (ketensamenwerking)
- De eis dat het project voor de verzekeraar exposure biedt.
- De eis dat het project iets nieuws biedt in de regio en niet de herhaling van een ander project is.

3.2. Projectmonitoring is vast onderdeel van de procedure, maar eisen bij de start worden niet altijd strikt gehandhaafd

Alle verzekeraars hanteren een (eigen) systeem waarin de initiatiefnemers van innovatieprojecten periodiek en volgens een van tevoren vastgelegd format verantwoording afleggen over de voortgang, budgetuitputting en inhoudelijke (tussen)resultaten van het project.

Het viel in de gesprekken op dat verzekeraars bij de start van het project de eisen strikter hanteren dan in de loop van het project, zeker als zij zelf nauw bij het project zijn betrokken. Als een project niet op schema is of niet de resultaten lijkt te behalen die waren beoogd, zal de verzekeraar niet snel het project stopzetten. Dat gebeurt slechts in uitzonderlijke situaties. Meestal geeft de verzekeraar de initiatiefnemer meermalen de kans om bij te sturen, of grijpt de verzekeraar zelf in. Als reden daarvoor wordt aangegeven dat de investering die al gedaan is, bij stopzetting van het project vergeefs zou zijn geweest. Een regeling waarin initiatiefnemers geld terug moeten betalen als het project niet loopt zoals was beoogd, zijn wij niet tegengekomen. Vaak heeft zich inmiddels een werkrelatie ontwikkeld tussen de verzekeraar en de initiatiefnemer, en hebben strenge sancties daarin geen plaats.

3.3. Samenwerking tussen aanbieders vereist samenwerking verzekeraar met andere financiers

Bijna alle innovatieprojecten waarmee zorgverzekeraars te maken hebben, zijn projecten waarin meerdere aanbieders samenwerken. Blijkbaar heerst de overtuiging dat werkelijk goede zorg alleen in de keten kan worden geboden. Vaak betreft het samenwerking tussen de tweede en de eerste lijn, bijvoorbeeld tussen huisartsen/wijkverpleging en ziekenhuizen of ggz-aanbieders. Vaak is de samenwerking nog breder en zijn ook aanbieders van Wmo-dienstverlening bij het project betrokken, of stakeholders van buiten de zorg (onderwijsinstellingen, woningcorporaties, commerciële bedrijven).

Zorgverzekeraars hanteren verschillende methodes om ketenzorg te contracteren. Vaak ligt het accent op één van de aanbieders, de hoofdaannemer. Het eerder genoemde vraagstuk van het volgsbeleid komt in samenwerkingsprojecten vaak in verhevigde mate naar boven, omdat de kans dan groter is dat meerdere verzekeraars betrokken zijn.

Zodra ook Wmo-dienstverlening bij het project is betrokken, zullen zorgverzekeraar en gemeente hun beleid en bijdrage aan het project op elkaar af moeten stemmen. Dit vereist dialoog en samenwerking. Een aantal verzekeraars geeft aan dat samenwerking niet vanzelf gaat, en de gemeenten met wie wij hebben gesproken, bevestigen dit. Verzekeraars en gemeenten hebben een andere insteek en een andere taal en cultuur. Vaak ook een ander tempo: gemeenten moeten rekening houden met inbreng van bijvoorbeeld de gemeenteraad. Verzekeraars realiseren zich dat zij voor gemeenten niet altijd gemakkelijk benaderbaar zijn en dat zij niet altijd het door de gemeenten gewenste specifieke maatwerk kunnen en willen leveren.

Verzekeraars en gemeenten geven echter aan dat investeren in wederzijds begrip de moeite waard is. Samenwerking komt soms moeizaam op gang, maar als verzekeraar en gemeente elkaar eenmaal hebben gevonden, zien zij elkaar als serieuze en betrouwbare business partners met wie afspraken ook voor de langere termijn kunnen worden gemaakt.

