

PROF.DR. KIM PUTTERS
MAARTEN JANSSEN MSC

Woensdag 9 februari 2011 | Clingendael European Health Forum

Investeren in innovatie: 'The next step'



ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
INSTITUUT BELEID & MANAGEMENT
GEZONDHEIDSZORG



Achtergronddocument

Investeren in Innovatie: 'The next step'

Clingendael European Health Forum
Woensdag 9 februari 2011

Prof.dr. Kim Putters
Maarten Janssen MSc



Voorwoord

Voor u ligt het achtergronddocument bij de presentatie "*Investeren in innovatie: the next step*" van het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (vanaf nu: iBMG) tijdens het 11^e Clingendael Symposium op woensdag 9 februari 2011. Allereerst treft u een kopie van het opinieartikel dat in aanloop naar dit symposium is verschenen in het Financieel Dagblad op 07-02-2011. Ten tweede treft u een conceptartikel met een uitgebreidere analyse over de relatie tussen het sturen en toezicht houden op innovatie en de innovatiepraktijk. Deze bijdrage is gebaseerd op casusonderzoek van het iBMG uit het (recente) verleden. Ten derde treft u een toelichting op de presentatie in de vorm van een overzicht van de slides met toelichting. Tot slot treft u in de vierde en laatste bijdrage een beknopt overzicht van onderzoeken op het gebied van innovatie uitgevoerd door het iBMG. Per onderzoek wordt de kern beschreven en waar mogelijk wordt er verwezen naar nadere informatie.

We bedanken iedereen die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van de presentatie en de verschillende bijdragen in dit achtergronddocument.

Met vriendelijke groet,

Prof.dr. K. (Kim) Putters
M. (Maarten) Janssen MSc

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Opinieartikel zorginnovatie	7
Achtergrondartikel zorginnovatie.....	9
Toelichting presentatie iBMG	15
Overzicht innovatieonderzoek iBMG.....	21

Opinieartikel zorginnovatie

Titel: 'Vernieuwing moet stelsel aantasten'
Subtitel: Goede wil alleen is niet voldoende: er is lef nodig om het systeem te veranderen
Auteurs: Prof.dr. K. Putters & M. Janssen MSc
Publicatie: Financieel dagblad 07-02-2011

'Vernieuwing moet stelsel aantasten'

- Goede wil alleen is niet voldoende: er is lef nodig om het systeem te veranderen -

Het ontwikkelen van nieuwe medicijnen, behandelingen en organisatievormen draagt bij aan de zorgkwaliteit. Deze, soms radicale innovaties stellen bestaande relaties en machtsposities ter discussie, bijvoorbeeld wanneer patiënten meer regie krijgen over eigen zorg en leven ten koste van macht van zorgverzekeraars en artsen.

Er is grote onvrede over de traagheid waarmee innovaties ter beschikking komen van patiënten. Het goede nieuws is dat de oorzaak niet zit in de wil om te innoveren, die is alom aanwezig. Het slechte nieuws is dat goede wil alleen niet voldoende is. De 'sense of urgency' om het systeem te veranderen ontbreekt, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ook concludeert in het eind januari verschenen rapport 'Arbeidsbesparende innovaties in de zorg'.

Kwaliteitsverbetering bereiken tegen minder kosten is een kwestie van lange adem. Degene die in innovatie investeert is bovendien veelal niet degene die de opbrengsten ontvangt. Anderen profiteren als een zorgverzekeraar investeert in preventieve innovaties; werkgevers profiteren als werknemers door nieuwe behandelingen snel weer aan het werk kunnen en verzekeraars profiteren als patiënten meer aan innovatieve vormen van zelfzorg doen.

Hoewel innovatie in bijvoorbeeld preventie op langere termijn collectief doelmatigheidswinst oplevert, overheerst het korte termijn financieel eigenbelang en wordt er weinig mee gedaan. Noch de overheid, noch private partijen stijgen daar momenteel bovenuit. Hoe komt dat?

De overheid blijkt slecht in staat om risicovolle investeringen in innovaties te doen. Politici en kiezers beschouwen dat al snel als 'speculatie' met belastinggeld, zeker als er niet meteen zicht op 'return on investment' is. Langetermijndoelmatigheidswinsten blijven hierdoor liggen. Private aanbieders, verzekeraars en de medische industrie zouden in staat moeten zijn om met R&D innovatie te stimuleren. Echter, ook zij zitten nog vaak 'gevangen' in een door beleid ingegeven keurslijf van korte termijn georiënteerde en gefragmenteerde budgettering die af staat van wat individuele patiënten nodig hebben.

Innovatie vindt wel plaats, maar vooral binnen de knellende grenzen van het systeem. Als schaamlap voor het gebrek aan systeemverandering, stellen politiek en toezichthouders steeds meer gedetailleerde eisen aan de praktijk om te laten zien wat ze met innovatiegelden doet. Dit leidt tot een regeldichtheid die innovatie eerder afremt. Radicale innovaties treden pas op als de bestaande machtsposities en het

zorgsysteem zelf bediscussieerd worden. Zorginnovaties dagen het systeem uit door bijvoorbeeld de patiënt meer macht te geven of door artsen de ruimte te geven voor specialisatie. Het besef ontbreekt dat innovatie ruimte nodig heeft om te ontwikkelen.

Niet het gebrek aan innovaties is het probleem, maar het ontbreken van lef om eigen machtsposities op te geven en om langetermijnwinsten voor doelmatigheid en kwaliteit centraal te stellen. Met het alsmaar transparanter maken van de individuele bijdragen van artsen of instellingen aan kostenbesparingen en kwaliteit op korte termijn, en toezichthouders die zich daarop blindstaren, komt die doorbraak er niet. Wat er aan het einde van de rit voor de patiënt is bereikt moet centraal staan. Wat is daarvoor nodig?

De RVZ stelt dat de overheid regeldrukte moet wegnemen, juiste financiële prikkels moet inbouwen en een innovatieve cultuur moet creëren. Wij zien vooral ook de noodzaak om naar nieuwe allianties met patiëntenorganisaties, woningcorporaties en de medische industrie te zoeken, die uitgaan van een 'return on investment' over een langere periode.

Daarnaast zijn nieuwe taakverdelingen nodig, zoals in de digitale poli MijnZorgNet in Nijmegen. Patiënten krijgen daar via ICT meer verantwoordelijkheid waardoor artsen en financiers macht en zeggenschap moeten afstaan.

Tenslotte moet het zorgbestuur meer verantwoording afleggen over kwaliteitsverbetering aan zorggebruikers dan aan reeksen toezichthouders. Deze omslag begint, maar houdt niet op bij goede wil. Het zorgbestuur moet lef tonen. Lef om zichzelf weg te cijferen om tot duurzame veranderingen te komen.

Prof.dr. Kim Putters
Hoogleraar Management van zorginstellingen aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

Maarten Janssen MSc
Promotie onderzoeker op het terrein van zorginnovatie aan de EUR.

