

Rapport

Ruimte voor Innovatie

De rol en voornemens van de NZa bij
innovaties in de zorg

februari 2010

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
2. Innovaties in de zorgsector	11
2.1 Innovatie	11
2.1.1 Innovatie versus imitatie	11
2.1.2 Intrinsieke versus extrinsieke prikkels	11
2.1.3 Procesinnovaties versus productinnovaties	12
2.2 Stimulansen voor innovatie	12
2.2.1 Kostenverlagende innovaties	13
2.2.2 Kwaliteitsverhogende innovaties en productinnovaties	13
2.3 Belemmeringen voor innovaties	15
2.3.1 Productinnovaties	15
2.3.2 Kostenbesparende procesinnovaties	16
2.3.3 Kwaliteitsverhogende procesinnovaties	16
3. Innovatiebeleid voor de zorg: bekostigen, voorlichten, aanjagen	19
3.1 Regelingen en initiatieven van andere partijen	19
3.1.1 Zorginnovatieplatform	19
3.1.2 SenterNovem	19
3.1.3 ZorgInnovatieWijzer	20
3.1.4 ZonMw	20
3.1.5 College voor zorgverzekeringen	20
3.1.6 Nictiz en Platform ICT & Innovatie	21
3.1.7 Academische component	21
3.2 NZa-regeling niet-specifiek voor innovatie	22
3.2.1 Lokale productiegebonden toeslag	22
3.3 NZa-regelingen specifiek voor innovatie	23
4. Beleidsopties voor de NZa	25
4.1 Versterken prikkels	25
4.1.1 Sturingsmogelijkheden van zorggebruikers effectiever inzetten en uitbreiden	25
4.1.2 Transparantie van de kwaliteit van zorg bevorderen	25
4.1.3 Lonend maken van innovaties	26
4.2 Wegnemen belemmeringen	27
4.2.1 Prestatiebeschrijvingen innovatie-proof maken	27
4.2.2 Prestatiebeschrijvingen en verzekerde aanspraak 'synchroniseren'	29
4.2.3 Ruimte bieden voor experimenteren	30
4.2.4 Toegang tot reguliere bekostiging verbeteren	31
5. Conclusies en acties	33
Bijlage 1. Factsheet Beleidsregels Innovatie	35

Vooraf

Voor u ligt het rapport Ruimte voor Innovatie. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verkent in dit rapport haar rol ten aanzien van innovaties in de zorgverlening. Deze verkenning mondt uit in (beleids)voornemens om meer ruimte te bieden aan innovaties in de gezondheidszorg. Deze verkenning past binnen de overheidsbrede aandacht voor innovatie en ondernemerschap, volgend uit het Coalitieakkoord van 7 februari 2007.

In dit rapport worden de maatschappelijke doelstellingen waaraan het zorgstelsel moet beantwoorden tegen elkaar afgewogen. Enerzijds moet het stelsel tot beheersbaarheid en voorspelbaarheid leiden, met name ten aanzien van de zorgkosten. Anderzijds moet het stelsel meer vraaggerichtheid bewerkstelligen. De NZa rekent het tot haar taak om het instrumentarium dat haar ter beschikking is gesteld zodanig in te zetten dat de maatschappelijke belangen in samenhang optimaal worden geborgd. Binnen deze grenzen ziet de NZa verschillende mogelijkheden om ruimte te bieden aan innovaties.

De focus in dit verkennende rapport ligt op verbeteringen waartoe actoren op de zorgmarkten gestimuleerd kunnen worden én op de interne verbeteringen die de NZa kan doorvoeren in haar taakuitoefening.

De NZa zal deze voornemens in 2010 verder uitwerken zodat vanaf 2011 verdere stappen kunnen worden gezet. Op 31 maart 2010 organiseert de NZa in samenwerking met de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) een invitational conference over de inbedding van innovatie in de dagelijkse praktijk van zorgaanbieders.

Dit document is mede tot stand gekomen dankzij de inbreng van de deelnemers van een serie expertmeetings in juli en augustus 2009. Ik wil iedereen hartelijk bedanken die aan de totstandkoming van dit rapport een bijdrage heeft geleverd.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. drs. C.C. van Beek MCM
lid Raad van Bestuur/plv. voorzitter

Managementsamenvatting

Voortdurende vernieuwing is een noodzaak om de Nederlandse gezondheidszorg kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden. De overheden en toezichthouders in de zorg moeten daarvoor stimulansen geven en belemmeringen wegnemen.

Dit document gaat in op de vraag welke stimulansen en welke regels (positieve of negatieve) invloed hebben op innovatie in de zorg, welke rol de NZa daarbij speelt en welke mogelijkheden er zijn voor verbetering.

Vernieuwingen in de zorg beginnen bij de intrinsieke motivatie van zorgverleners om betere zorg te verlenen; de motivatie om zorgvragers steeds sneller, effectiever en veiliger te kunnen helpen. Deze intrinsieke motivatie is in de zorg zeer sterk. De economische (extrinsieke) prikkels die uitgaan van de zorgmarkten zouden de intrinsieke motivatie moeten ondersteunen. De wijze waarop de NZa haar taken uitoefent, bepaalt mede de kracht van de extrinsieke motivatie voor innovaties.

Innovaties in de zorg stuiten op belemmeringen die samenhangen met de regulering van de zorg. Vaak is dit het geval omdat de regels niet primair bedoeld zijn om innovaties de ruimte te geven, maar tot doel hebben het zorgstelsel beter beheersbaar te maken. Gerechtaardigde maatschappelijke doelstellingen zoals kostenbeheersing, veiligheid van de geleverde zorg en werkgelegenheid, maken dat ruimte voor innovatie niet altijd prioriteit krijgt.