Een complexer vraagstuk is dat van de schaal en het werkgebied. Grotere verzekeraars geven aan dat zij met soms honderden gemeenten zouden moeten en willen samenwerken, maar dat dit ondanks een regiostructuur in de organisatie niet haalbaar is. Het zou te veel tijd kosten. Omgekeerd geven gemeenten aan dat zij het moeilijk vinden om voor projecten overleg te moeten voeren met alle verzekeraars. Projecten waar gemeenten bij betrokken zijn, zijn per definitie bestemd voor alle burgers en niet alleen voor burgers die bij een bepaalde verzekeraar zijn aangesloten. Ook hier speelt het al besproken volgbeleid een grote rol.

In enkele regio's werken zorgverzekeraars, gemeenten (en aanbieders) met een regionaal platform waarin meerdere verzekeraars en gemeenten deelnemen of zijn vertegenwoordigd, en waarin concrete afspraken over innovatieprojecten worden gemaakt. Dit zou een succesfactor kunnen zijn. Wel is gewezen op het risico van een dergelijke structuur, namelijk extra bureaucratie en samenwerkingskosten. Daarom is het verstandig te bezien of aangesloten kan worden bij een al bestaande samenwerking. Een andere suggestie is om na een start met fysiek overleg en opbouwen van een werkrelatie, overgeschakeld kan worden op een samenwerking waarin maximaal gebruik wordt van technologie zoals digitale platforms of vergaderingen via videoconferencing.

4. **Succes- en faalfactoren bij de contractering**

Tot slot, na de factoren die te maken hebben met het beleid ten aanzien van innovatie en met de innovatieprojecten zelf, de succes- en faalfactoren die te maken hebben met de contractering. Daaronder verstaan wij in dit hoofdstuk contractering van het (tijdelijke) innovatieve contract en/of de contractering van de opgeschaalde innovatie als onderdeel van de reguliere zorg.

4.1. **Investeren in samenwerking en vertrouwen belangrijke succesfactor in gehele innovatieproces**

Alle verzekeraars – en ook de gemeenten en aanbieders die we hebben gesproken – gaven aan dat het ontwikkelen van een vertrouwensbasis cruciaal is om innovatie te laten slagen. Dit geldt in feite in het gehele proces, vanaf het formuleren van innovatiebeleid via het contracteren en monitoren van projecten tot en met opschaling en verankering in de reguliere zorg.

Op diverse plaatsen in dit rapport is dit aspect al naar voren gekomen. Het gaat om samenwerking met aanbieders, maar ook met andere verzekeraars en gemeenten, en met stakeholders als cliëntenorganisaties of vertegenwoordigers van zorgprofessionals. Innovatie is een proces dat soms vraagt om lef, creativiteit en onvoorspelbaarheid, een proces waarin nieuwe allianties met nieuwe stakeholders ontstaan. Bestaande structuren moeten soms worden losgelaten en heilig huisjes omvergehaald worden om tot echte vernieuwing te komen (*creative destruction, disruptive innovation*). Dit vraagt van partijen om samen een ontdekkingsstocht aan te gaan, en om die succesvol af te ronden, is wederzijds vertrouwen een voorwaarde. Overigens betekent dit niet dat een zakelijke relatie of elkaar aanspreken op het nakomen van afspraken losgelaten moeten worden. Een volwassen partnership verenigt beide aspecten in zich.

Verzekeraars zijn zich ervan bewust dat zij door aanbieders soms als bemoeial kunnen worden gezien, die weinig verstand hebben van zorg maar er wel iets van vinden en daar nog lang over doen ook. Omgekeerd vinden verzekeraars dat aanbieders soms te veel alleen een wensenlijst indienen en doen voorkomen of kostenbeheersing alleen een taak van de verzekeraars is. In zo'n krachtenveld gaat het opbouwen van een vertrouwensrelatie niet vanzelf.

In meerdere gesprekken zijn echter goede voorbeelden naar voren gekomen van innovaties waarbij een goed partnership gebaseerd op vertrouwen uiteindelijk is gevonden, en waar vervolgens grote stappen in de zorginnovatie zijn gemaakt.