Achtergrondartikel zorginnovatie

Titel: Naar een ander perspectief in innovatiebeleid

Auteurs: Prof.dr. K. Putters & M. Janssen MSc

‘Naar een ander perspectief in innovatiebeleid’

Introductie

In de Nederlandse gezondheidszorg zijn vele actoren op enige wijze betrokken bij het stimuleren van zorgvernieuwing en het toezicht houden op de kwaliteit van zorgverlening. Markt- en overheidspartijen dragen een gedeelde verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Deze sterke maatschappelijke verantwoordelijkheid in de zorg heeft geresulteerd in een sterk geïnstitutionaliseerd landschap waarin taken strikt zijn gescheiden en over verschillende actoren zijn verdeeld. Waar deze vergaande specialisatie in taakverdeling een positief effect heeft op de beheersbaarheid en kwaliteit van de zorg kan het tegelijkertijd problematisch zijn voor het stimuleren van (radicale) zorginnovatie. Om in de toekomst de basiswaarden voor de zorg te kunnen garanderen is er een sterke behoefte aan radicale product- en procesinnovatie (Elzen & Wieczorek 2005; Hekkert et al. 2007). Deze behoefte wordt versterkt door de vergrijzing van de bevolking en door de toenemende mogelijkheden van technologie die beide de vraag naar zorg kunnen laten stijgen (Den Breejen, Putters en Frissen 2010).

Hoewel de ontwikkeling van radicale innovaties in de vorm van nieuwe medicijnen, behandelingen en organisatievormen ontegenzeggelijk bijdraagt aan de zorgkwaliteit stellen deze tegelijkertijd bestaande relaties en machtsposities ter discussie. Voorbeelden hiervan zijn ICT innovaties die patiënten meer regie geven over eigen zorg en leven ten koste van macht van zorgverzekeraars en artsen. Hoewel er in de zorg voldoende pogingen worden ondernomen om innovaties te ontwikkelen leidt het geheel toch tot een grote onvrede over de traagheid waarmee innovaties ter beschikking komen aan de patiënt. Het goede nieuws is dat het probleem niet zit in de wil om te innoveren, die is alom aanwezig. Het slechte nieuws is echter dat deze goede wil alleen niet voldoende is. De 'sense of urgency' om het systeem en de daarbij horende taakverdeling te veranderen ontbreekt, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ 2011) ook concludeert in het eind januari verschenen rapport 'Arbeidsbesparende innovaties in de zorg'.

Momenteel is er sprake van een situatie waarin totale uitkomsten en effecten van zorginnovatie tegenvallen ondanks dat verschillende actoren afzonderlijk, in overeenstemming met de vaak wettelijk toebedeelde taak, goed werk verrichten en er een sterke wil om te innoveren aanwezig is. Om inzicht te krijgen in de oorzaken hiervan is verder onderzoek wenselijk naar de relatie tussen innovatie en de wijze waarop innovatie wordt gestimuleerd, gestuurd en gecontroleerd. Omdat zorginnovaties altijd naast een privaat belang voor de ontwikkelaar ook een publiek belang (bijdrage aan kwaliteit van de zorg) in zich kunnen hebben is deze relatie zeer interessant. Overheid speelt o.a. via toezicht een rol in innovatie omdat men grip wil houden op de effecten van innovatie. In deze bijdrage proberen wij inzicht te verschaffen in de wijze waarop verantwoordelijkheden voor het sturen en het stimuleren van zorginnovatie zijn belegd en welke effecten dat heeft op de praktijk van zorginnovatieprocessen.

Schets van de huidige situatie

Onderzoek van het iBMG naar het stimuleren, sturen en ontwikkelen van zorginnovaties heeft laten zien dat er in de huidige praktijk zeer beperkt sprake is van

een gedeelde verantwoordelijkheid voor het innovatieproces en de uitkomsten daarvan. Formeel is de overkoepelende verantwoordelijkheid in bijvoorbeeld toezicht niet belegd, maar daarnaast wordt hij ook niet als zodanig ervaren door de afzonderlijke partijen. Er is geen duidelijke regie op innovatieprocessen omdat alle actoren zich op het eigen takenpakket richten binnen het sterk geïnstitutionaliseerde krachtenveld (Janssen, Putters, Zuiderent-Jerak 2010).

Zo zorgen VWS, het (zorg)innovatieplatform, brancheorganisaties, particuliere instellingen en investeerders voor het stimuleren van innovatie, richten de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het College van Zorgverzekeringen (CVZ) en eventueel DBC-O zich op de beoordeling en houden de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), de NZa en de Nederlandse Mededinging autoriteit (NMA) toezicht op de in de praktijk gerealiseerde resultaten. Op kleinere schaal zijn er dan nog inspecties zoals de arbeidsinspectie, de HKZ-certificering en het toezicht op verantwoord medicijngebruik. Daarnaast is er nog de invloed van de politiek in de vorm van de minister, het parlement en provincies en gemeenten. Tot slot is er naast extern ook intern georganiseerd toezicht in de vorm van raden van toezicht, accountantscontrole, cliëntraden, tevredenheidsonderzoeken en de directe contacten tussen burgers en professionals.

Deze verscheidenheid aan actoren die op enige wijze betrokken zijn bij zorginnovatie maakt duidelijk dat deze taakverdeling kan leiden tot inhoudelijke verschillen in beoordeling en dat toezicht op verschillende momenten inwerkt op innovatieprocessen. Gezamenlijk zorgen deze toezichthouders ervoor dat publieke belangen rond kwaliteit en toegankelijkheid geborgd worden, echter de vraag blijft interessant hoe dit in de praktijk uitwerkt. Wij zullen dat op basis van twee casussen illustreren.

Innovatie in de praktijk: empirisch onderzoek

Het eerste casusonderzoek betreft een onderzoek naar de beoordelingsprocedures van medische zorginnovaties waarbij verschillende partijen (CVZ, NZa, DBC-O, IGZ, RVZ, Zip, ZonMw en VWS) betrokken zijn. Uit dit onderzoek blijkt allereerst dat de geïnstitutionaliseerde en gefragmenteerde organisatie van toezicht bijdraagt aan de kwaliteit van afzonderlijke beslissingen die over innovatie genomen moeten worden, zoals de vergoeding en de pakketbeslissing. Tegelijkertijd laat het zien dat toezicht op innovatie zelf niet in instituties is belegd, maar dat alle actoren in verschillende deelbeslissingen wel allemaal iets zeggen over de waarde van innovaties. Deels is het vormen van een integraal oordeel over een innovatie lastig omdat er vaak onderling strijdige waarden en belangen in het geding zijn. Zo kunnen betaalbaarheid en kwaliteit maar ook snelheid en veiligheid op gespannen voet staan. De huidige organisatie maakt het lastig om integrale oordelen over innovaties te vormen wanneer deze nieuwe vragen oproepen, bijvoorbeeld wanneer een innovatie de kwaliteit van zorg verbetert maar enkel tegen hogere kosten. Momenteel is het onduidelijk hoe dit besluit nu wordt genomen. De actoren gaven daarnaast aan dat de huidige organisatie nog de volgende knelpunten oplevert: een gebrekkige invloed op diffusie, onmogelijkheid om door middel van voorlopige- en conditionele toegang aan te sluiten bij onzekerheid van innovaties, gebrek aan aandacht voor maatschappelijk wenselijke richting en gebrek aan centrale regie.