4.2. **Meerjarencontracten en financiële prikkels meest gebruikte instrumenten om innovatie te stimuleren**

Het aantal instrumenten dat zorgverzekeraars in hun contractering gebruiken om innovatie te stimuleren, is relatief beperkt. In de gesprekken kwamen vooral de meerjarencontracten en de financiële prikkels naar voren.

Meerjarencontracten zijn inmiddels bij alle verzekeraars wel in meerdere of mindere mate in gebruik als katalysator van innovatie. Initiatiefnemers worden zo in de gelegenheid gesteld ook complexere innovaties door te voeren. Verzekeraars en ook aanbieders geven aan dat vernieuwingen in systemen of structuren ook gepaard gaan met nieuw gedrag van medewerkers, en dat het tijd vergt om dit te verankeren. Meerjarencontracten worden door alle partijen gezien als succesfactor.

Extra financiële middelen zijn een tweede instrument. Soms in de vorm van een impuls bovenop de reguliere financiering, soms in de vorm van uitstel of mitigatie van kortingen. Ook de gedachte om middelen vanuit de Zvw en de Wmo 'op één hoop te gooien' is genoemd, maar daarvan werd gezegd dat dit een moeilijk begaanbare weg is zolang toezichthouders verantwoording per geldstroom eisen. Daarnaast verhoudt het Zvw-systeem met de zorgplicht zich niet goed tot het Wmo-systeem zonder die plicht: als middelen samengevoegd worden,

wanneer is een verzekeraar dan verplicht om zorg te leveren? Overigens werd opgemerkt dat het voor het uitvoeren van gezamenlijke projecten ook niet nodig is om de middelen samen te voegen.

In een enkel gesprek werd gerefereerd aan nieuwe financieringsvormen zoals outcomefinanciering in plaats van productiefinanciering. Het lijkt erop dat dit in elk geval voor verzekeraars geen veelgebruikt instrument is. Als oorzaak werd genoemd dat de definiëring van outcome en de vaststelling daarvan te complex is.

In de bijeenkomst voor zorgverzekeraars eind januari is gesproken over modaliteiten als ‘rechtstreeks inkopen bij de verzekerde’ (kosten voor zelfzorg en gebruik e-health rechtstreeks betalen aan de verzekerde), maar dit stuit momenteel nog op een groot aantal uitvoeringsvraagstukken. Verder is de wens genoemd om als verzekeraar contracten af te mogen sluiten met andere partijen dan zorgaanbieders, bijvoorbeeld met telecommunicatiebedrijven die verzekerden kunnen voorzien van e-healthverbindingen of sensoren.

4.3. ‘Nieuw voor oud’ een noodzakelijk maar complex proces

Tijdelijke innovatieve projecten worden vaak additioneel aan reguliere zorg uitgevoerd. Immers, het is nog niet zeker dat het project slaagt en dan moet de aanbieder terug kunnen vallen op de oude situatie. Of het project betreft een pilot met één bepaald product of systeem.

Als het project echter toe is aan opschaling naar meer aanbieders, ontstaat vanuit inhoudelijk perspectief én kostenperspectief de noodzaak om de zorginnovatie niet langer additioneel te laten zijn aan de reguliere zorg, maar in de plaats te stellen van reguliere zorg: nieuw voor oud. Dit principe, waar overigens de ene verzekeraar veel strikter mee omgaat dan de ander, is niet zo eenvoudig in de praktijk te brengen. Dat geldt vooral als het gaat om veelomvattende innovaties waar een forse cultuuromslag nodig is. In de organisatie kan weerstand bestaan, zeker als de organisatie die moet afbouwen niet dezelfde is als de organisatie die de nieuwe zorg mag leveren. Daarnaast kunnen bestaande kosten niet altijd op korte termijn worden afgebouwd. In het voorbeeld van verplaatsing van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn zal het ziekenhuis niet zonder meer vierkante meters af kunnen stoten of afscheid van medewerkers kunnen nemen.

In deze situaties werken verzekeraars steeds vaker met een combinatie van meerjarenafspraken en financiële prikkels, in die zin dat het ziekenhuis tijd krijgt om de benodigde veranderingen in de organisatie door te voeren en ruimtes af te stoten of te herbestemmen.