Een tweede onderzoek betreft de verspreiding van een waardevolle ICT-innovatie op het gebied van telecare; de Health Buddy. Hoewel alle betrokken partijen overtuigd waren van de mogelijke winst in kwaliteit van zorgverlening en de mogelijke besparing werd de implementatie sterk geremd door het onvermogen van het systeem om zich aan te passen aan de innovatie (Harms 2010). Het spel van wantrouwen doorbreken, vertrouwen creëren en het verhelpen van onverwachte knelpunten werd belangrijker dan de innovatie zelf. Betrokken partijen bleken onvoldoende in staat de innovatie te accepteren. Zij hadden last van gebrekkige onderlinge afstemming en vertrouwen; liepen tegen schotten in de financiering aan,

stuitten op onwil bij medisch personeel en werden geconfronteerd met een korte termijn focus. Dit alles maakte leren voor gebruikers, zorgverleners en toezichthouders zo goed als onmogelijk. Er was geen partij die kon afdwingen dat de verspreiding versneld zou worden en de ontwikkelaars waren meer bezig met het actief creëren van vertrouwen dan met het doorontwikkelen van de innovatie zelf. Hiermee leidt deze casus op microniveau tot vergelijkbare inzichten als het onderzoek voor de Regieraad op macroniveau.

In onderstaande tabel zijn de observaties uit beide casussen vertaald naar algemene knelpunten in de wijze waarop innovatieprocessen plaatsvinden in het zorgsysteem.

#	Observaties en beschrijving knelpunten
1	Hoewel alle betrokken partijen een duidelijke bij wet afgebakende taak hadden en die taken ook goed werden uitgevoerd, is er een zekere onvrede over de gezamenlijke resultaten.
2	Het huidige institutionele krachtenveld leidt ertoe dat de verantwoordelijkheden voor innovatie diffuus verdeeld zijn. Dat leidt gemakkelijk tot afschuifgedrag en organisaties die naar elkaar wijzen als het gaat om het stagneren van waardevolle innovaties
3	Het is vooralsnog niet duidelijk op welk aspect van een innovatieproces toezicht zich moet richten en waar het op dient te beoordelen. Is het wenselijk om innovatie als doel op zich te hebben of moet het meer worden gezien als middel naar een kwalitatief betere zorg?
4	Middels innovatie kwaliteitsverbetering bereiken tegen minder kosten is een kwestie van lange adem. Bovendien is degene die investeert veelal niet degene die de opbrengsten ontvangt. Lange termijn investeringen en nieuwe financieringsmogelijkheden leveren kwaliteitswinst, toch wordt er vanwege een focus op de korte termijn te weinig mee gedaan.
5	Overheden lijken slecht in staat om risicovolle investeringen in innovaties te doen wegens risico op beschuldiging van 'speculatie' met publieke middelen. Zeker wanneer er geen garantie op 'return on investment' is.
6	Ook private aanbieders, verzekeraars en de medische industrie zitten vaak 'gevangen' in een, door beleid ingegeven, keurslijf van korte termijn georiënteerde en gefragmenteerde budgettering. Lange termijn doelmatigheidswinsten blijven ook daardoor liggen.
7	Toezicht is teveel doelbepalend vooraf terwijl innovatie een proces is dat baat heeft bij het zoeken naar het doel. De voor innovatie karakteristieke dynamiek, onzekerheid en een sterke relatie met de omgeving benadrukken dat een innovatie pas zijn uiteindelijke vorm zal vinden in de praktijk. De noodzakelijke zorgvuldige experimenteerruimte ontbreekt nu.
8	Het lijkt te ontbreken aan lef om bestaande machtsposities op te geven ten behoeve van het publieke belang. Zowel in het primaire proces van zorgverlening als in het beoordelen van de potentiële waarde van zorginnovaties.

Analyse

In de zojuist beschreven onderzoeken lijken al de beschreven knelpunten voort te komen uit een verkeerd gekozen perspectief op innovatie en innovatiebeleid. In zorginnovatieprojecten is er bijna per definitie sprake van een confrontatie tussen private en publieke belangen omdat er altijd een ontwikkelaar is die zijn innovatie wil omzetten in economische activiteit en er is een overheid die de effecten van deze innovaties zodanig beoordelen en sturen zodat zij bijdragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Er is daarom sprake van een belangrijke relatie tussen het institutionele krachtenveld en het verloop van innovatieprocessen. Het gekozen perspectief op die relatie stuurt ook de uitkomsten van innovatieprocessen. In de casussen zien wij verschillende perspectieven, o.a. beschreven door Bovens et al. (2005), terug.

In de casus van de Regieraad zagen wij een nogal sterk **rechtstatelijk** perspectief op toezicht terugkomen die uit gaat van de restrictieve aspecten van toezicht. In deze visie is toezicht bedoeld om ongewenste uitkomsten tegen te gaan. Centraal in dit perspectief op toezicht staat dan ook het harde vroegtijdige oordeel over een innovatie en het opleggen van adequate sancties bij onwenselijk gedrag of uitkomsten. Hoewel deze benadering maatschappelijk begrijpelijk kan zijn, maakt het de relatie met innovatie enigszins problematisch. Innovatie gaat over een zoektocht naar verbetering, niet enkel over het garanderen van een basisoniveau van kwaliteit. De vraag bij veel innovatieve behandelingen, proces- en productinnovaties in de zorg is juist of het bijdraagt aan de verbetering van de kwaliteit tegen bij voorkeur lagere kosten. Dit perspectief gaat uit van het afrekenen op resultaat terwijl er vaak een oordeel gevormd moet worden over een innovatie op het moment dat resultaten nog achterblijven. Hier komt nog bij dat er geredeneerd vanuit dit perspectief altijd gezocht wordt naar een directe oorzaak en een direct verantwoordelijke. Inherent aan onzekere innovatieprocessen is echter vaak dat het samenspel van actoren de uitkomsten bepaald, waardoor er niet een eenduidige oorzaak aangewezen kan worden indien uitkomsten maatschappelijk gezien onwenselijk zijn. Het gaat bij innoveren veelal om het uitstijgen boven het eigen individuele belang en de eigen positie van betrokken partijen, terwijl de handhaving vanuit rechtstatelijk perspectief sterk gericht is op het beoordelen van de formele taak en eigen positie die stakeholders in het zorgveld innemen.