Dit onderhandelingsproces stelt hoge eisen aan de competentie van de onderhandelaars bij verzekeraars. Naar wij begrepen, zijn niet alle medewerkers hiervoor voldoende toegerust en bestaat behoefte aan meer coaching. Wij bevelen zorgverzekeraars dan ook aan om hiervoor tijd en geld vrij te maken.

4.4. Twee potentiële belemmeringen in de regelgeving benoemd

Het viel op dat in de interviews met de verzekeraars zelden werd gesproken over de regelgeving als factor die stimulerend of belemmerend zou werken voor innovaties. Twee zaken werden in dit verband wél benoemd.

4.4.1. Innovatie zou inkomsten verzekeraar onder druk kunnen zetten

In enkele gesprekken brachten verzekeraars naar voren dat het stimuleren van innovatie een negatief effect zou kunnen hebben op hun inkomsten. Verzekeraars ontvangen een substantieel deel van hun inkomsten uit de zogeheten risicoverevening, een systematiek die verzekeraars compenseert voor hoge kosten als gevolg van bepaalde kenmerken van hun verzekerden (risicogroepen). Als nu door innovatie de kosten voor bepaalde risicogroepen worden verschoven van bijvoorbeeld de tweede naar de eerste lijn, kan dit door de gehanteerde berekeningssystematiek een lagere compensatie en dus minder inkomsten betekenen. Dit terwijl de innovatie wél investeringen vereist. Met name in preventieprojecten komt dit naar voren, en zeker als de ene verzekeraar hierin duidelijk meer investeert dan de andere. Verzekeraars benadrukken dat een teruggang in inkomsten niet betekent dat zij daardoor innovatie minder stimuleren, maar zij zijn wel van mening dat deze perverse prikkel in het systeem zou moeten worden geëlimineerd.

Het systeem van de risicoverevening is een complex systeem, en nader onderzoek is dan ook nodig om vast te stellen of er daadwerkelijk sprake is van een prikkel en zo ja, in welke omvang. Als dit duidelijk is, kan VWS besluiten of aanpassingen in de risicoverevening nodig zouden zijn.

4.4.2. Innovatie vraagt om het delen van data: hoe in te regelen?

Eerder in dit rapport benoemden wij al dat bijna alle innovatieprojecten de grenzen van één individuele aanbieder overschrijden. De meeste projecten worden als samenwerking tussen meerdere zorgaanbieders opgezet. Dit betekent bijna automatisch, dat er behoefte bestaat aan het delen van data over de patiënten die bij het project betrokken zijn. Dit stelt uiteraard zijn eisen aan de gegevensbeveiliging, zeker nu in mei 2018 de regels uit de AVG integraal gehandhaafd gaan worden. Diverse verzekeraars gaven aan dat aanbieders niet altijd weten hoe ze daarmee om moeten gaan, en dat daardoor innovatieprojecten stikken.

Deze situatie is niet rechtstreeks een probleem van verzekeraars, maar indirect wel. Verzekeraars geven aan dat er mogelijk technologische oplossingen zijn, maar dat daarover nog onvoldoende duidelijk is.

Dat het delen van data bij zorgprojecten van meerdere aanbieders samen niet eenvoudig is, komt aan de ene kant door privacyvoorschriften, aan de andere kant doordat ICT-systemen van aanbieders niet of onvoldoende aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Voor dit laatste zijn inderdaad technologische oplossingen beschikbaar. Het zou een activiteit van VWS kunnen zijn om de kennis hierover actief te verspreiden en best practices beschikbaar te stellen. In het verlengde hiervan zou VWS landelijk bij burgers onder de aandacht kunnen brengen dat zij door het geven van toestemming om gegevens te delen via het Landelijk Schakelpunt zelf kunnen bijdragen aan het vergroten van de mogelijkheden voor datadeling. Uiteraard is het dan wel van belang dat de gebruikte systemen en processen voldoen aan alle eisen van de privacywetgeving.