In de casus van de Health Buddy zien wij een **democratisch** perspectief op toezicht in relatie tot innovatie die uitgaat van inbreng van patiënten waarbij draagvlak voor innovatie belangrijker is dan de uiteindelijke effecten. Democratische controle en 'empowerment' van patiënten zijn dan belangrijke uitkomsten van een innovatie. Dat stuurt wat behoorlijk en doelmatig gevonden wordt. Vertaald naar het toezicht op innovatie betekent dit dat diezelfde aspecten voor een innovatie beoordeeld dienen te worden door derden die op een democratische manier of via empowerment die gelegitimeerde positie hebben gekregen. Echter, de inherente risico's en onzekerheid van innovatieprocessen maken het vaak onmogelijk om vroegtijdig vast te stellen tot welke resultaten die betrokkenheid leidt. Voordat een innovatie wijdverspreid en veelgebruikt wordt zijn er slechts beperkte gegevens over de doelmatigheid, efficiency en zullen er altijd onverwachte effecten zijn. Zoals eerder aangetoond, worden innovaties en de daaraan gekoppelde waarden en belangen pas vormgeven in de praktijk. Zeker als het radicale innovaties betreft is het slechts zeer beperkt mogelijk om vooraf vast te stellen wat de precieze effecten op het zorgproces, voor de rol van de patiënt en voor de relaties tussen actoren zal zijn. Pogingen stranden toch vaak in gedetailleerde lijstjes met prestatiecriteria die dienen om investeringen democratisch te legitimeren. Dat kan echter het innovatief vermogen ook belemmeren.

Conclusie en aanbevelingen

Het ontwikkelen van innovaties is op zich al een moeilijke taak, maar indien toezicht blijft hangen in oude structuren, denkbeelden en taakverdelingen zal dit de beoordeling en verspreiding van innovaties enkel verder afremmen. Het ontbreken van pogingen om machtsposities op te geven en om lange termijn winsten voor doelmatigheid en kwaliteit centraal te stellen is het grootste probleem, terwijl huidige reacties op een trage verspreiding innovatie verder af remmen. Politiek en toezichthouders stellen steeds meer gedetailleerde eisen aan de praktijk om te laten zien wat ze met innovatiegelden doet wat echter leidt tot een regeldichtheid die innovatie eerder afremt. Met het alsmaar transparanter maken van de individuele bijdragen van artsen of instellingen aan kostenbesparingen en kwaliteit op korte termijn, en toezichthouders die zich daarop blindstaren, komt de doorbraak naar meer ruimte voor innovatie er niet. Het besef ontbreekt dat innovatie ruimte nodig heeft om te ontwikkelen.

Op basis van deze constatering pleiten wij voor een nieuwe **cybernetische** visie op toezicht en innovatie waarin leren en experimenteren centraal staan. Het gaat vooral om het aanboren van innovatiekracht. In tegenstelling tot de democratische en rechtstatelijke visie op innovatie gaat deze nieuwe visie uit van lerende en reflexieve actoren die opereren in een proces waarin het leervermogen centraal staat. Volgens deze visie moet toezicht en verantwoording een geïnstitutionaliseerd vermogen tot leren zijn, waarbij wederzijds afhankelijke partijen met elkaar een gedeeld belang op verbetering van zorgkwaliteit nastreven. Deze visie lijkt het beste te passen bij het sturen van innovatieprocessen in de zorg, omdat er, binnen bepaalde grenzen, ruimte moet zijn om te leren, te onderzoeken en waar nodig het systeem aan te passen. Toezicht gaat in dat opzicht over het actief sturen, proactief handelen en stimuleren van het leervermogen van de onder toezicht staande, maar ook van de toezichthouder zelf. Dit vraagt wel om een radicaal andere invulling van de overheidsrol. Hieronder geven wij puntsgewijs aan welke richtingen wij zien om invulling te geven aan dit cybernetische perspectief.

#	Ontwikkelrichting
1	Toezicht op innovatie dient zich te richten op combineren van belangen, op leren, afrekenen, belonen, beheersen en uitleggen tegelijk. Allereerst kan dat door strategieën van zelfbinding. Dit houdt in dat de sector zelf meer verantwoording aflegt over prestaties en het aandeel van innovatie daarin. Innovatie wordt dan niet iets dat door externe toezichthouders wordt afgedwongen, of waarop wordt afgerekend, maar is meer een intrinsieke waarde in de organisatie. Innovatie als deugd, als invulling van wat goed handelen in de zorg is. Voor de externe toezichthouder betekent dit dat de verantwoording die door het veld wordt afgelegd naar patiënten en andere belanghebbenden moet worden meegewogen in hun oordelen.
2	Interventiepraktijken van toezichthouders kunnen worden verbreed door bijvoorbeeld niet enkel de onderkant en slechte prestaties af te rekenen maar ook goede praktijken te belonen, en door meer probleem- en individueel gestuurd toezicht te houden in plaats van gericht op alle instellingen.
3	Een meer experimenterende overheid moet het stellen van maatschappelijke prioriteiten, verbrede mogelijkheden ter beoordeling en de mogelijkheid van conditionele toelating uitwerken. Dit stelt niet alleen de ontwikkelaar van innovaties in staat om te leren over de effecten van de innovatie, maar ook de toezichthouders zelf, die vervolgens beslissingen kunnen funderen op voortschrijdend inzicht.
4	De nieuwe visie vraagt om uitstijgen boven eigen belang. Dit kan betekenen dat soms gelden uitgeruild moeten worden ten behoeve van een beter eindresultaat, of dat zorgverzekeraars of artsen een stuk verantwoordelijkheid aan patiënten moeten afstaan als een beter medicijn het mogelijk maakt dat zij zelf keuzes kunnen maken.
5	Zoals de RVZ ook stelt in het rapport 'Arbeidsbesparende innovaties in de zorg' dient de overheid regeldrukte weg te nemen, juiste financiële prikkels in te bouwen en een innovatieve cultuur te creëren.
6	Er is een betere afstemming tussen interne en externe vormen van toezicht en verantwoording nodig. Op procedure niveau zal dit betekenen dat bestaande doublures moeten worden verwijderd, dat informatieverplichtingen beter op elkaar afgestemd moeten worden en dat procedures parallel geschakeld moeten worden waar mogelijk.
7	Tot slot zien wij een noodzaak om naar nieuwe allianties te zoeken, met bijvoorbeeld patiëntenorganisaties, woningcorporaties en de medische industrie omdat die uitgaan van een 'return on investment' over een langere periode.

Tot slot, twee opmerkingen om de analyse en het advies in perspectief te plaatsen. Allereerst willen wij benadrukken, zoals al kort aangegeven, dat er in de zorg geen sprake is van een gebrek aan wil om te innoveren. Er gebeurt heel veel op het gebied van zorginnovatie, vaak door gedreven professionals die handelen vanuit een sterke intrinsieke motivatie. Ten tweede is het van belang te benadrukken dat er

geen blauwdruk beschikbaar is van hoe het nieuwe perspectief zich precies in een nieuwe organisatie zou moeten vertalen. Innovatie laat zich per definitie niet in een nieuwe structuur vatten en/of sturen. Innovatie kan ook nooit verzekerd worden. Er blijven altijd vragen over wie wat moet doen in een publiek-private-omgeving en wat het nieuwe zal opleveren. Het gaat om ruimte creëren om tot een meer innovatieve en daarmee betere zorg te komen.

De invulling van de nieuwe visie moet dan ook worden gebaseerd op een voortschrijdende zoektocht naar nieuwe arrangementen waarin bestaande knelpunten in de relatie tussen toezicht en innovatie worden opgelost. We hebben laten zien dat verschillende interpretaties van toezicht een verschillend effect hebben op de praktijk van innovatietrajecten. In de zoektocht is het mede daarom van belang voorbij te gaan aan de procedurele vragen over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, en ook verder te kijken dan enkel het realiseren van meer inspraak of empowerment. Er dient ook een antwoord gevonden te worden op onderliggende normatieve vragen over zorginnovatie.: 'wat is goede zorg?' en 'hoe kan men garanderen dat innovatie daaraan bijdraagt?'. Het antwoord op die vragen is heel situationeel van aard en zal steeds vanuit de innovatiepraktijk beantwoord moeten worden. Daarmee zijn innovatieprocessen ook van belang voor de ontwikkeling van normen voor goede zorg.

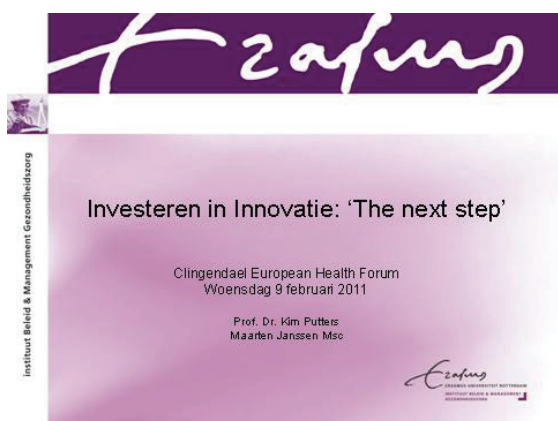
Prof.dr. Kim Putters
Hoogleraar Management van zorginstellingen aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam

Maarten Janssen MSc
Promotie onderzoeker op het terrein van zorginnovatie aan de EUR

Toelichting presentatie iBMG

Titel: Investeren in innovatie: 'the next step'
Auteurs: Prof.dr. K. Putters & M. Janssen MSc
Publicatie: Presentatie op Clingendael European Health Forum 2011

Onderstaand treft u de slides van de presentatie van het iBMG zoals gepresenteerd op het Clingendael Health Forum 2011. Bij iedere slide wordt rechts de kernboodschap weergegeven. In de begeleidende tekst wordt een nadere toelichting gegeven bij deze hoofdboodschap.



**“Innovatie vraagt om investeren.
Het is echter hoog tijd om hierin
een nieuwe stap te zetten.”**

Het iBMG is gevraagd een inleidende presentatie te geven op het Clingendael European Health Forum 2011 met het thema: private investeringen in de zorg; zorg of zegen? Het iBMG heeft een langdurige samenwerkingsrelatie met AmCham en in het verleden veel onderzoek gedaan naar en ten behoeve van zorginnovatie. Deze presentatie over investeren in innovatie vormt daarmee een inleiding op het thema van het symposium. Innovatie heeft namelijk veel raakvlakken met de discussie over de rol van privaat geld in de zorg. In de presentatie en deze toelichting schetsen wij een beeld van de visie van het iBMG op zorginnovatie, behandelen wij kort inzichten uit onderzoek en sluiten wij af met een oproep tot een nieuwe stap in het investeren in innovatie. Wij beargumenteren dat om daadwerkelijk een meer innovatieve zorg mogelijk te maken die optimaal maar zorgvuldig gebruik maakt van eventuele mogelijkheden van private investeringen, een andere visie op innovatie nodig is. Onze bijdrage vormt daarmee een wetenschappelijke inleiding op het thema van de dag. De overige onderdelen van het programma vormen een nadere thematische invulling.



**“Verscheidene studies van het
iBMG naar innovatie geven steeds
hetzelfde beeld van een grote
variatie aan innovaties maar
onvrede over de bereikte effecten”**

Het iBMG heeft in het (recente) verleden meerdere onderzoeksprojecten uitgevoerd op het gebied van zorginnovatie. Met een voornamelijk bestuurskundige insteek zijn onderzoeken uitgevoerd op het macro-, meso- en microniveau van innovaties. Dit betekent dat zowel het stimuleren en sturen van innovatie vanuit de overheid, als het vormen van netwerken en samenwerkingsverbanden rondom innovaties, als het ontwikkelen en verspreiden van zorginnovaties door ontwikkelaars is bestudeerd. Uit de analyse van deze studies komt steeds eenzelfde diagnose voort die daarmee de belangrijkste problemen in alle casussen weergeeft. Omdat innovatie een diffuus begrip is, kent het vele sterk variërende interpretaties. Hierdoor wordt er vaak gesproken in containerbegrippen waardoor de inhoud en effecten van de innovatie op de achtergrond komen. Hoewel er volop aandacht is voor het stimuleren van de ontwikkeling van innovaties blijkt het doorvertalen naar de praktijk, het opschalen van waardevolle projecten en het doorvoeren van innovaties in het primaire proces vaak vele malen problematischer. Bij innovatieprocessen zijn vaak vele actoren betrokken, echter de onderlinge relaties worden vaak gekenmerkt door een hoge mate van wantrouwen die is ingegeven door de wens om bestaande machtsposities te behouden. Terwijl innovaties vragen om een actieve en open houding worden overheidinstanties net als medisch professionals vaak gekenmerkt door een meer afwachtende houding. Hoewel een gezonde weerstand innovatie ten goede kan komen, leidt teveel weerstand tot afremmen van het realiseren van resultaten op gebied van innovatie.



Praktijk: 'goed is niet goed genoeg'

- **Sturen van innovatie in het zorgstelsel**
 - Woud aan instanties prikkelt en/of beoordeelt innovaties
 - Geen (gevoelde) integrale verantwoordelijkheid
 - Focus ligt sterk op verantwoordelijkheden/bevoegdheden (rechtstatelijk perspectief)
- **Innovatie op werkvloer: de 'Healthbuddy' casus**
 - Dezelfde afhankelijkheden
 - Naar elkaar kijken vanuit bestaande machtsposities
 - Focus op empowerment perspectief: wie houdt/krijgt de macht? Patient, dokter of financier?