A. *Bijlage: additionele interviewcitaten*

Aanvullende citaten uit interviews met zorgverzekeraars, aanbieders en gemeenten in het kader van het onderzoek naar inkoop van zorginnovatie.

1. Wat zou het ministerie van VWS kunnen doen om innovatie nog meer te stimuleren?

“Het zou fijn zijn als VWS de mogelijkheden in de regelgeving creëert om contracten te sluiten met niet-zorgaanbieders, bijvoorbeeld bedrijven die e-healthhardware produceren zoals een digitale huisarts. Of telecombedrijven.”

“Het zou fijn zijn als VWS de mogelijkheden in de regelgeving creëert om contracten te sluiten met individuele burgers. Zelfzorg gaat namelijk niet lopen via aanbieders. Geen pgb, maar zorg in natura: zelfzorg met behulp van e-health! Vooral bij chronisch zieken.”

“Voor inkoop van innovatie heb je innovatieve bestuurders nodig. Alles staat of valt met het enthousiasme van de bestuurder. We moeten daar intern mee aan de slag, maar misschien moet ook VWS meer aankloppen bij de bestuurders.”

“Laat de bestuurders van zorgverzekeraars eens een uurtje praten met bestuurders van innovatieve bedrijven. Een inspiratiebijeenkomst. Misschien een taak voor VWS?”

“Bij het volgebeleid speelt altijd de ‘angst’ dat ACM en NZa opmerkingen gaan maken. Weliswaar denken we dat het wel meevalt, maar dat weten we niet zeker. En dan zijn de bestuurders al snel heel voorzichtig. Kan VWS niet het voortouw nemen voor afspraken zwart op wit met ACM en NZa?”

“VWS zou landelijk aandacht kunnen vragen bij de burgers voor de mogelijkheid om toestemming te geven gegevens te delen tussen zorgaanbieders.”

“In Estland is een best-practicesysteem bedacht om data te delen. Iedereen heeft een digitale pas waarin gegevens kunnen worden ontsloten. Zo beslist iedereen zelf wie welke data krijgt. Zo’n systeem krijg je niet ingevoerd zonder de overheid. Dus VWS, neem die verantwoordelijkheid.”

“Een fysiotherapeut die zich richt op gezondheidsbevordering en zijn patiënten een hobby aanraadt in plaats van behandelt, zit binnen een jaar zonder inkomen. Want patiënten zijn na één keer weer weg, en het gesprek krijgt de fysiotherapeut niet eens vergoed. Hoe moeten we dat als verzekeraar oplossen? Binnen de huidige regelgeving is er geen oplossing. We mogen alleen verrichtingen financieren.”

2. Zo doen wij dat

“Om echt tot innovatieve zorg te komen, moet je niet focussen op een toevallig project maar structureel vertrouwen en samenwerking opbouwen.”

“Tip voor verzekeraars: beloon innovatieve inkopers.”

“Tip voor verzekeraars: laat ook marketingmensen deel uitmaken van je innovatieteam. Zij letten van begin af aan meer op de mogelijkheden om je als verzekeraar te profileren, maar ook op mogelijkheden om het project maximaal te verspreiden en op te schalen.”

“Wij hebben een aparte stichting opgericht waarin we samen met de aanbieders de effecten van innovatie meten.”

“Wij laten expres de beoordeling van het slagen van pilots over aan een externe onafhankelijke instantie.”

“Wat goed werkt is als teams zelf intern hun innovatieproject moeten verkopen. Wij maken er een wedstrijd van, met een jury. Dat zorgt ervoor dat teams meer letten op succesfactoren.”

“Wij beoordelen de kwaliteit van innovaties met het internationaal erkende programma Ichom. Dat combineert de kwaliteit zoals patiënten die zien met kwaliteit zoals de specialisten die zien.”

“Een van de ziekenhuizen in onze regio heeft een huisarts in dienst, om goed de brug te kunnen slaan. Wij (verzekeraar) vonden dat eerst maar vreemd, maar het blijkt best te werken.”