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

“Zowel op macro- als microniveau lopen innovaties tegen dezelfde belemmering aan: het onvermogen boven korte termijn en individuele belang uit te stijgen”

De hiervoor gepresenteerde observaties en daaruit volgende diagnose komen ook terug in het meest recente casusonderzoek van het iBMG. Casusonderzoek voor de Regieraad Kwaliteit van Zorg naar het sturen en beoordelen van medische zorginnovaties laat zien dat er een sterk gespecialiseerde taakverdeling omtrent het toezicht op zorginnovaties is. Hoewel deze specialisatie bijdraagt aan de kwaliteit van beslissingen zorgt het tevens voor een enigszins onoverzichtelijk geheel aan actoren die alleen een eigen taak verdelen. Tevens draagt dit er aan bij dat er geen gedeelde verantwoordelijkheid voor het gehele innovatieproces officieel belegd is. Het gevaar dat hierin schuilt is dat alle actoren afzonderlijk een sterke focus hebben op eigen taken en bevoegdheden waardoor de regie, duidelijkheid en integrale afwegingen ontbreken. Dit kan niet enkel onduidelijkheden voor ontwikkelaars oproepen maar kan ook vanuit het oogpunt van maatschappelijk belang in de zorg problematisch zijn. Afschuifgedrag, onduidelijkheid, niet afgestemde procedures en niet op de innovatiepraktijk afgestemde regelingen kunnen het gevolg zijn. Ook in de andere casus, die van de Health Buddy zien we dezelfde problemen ontstaan. Hier is er ook sprake van sterke afhankelijkheden en een onmogelijkheid om door bestaande grenzen heen te breken. Hoewel de nadruk in deze ontwikkeling lag op het effect op de rol van de patiënt die als gevolg van de innovatie zou veranderen, vormde ook hier het gebrek aan samenwerking, vertrouwen en mogelijkheden om

implementatie te versnellen de grootste problemen. Hoewel in beide casussen verschillende perspectieven werden gehanteerd leidde het in beide tot een onbevredigend resultaat beschouwd vanuit de wens om het innovatief vermogen te vergroten.



Analyse

- Er is 'sense of urgency' om te innoveren.
- Wisselende argumenten: kostenbesparing, kwaliteitsverbetering, 'patient empowerment'.
- Onvrede vooral over tempo verspreiding en realisatie effecten.
- 'Sense of urgency' om bestaande machtsposities op te geven ontbreekt.
- Perspectief onder innovatiebeleid versterkt dat verder.

Kafung
INNOVATIEF VERMOGEN IN DE ZORG
INNOVATIEBELEID & MANAGEMENT

“Er is een gebrek aan ‘sense of urgency’ om het systeem te veranderen. Een nieuw perspectief met bijbehorende nieuwe machtsposities en taakverdeling is nodig.”

Uit de analyse van de casussen blijkt dat de onvrede over de snelheid waarmee innovaties het veld bereiken en de onvrede over de nog steeds bestaande belemmeringen voor innovatie niet voortkomen uit een gebrekkige wil om te innoveren. Specialist, artsen, zorgverzekeraars, ondernemers, universiteiten en investeerders delen de wens om tot een meer innovatie zorg te komen. Hoewel de argumentatie en belangen verschillen lopen alle actoren steeds tegen dezelfde systeembelemmeringen aan. Hoe is dit te verklaren? Het lijkt alsof het besef ontbreekt dat er voor radicale innovaties meer nodig is dan het ontwikkelen van deze innovaties zelf. De noodzaak om het systeem, met bijbehorende regelgeving, taakverdeling, machtsposities, financieringsstromen en gebruiken te veranderen wordt niet door alle partijen gedeeld. Hierdoor blijft innovatie vaak binnen de grenzen van het soms beknellende systeem en ontstaat er steeds opnieuw onvrede over (de effecten van) innovatie. De onderliggende oorzaak ligt volgens ons in het overheersende perspectief op innovatie die dit proces enkel versterkt. De vraag is dan terecht of er een waardevoller alternatief voorhanden is.



Conclusie

- **Goede wil en adequate taakuitoefening zijn niet voldoende**
 - Er is meer nodig: lef om machtsposities op te geven
- **Naar nieuwe vormen van machtsdeling**
 - Niet enkel binnen de systeemgrenzen en vanuit eigen machtsposities denken
 - 'The next step' nodig: Handelen vanuit lerend en experimenterend perspectief

Kafung
INNOVATIEF VERMOGEN IN DE ZORG
INNOVATIEBELEID & MANAGEMENT

“Goede wil is niet voldoende. The volgende stap is handelen vanuit een lerend en experimenterend perspectief.”

De momenteel gehanteerde visies op innovaties zorgen ervoor dat er ondanks een sterke wil om te innoveren onvoldoende effect wordt gerealiseerd. Goede wil om te innoveren is daarom wel van belang maar nadrukkelijk onvoldoende om daadwerkelijk op grote schaal veranderingen in de zorg teweeg te brengen. Er is meer nodig. Een sterke focus op huidige taakverdeling maakt een beschouwing van de eigen rol in een innovatieproces en de mogelijke bijdrage aan het publiek belang onmogelijk. Er is lef nodig, lef om eigen (verworven) machtsposities op te geven om te zoeken naar nieuwe alianties en nieuwe vormen van toezicht op innovatie. The

next step in innovatie dient daarom voorbij te gaan aan een korte termijnblik. Inmiddels hebben vele onderzoeken aangetoond waar innovaties tegenaan lopen; de lijstjes met systeembelemmeringen zijn bekend. Wat nodig is, is een nieuw perspectief. Een perspectief dat uitgaat van lerende en reflexerende actoren, zowel publieke als private. Actief vormgeven aan een lerend perspectief, met de bijbehorende condities, ruimte om te experimenteren en nieuwe allianties is de nieuwe grote uitdaging voor de zorg.



Leren en experimenteren

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

Randvoorwaarden nieuw perspectief:

- Experimenteerruimte: doelzoekend i.p.v. doelbepalend.
- Nieuwe allianties, financieringsbronnen en risicodeling: publiek, privaat en professioneel.
- Niet afrekenen & dichtregelen, maar leren & ruimte geven: andere manieren van verantwoorden en andere procedures.
- Bestuurlijke lef om boven eigen belang uit te stijgen te zoeken naar het gedeelde belang bij innovatie!
- Plannen iBMG: Multidisciplinair onderzoek naar gedrag, processen en strategieën t.b.v. zorginnovatie



“Zoektocht nodig naar nieuwe invulling van lerend en experimenterend perspectief”