“Een prikkel die werkt is: als een aanbieder in een project minder kosten maakt dan was geraamd, mag hij daar een deel van houden.”

“Als prikkel voor de kosten hebben we verder nog een gezondheidsplatform voor verzekerden: je kunt met gezond gedrag punten sparen; dat doen we met een speciale app, Met die punten kun je spullen kopen die de gezondheid bevorderen. En we hebben groepen die zelf geld inleggen en dan een wedstrijd aangaan over gezond gedrag. Groepen diabetici bijvoorbeeld. Dat scheelt veel insuline.”

“Kleine verzekeraars hebben soms onvoldoende verzekerden om een innovatie te kunnen inzetten, maar aan de andere kant wel de mogelijkheid om projecten persoonlijk en intensief te begeleiden en samenwerking met gemeenten op te zetten.”

“Wij krijgen tientallen ideeën voor innovatie binnen, maar honoreren alleen initiatieven die aansluiten bij het ene speerpunt dat wij hebben gekozen.”

“Verrichtingen mogen best wat duurder zijn als ik er minder van nodig heb.”

“De business case bij echte innovaties is vaak op aannames gebaseerd. Je weet nog niet wat het gaat kosten en of het wel werkt. Er is geen controlegroep, zodat je het verschil kunt meten. Dat betekent dat er ook altijd veel geloof komt kijken bij de beoordeling van business cases.”

“Wij hebben een project dat heel succesvol is onder huisartsen, omdat een huisarts het heeft bedacht. Dan willen de anderen ook wel meedoen.”

“Als mensen met diabetes een week lang alleen superfood eten, hoeven ze geen insuline meer. Maar wij geven medicijnen.”

3. Dit komen wij tegen in de samenwerking

“Shared gains maar ook shared risks! Contractpartijen willen vaak wel het eerste maar niet het tweede.”

“Wij denken dat gemeenten alles in de Zvw willen schuiven en gemeenten denken dat wij alles in de Wmo willen schuiven.”

“Veel innovatieprojecten gaan over de grenzen van de zorg heen en omvatten ook Wmo-dienstverlening. Die projecten zijn bijna niet landelijk op te schalen, want dan moet je 380 gemeenten mee hebben.”

“We (verzekeraars) worden gezien als wandelende pinautomaten. Niet mee bemoeien, gewoon betalen.”

“Naast dit alles hebben we ook nog de vraag te beantwoorden, hoe we het vertrouwen van de verzekerden winnen. Ze vinden ons graaiers.”

4. Dit vinden gemeenten¹

“Als je verzekeraars in beweging wilt krijgen, moet je zelf ook met iets komen. Geld dus.”

“Wij willen als gemeente graag integrale afspraken maken over de zorg voor onze burgers, maar de verzekeraars zijn opgedeeld in compartimenten. Je hebt een inkoper eerste lijn en een inkoper ziekenhuiszorg en als die moeten gaan samenwerken, maak dan je borst maar nat.”

“Is die rechtmatigheidscontrole van de verzekeraars nu echt nodig? Denken ze nu echt dat de wijkverpleging allemaal overbodig werk aan het doen is?”

“In preventieprojecten liggen de kosten bij de gemeente en de baten bij de zorgverzekeraar. Die drempel moet je altijd over”

5. Dit vinden aanbieders²

“Als aanbieder hebben we meer aan een regelarme omgeving dan aan een specifiek innovatieproject. Als verzekeraars werken met specifieke projecten, heb je alleen maar naast de reguliere regels ook nog de projecteisen en –regels.”

“In onze regio heeft de verzekeraar een bepaald speerpunt. Toevallig niet iets waar onze organisatie veel in kan betekenen. Maar onze innovaties zijn ook hard nodig! Die komen echter niet aan bod.”

“Het kost veel moeite om een project van de grond te krijgen als de ene verzekeraar de andere niet wil volgen.”

“Het is zó moeilijk om een project van de grond te krijgen, je moet van alles aanleveren en dat kost handenvol tijd. Die heb ik niet. En geld om een projectmanager aan te stellen die een business case kan opstellen, krijg je niet.”