Tot slot willen we enkele richtingen schetsen die invullingen kunnen geven aan dit nieuwe perspectief dat uitgaat van leren en experimenteren. Het nieuwe perspectief dient uit te gaan doel zoeken in plaats van doelbepaling; de inherente onzekerheid van innovatie maakt dat noodzakelijk. Nieuwe sturingsarrangementen, beleidsinstrumenten en samenwerkingsverbanden moeten worden onderzocht. Een grotere rol voor privaat geld kan daarin belangrijk zijn, maar ook hier is de daadwerkelijke vormgeving van belangen in de praktijk belangrijker dan de ja/nee discussie. Privaat geld kan zorgen voor nieuwe dynamiek in zorginnoverend Nederland maar is niet per definitie de oplossing. Toezicht dient zich aan te passen door niet langer gebaseerd te zijn op afrekenen en dichtregelen maar door te leren en ruimte te geven. Dit vraagt om een andere invulling van verantwoording en procedures. Tenslotte is lef nodig, lef om deze stap te durven zetten en om in de zoektocht boven het individuele op macht gerichte belang uit te stappen ten behoeve van een het algemeen belang van meer innovatieve zorg. Deze analyse bepaalt ook voor een groot deel de onderzoeksagenda van het iBMG op het gebied van zorginnovatie. In de nabije toekomst willen wij meer multidisciplinair onderzoek doen naar gedrag, processen en strategieën voor zorginnovatie binnen contexten die uitgaan van een lerend en experimenterend perspectief op innovatie. Zowel op macro als op microniveau dienen zich hiervoor al meerdere casussen aan.



Argumenten uit TNS-Nipo enquête

Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg

- **Kansen voor privaat geld:**
 - 77 % liever privaat dan bezuiniging
 - Helft ziet het als noodzakelijk voor behoud zorg
 - Helft denkt dat het win-win mogelijkheden geeft
 - Maar wel zorgen over winstbejag en opdrijving kosten
- **Vertrouwen in allianties en machtsdeling:**
 - Vertrouwen in specialist en universiteit
 - Minst vertrouwen in overheid en farma
 - 60% houdt overheid wel verantwoordelijk
 - Weinig weerstand tegen en weinig enthousiasme voor privaat



“Ook het publiek lijkt de zoektocht en ontwikkeling in nieuwe richtingen te ondersteunen.”

TNS NIPO heeft in samenwerking met het iBMG onderzoek uitgevoerd naar de mening van het Nederlandse publiek over de mogelijkheden en wenselijkheden van private investeringen in de gezondheidszorg. Hier willen we kort enkele bevindingen bespreken uit dit onderzoek die de argumentatie in onze presentatie ondersteunen. Uit dit onderzoek blijkt dat de Nederlanders goede gezondheidszorg erg belangrijk en van mening zijn dat bezuinigingen de gezondheidszorg niet mogen treffen. De houding van het publiek ten opzichte van de mogelijke rol van privaat geld is gematigd positief en lijkt goed afgewogen. Een ruime meerderheid ziet graag dat de mogelijkheden van private gelden worden benut als dat bezuinigingen kan voorkomen en ten goede komt aan de kwaliteit van de zorg nu en in de toekomst. Hoewel de voordelen worden gezien wordt er ook aandacht gevraagd voor de mogelijke nadelen. Dit vraagt dus om een lerende experimenterende houding waarbij belangen zorgvuldig worden afgewogen. Ook wanneer het publiek gevraagd wordt naar betrokken partijen en het vertrouwen daarin komt de samenwerking terug. De overheid wordt als belangrijkste verantwoordelijke actor gezien maar geniet weinig vertrouwen terwijl medisch specialisten groot vertrouwen krijgen. Dit gecombineerd met de grote rol van innovaties die vaak van buiten de zorg komen vraagt wederom om actief lerende samenwerkingsverbanden. Deze bevindingen lijken onze oproep tot een nieuwe lerende visie te ondersteunen omdat het uitgaat van het actief vormgeven aan belangen tussen verschillende partijen waarbij aandacht is voor effecten die in de praktijk ontstaan. Het gaat daarmee voorbij aan een eenvoudige ja/nee discussie over privaat geld.



“Er is lef nodig om deze stap daadwerkelijk te zetten omdat het gevaar van terugvallen in oude gewoontes altijd zal bestaan”

Het pleidooi voor een nieuwe visie op innovatie vraagt om een nadere uitwerking. Hoewel op basis van verschillende casuïsonderzoeken enkele adviezen kunnen worden gegeven over de invulling van deze visie (zie hiervoor bijvoorbeeld het opinieartikel en het achtergrondartikel in dit document) dient te worden opgemerkt dat innovatiebeleid noch innovaties op de tekentafel tot stand komen. Dit betekent dat eenieder betrokkenheid is gevraagd bij een continue zoektocht naar een nadere nadere invulling. In eerste instantie betekent dit een oproep aan de overheid en toezichthoudende instanties die, wellicht in de vorm van een beleidsexperiment, actief zullen moeten gaan experimenteren met de genoemde voorstellen. Dat dit tot wezenlijke verandering zal moeten leiden om de zorg innovatiever en daarmee toekomstbestendig te krijgen staat volgens het iBMG buiten kijf. Zoals de slide laat zien bestaat er echter altijd het gevaar dat men terug zal vallen op oude gewoonten en gebruiken. Aan een ieder de verantwoordelijkheid hiervoor te waken, en zoals opgemerkt in het opiniestuk; daar is lef voor nodig. Lef om boven eigen belang uit te stijgen en het algemeen belang in de zorg opnieuw centraal te stellen.

Tot slot, wij zijn erg benieuwd naar uw visie op dit onderwerp en uw mening over het door ons gepresenteerde pleidooi. Wij nodigen u dan ook uit om hierop te reageren en staan open voor verdere discussie over dit onderwerp.

Overzicht innovatieonderzoek iBMG

Hieronder treft u een overzicht van onderzoek zoals de afgelopen tijd uitgevoerd door het iBMG naar zorginnovaties. U treft een korte beschrijving en eventuele verwijzing naar publicatie aan.

Titel: 'Vertrouwen voor en door innovatie'
Auteurs: K. Putters en P.H.A. Frissen
Publicatie: 2006 – te downloaden onder 'rapporten' via www.amchampc.org
Beschrijving: Dit onderzoek naar de verspreiding van zorginnovaties richt zich in eerste instantie op de hindernissen voor innovatie. Dit onderzoek biedt een uitgebreide bestuurskundige analyse van de wijze waarop verschillende soorten innovaties effectiever verspreid kunnen worden en welke barrières daarbij overwonnen moeten worden. Het onderzoek biedt daarmee diepgaand inzicht in de wereld van zorginnovatie, zowel op het gebied van farmaceutische innovaties als innovaties in de care, governance and logistiek. De voornaamste conclusies uit uitgebreide observaties, interviews en literatuurstudies laten veel tegengestelde belangen, een gebrek aan openheid en een sterk wantrouwen over en weer zien. De auteurs gaan daarom in op de taakverdeling tussen overheid, burger en professional en formuleren aanbevelingen om het ontwikkelen en verspreiden van zorginnovaties te versnellen.

Titel: 'Winst van zorgvernieuwing'
Auteurs: K. Putters, E. den Breejen, P.H.A. Frissen
Publicatie: 2009 – In boekvorm verkrijgbaar bij uitgeverij Koninklijke van Gorcum BV. ISBN 978 90 232 4491 2
Beschrijving: Stelselwijzigingen als de invoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet maatschappelijke ondersteuning vergen veel van zorginstellingen, zorgverzekeraars en lokale overheden als het gaat om innovatie en patiëntgerichtheid. Tegenstrijdige prikkels van markt en overheid leiden vaak tot terughoudendheid bij instellingen en professionals om te innoveren, met alle gevolgen van dien. Er is weliswaar meer ruimte gekomen voor ondernemerschap, maar tegelijkertijd hanteert de overheid vaak straffe budgetbeheersing of straft de marktmeester samenwerking af. De voordelen – een efficiëntere manier van werken, lagere zorgkosten – komen mede daardoor niet altijd ten goede aan de instellingen en professionals die wel innoveren. Hierin ligt een grote verantwoordelijkheid voor de overheid, maar ook bij het veld zelf. De overheid moet zorgen voor eenduidige prikkels en het veld kan de meerwaarde van hun pioniers beter presenteren. De *Winst van zorgvernieuwing* biedt daartoe oplossingsrichtingen en voegt bovendien twee nieuwe kernbegrippen toe aan het zorgarsenaal: vertrouwen en durf!

Titel: 'De versnelling van de invoering van succesvolle zorginnovaties'
Auteurs: M. Janssen, K. Putters, en T. Zuiderent-Jerak
Publicatie: Verslag bespreking advies te verkrijgen via www.regieraad.nl. Binnenkort is de gehele notitie ook online beschikbaar.
Beschrijving: Deze notitie beschrijft het onderzoek, uitgevoerd door het iBMG in opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, naar procedures om de verspreiding van succesvolle innovaties te versnellen. Het onderzoek richt zich op de procedures en de institutionele context van de beoordeling en verspreiding van zorginnovaties met als doel het opnemen van innovaties door zorgprofessionals te kunnen versnellen. Uit de analyse blijkt dat de grootste winst te halen valt uit een nieuwe visie op innovatiebeleid die uitgaat van een meer experimenterende overheid. In de notitie wordt verder uitgewerkt wat de betekenis hiervan is voor procedures en voor de institutionele context. Er wordt geadviseerd deze bevindingen in eerste instantie in een beleidsexperiment uit te werken.

Titel: 'Cooperating Health Buddy'
Auteurs: K. Harms
Publicatie: Scriptie beschikbaar en opvraagbaar bij het iBMG
Beschrijving: Dit onderzoek beschrijft de ontwikkeling en verspreiding van een veel belovende ICT-innovatie bedoeld voor telezorg. Het beschrijft hoe complex de implementatie van innovatieve telezorg in Nederland is hoewel diversie partijen vol lof zijn over de potentie. Deze studie analyseert grondig de context waarin de innovatie toegang tot de markt moet krijgen en de rol die verschillende actoren daarin spelen. Speciale aandacht is er voor de activiteiten die direct betrokkenen ontplooiën om in het hevig geïnstitutionaliseerde en complexe zorgveld een veelbelovende, maar tegelijkertijd voor sommige partijen bedreigende, innovatie naar de markt te brengen. Het blijkt dat vroegtijdige samenwerking, het actief opbouwen van vertrouwen en voortdurende afstemming cruciaal zijn voor het succes van de implementatie.

Titel: 'Unravelling the paradox of embedded agency'
Auteurs: E. Den Breejen en M. Janssen
Publicatie: Nog in voorbereiding.
Beschrijving: Dit onderzoek is gebaseerd op casusonderzoek bij MijnZorgNet in Nijmegen en bespreekt de paradox van 'embedded agency'. Dit artikel bespreekt wat deze paradox precies betekent, maar ook hoe ondernemers in de zorg hiermee om gaan in het ontwikkelen van zorginnovaties. Het beschrijft hoe ondernemers deel moeten uitmaken van het gehele zorgsysteem, met alle formele en informele regels die daarbij horen, om uiteindelijke datzelfde zorgsysteem te kunnen veranderen. Dit artikel beschrijft daarmee hoe ondernemers zorgen voor institutionele verandering door middel van interactie tussen instituties en de innovatieve activiteiten van de ondernemer.

Titel: 'Caring for healthcare-entrepreneurs'
Auteurs: M. Janssen en E. den Breejen
Publicatie: In voorbereiding.
Beschrijving: Dit conceptartikel bespreekt de bijdrage van zorgondernemers aan de duurzaamheid van de zorg. Duurzame zorg wordt gedefinieerd als een goede balans in vraag in aanbod zodat nu en in de toekomst de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid gewaarborgd is. Het artikel beschrijft allereerst de relatie tussen zorgondernemers en de context van de zorg waarin zij actief zijn. Vervolgens wordt beargumenteerd dat innovatie zorgondernemers naast het ontwikkelen van hun innovatie ook bijdragen aan een ontwikkeling richting een duurzame zorg. Het artikel bespreekt onderzoek, uitgevoerd met medewerking van een groot aantal ondernemers naar strategieën om systeemcondities ten gunste van de innovatieontwikkeling te veranderen. Op basis van de bevindingen wordt een typologie ontwikkeld die verschillende vormen van ondernemers beschrijft op basis van de actieve bijdrage die zij leveren aan een duurzamere zorg.

Titel: 'Governance of local care & social service'
Subtitel: An evaluation of the implementation of the Wmo in the Netherlands
Auteurs: K. Putters, K. Grit, M. Janssen, D. Schmidt, P. Meurs
Publicatie: 2010: ISBN 978-94-90420-13-0 (te verkrijgen via www.bmg.eur.nl)
Beschrijving: Als onderdeel van dit onderzoek naar de implementatie van de Wmo in Nederland is uitgebreid aandacht besteed aan proces- en diensteninnovaties die als gevolg van of onder invloed van de nieuwe Wmo-wetgeving zijn ontwikkeld op lokaal niveau. In verschillende casussen is onder andere onderzocht welke bijdrage innovatieve werkwijzen leveren aan de normontwikkeling over wat er onder goede zorg verstaan kan worden. Innovatieve werkwijzen zoals de vorming van nieuwe netwerken en samenwerkingsverbanden tussen publieke en private organisaties, alsmede de empowerment van cliënten/patiënten om meer eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen, zijn hiervan enkele voorbeelden die in het rapport worden beschreven. Het onderzoek laat daarmee zien hoe lokale innovaties samenhangen maar tegelijkertijd vormgeven aan een nieuwe visie op maatschappelijke ondersteuning.



Erasmus Universiteit Rotterdam
instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam
Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam

Tel. 010 - 408 8555
E-mail info@bmg.eur.nl
Internet www.bmg.eur.nl