“Er zijn tientallen potjes met elk weer eigen regels, en daar past je project nooit helemaal in.”

“Al die regels voor innovatie.... Ik wilde iets uitproberen met een cliëntondersteuner maar dan moest het direct weer een hbo'er zijn en minimaal zoveel uur en zoveel dit en zoveel dat. Toen was het innovatieve er direct af.”

“Ik heb geprobeerd om een verzekeraar over te halen mee te gaan in een innovatieproject. Ze wilden niet, want wie zou het risico bij mislukken moeten dragen? Ik heb aangeboden dat ik dat zou doen, en dan dus een tariefsverlaging zou accepteren. Maar dat wilden ze niet, want ze mogen niet zomaar een tarief verlagen.”

“De ene verzekeraar vraagt een benchmark, de andere een continue monitor met een dashboard, de derde een business case. Als ze elkaar allemaal gaan volgen, is dat voor ons aanbieders een enorme administratieve last.”

6. Veilig delen van data: een hot item

“We moeten het vraagstuk van veilig delen van data snel oplossen, voordat Google het heeft gedaan.”

“Ik vind dat we in onze aanbestedingen moeten eisen dat aanbieders een oplossing voor het delen van data hebben gevonden. Samen met Nictiz kunnen we die eisen specificeren.”

“De VIP-gelden voor data-ontsluiting gaan naar de softwareleveranciers, maar daar komt de innovatie niet vandaan.”

¹ Alleen ter illustratie. Er konden in het kader van dit onderzoek te weinig gemeenten worden geïnterviewd om een breder beeld te krijgen.

² Alleen ter illustratie. Er konden in het kader van dit onderzoek te weinig aanbieders worden geïnterviewd om een breder beeld te krijgen.

7. Dit is óók innovatie

Voorbeelden van innovatie naast de initiatieven die de verzekeraars bij aanvang van het project hadden ingediend:

- Niet elke organisatie een eigen nachtdienst, maar één organisatie die de nachtdiensten voor zijn rekening neemt.
- In de GGZ is het bijna ondoenlijk om behandeling (Zvw) te scheiden van begeleiding (Wmo). Wij bieden nu een integraal product aan.
- Preventie van terugval bij depressie.
- Studenten die coach worden van jongeren met minder gezond gedrag.
- Geautomatiseerd vertalen van diagnose in ECD in specifieke oefeningen in app (bekkenbodeminstabiliteit).
- Seniorenvoedingsmeter: oudere vult in en ziet dan of hij goed eet.
- Vossenjacht (beweegspel Wii voor ouderen).
- Bewegingsproject bij vrouwen met hypochondrie.
- Project waarin via een app met tips aan de hulpverlener zicht ontstaat op wat er écht aan de hand is. Nee eigenlijk: zicht op wat mensen *inspireert*. Dan blijkt vaak dat een zorgoplossing vaak helemaal niet nodig is, maar dat een hobby veel meer oplost. Daar gaan we hulpverleners nu systematisch in trainen.
- De minimapolis wordt vaak gesubsidieerd door gemeenten. We zouden daar wat meer afspraken kunnen inbouwen over gezond gedrag. Bijvoorbeeld dat we bepaalde zaken vergoeden die de leefstijl van minima verbeteren. Dat bestaat nog niet, maar is wel onze wens.

“De volgende innovatieslag zit er alweer aan te komen: artificial intelligence. We moeten ons daar beter op voorbereiden. Wat nu nog innovatie is, is dat straks niet meer.”

8. En de uitsmijters

“Imago is een belangrijke drijfveer. We kunnen het ons niet permitteren om negatief in het nieuws te komen. Maar of dat ook betekent dat we alleen de beste innovatieprojecten uitkiezen? Nee. Misschien eerder de projecten van de aanbieders met de grootste mond.”

“Als je gaat lopen pushen op innovatie, werkt het niet.”

“Innovatie werkt niet met deadlines.”

“Echte innovatieve organisaties hebben geen afdeling innovatie.”

“Laten we niet vergeten: innovatie is ook gewoon leuk.”