Ook binnen de taakuitoefening van de NZa speelt 'beheersbaarheid' een grote rol. Tevens kent de externe omgeving van de NZa hier veel belang aan toe, zoals marktpartijen, de politiek en overheidsorganen. Dit blijkt bijvoorbeeld bij bekostigingsproblemen en bij overschrijdingen van kostenramingen.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is ingevoerd om regels te stellen die bijdragen aan een doeltreffend en doelmatig zorgstelsel, een beheerste kostenontwikkeling en (een versterking van) de rechtspositie van de consument. Concreet kent de Wmg aan de NZa de volgende taken toe om bij te dragen aan de doelstelling van de wet:

- markttoezicht, marktontwikkeling en tarief- en prestatieregulering;
- toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw;
- toezicht op de recht- en doelmatige uitvoering van de AWBZ.

De NZa wil binnen deze opdracht het belang van flexibiliteit meer aandacht geven. Te grote aandacht voor beheersbaarheid veroorzaakt inflexibiliteit. Dit is belemmerend voor noodzakelijke vernieuwingen in het zorgaanbod. Daardoor kan zorgverlening soms onvoldoende op de individuele behoeften afgestemd worden. Op marktniveau kan het tot achterblijvende investeringen in innovaties leiden.

Belemmeringen en tekortschietende prikkels kunnen voorkomen in elke marktordening. Deze problemen spelen zowel op meer gereguleerde als op meer geliberaliseerde zorgmarkten. Bijvoorbeeld het opleggen van maximumtarieven vormt een belemmering voor kostenverhogende kwaliteitsverbeteringen, en het vaststellen van prestatiebeschrijvingen – en daaraan gekoppeld de declaratietitels – vormt een belemmering voor doorbraakinnovaties.

De overheid heeft al veel aandacht voor innovatie. Een innovatieve, concurrerende en ondernemende economie is een van de pijlers van het Coalitieakkoord. De overheid (waaronder de NZa) stimuleert innovatie in de zorg op verschillende manieren. Er zijn initiatieven gericht op het geven van voorlichting aan innovatoren, op het aanjagen van innovatie in de sector en op het financieren van innovatieve activiteiten.

In aanvulling hierop, neemt de NZa haar rol en taakuitoefening onder de loep, en worden in dit document verschillende actiepunten geformuleerd. Deze actiepunten zijn gericht op het verkleinen van belemmeringen voor innovaties en het vergroten van stimulansen. In de uitwerking worden verschillende overheidsorganen en stakeholders betrokken.

1. Inleiding

Een belangrijk deel van de kostenstijging in de zorg wordt veroorzaakt door technologische ontwikkelingen. Denk bijvoorbeeld aan transplantatiegeneeskunde en farmaceutische innovaties, maar ook aan ontwikkelingen in diagnostiek of screening. Die ontwikkelingen brengen betere zorg binnen het bereik van een specifieke patiëntengroep of de hele bevolking. Die betere zorg brengt niet alleen kosten met zich mee, maar ook baten in termen van afgenomen sterfte, gestegen levensverwachting en verbeterde kwaliteit van leven.

Dat proces is nooit klaar. Voortdurende vernieuwing is noodzakelijk om de Nederlandse gezondheidszorg kwalitatief hoogwaardig en betaalbaar te houden. De bron van die vernieuwing zijn de mensen die in de zorg werken, zowel zorgaanbieders als ziektekostenverzekeraars.

Overheid en toezichthouders spelen in het innovatieproces een voorwaardenscheppende rol. Hun taak is om vernieuwingen zoveel mogelijk te bevorderen en zo min mogelijk te belemmeren. Voor de NZa is dit aanleiding om stil te staan bij de eigen rol in het innovatieproces.

De NZa speelt haar rol te midden van de partijen in de zorgsector en van de publieke organisaties die in de zorg actief zijn. De introductie van gereguleerde marktwerking heeft belangrijke ruimte gecreëerd voor innovaties. Vrije prijzen bieden verzekeraars en zorgaanbieders de gelegenheid om afspraken te maken over innovaties en de verrekening van de kosten.

Het doel van marktmeester NZa is effectieve en efficiënte zorgverlening waarin de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid gewaarborgd zijn.

De NZa bewandelt twee wegen om haar doelstelling te bereiken. Soms ligt de nadruk op marktwerking. Het gewenste marktgedrag wordt bevorderd door de stimulansen die uitgaan van de markt. Soms ligt de nadruk op regulering, waarbij het gewenste marktgedrag wordt afgedwongen door het stellen van regels.

Marktwerking en regelgeving zijn in de zorg nauw met elkaar verbonden. Regulering ligt aan de basis van de marktordening. In de dagelijkse praktijk is goed onderscheid te maken tussen een gebrek aan stimulansen en een teveel aan belemmerende regels.

In dit document signaleren wij welke stimulansen en welke regels van (positieve of negatieve) invloed zijn op innovatie in de zorg, vooral op de terreinen waar de NZa een rol speelt als marktmeester, regelgever en toezichthouder. Het document geeft een inventarisatie van mogelijkheden voor verbetering. Doel van deze exercitie is meer ruimte te scheppen voor innovatie in de zorg.

De NZa moet daarbij het belang van innovatie afwegen tegen andere belangen. Marktwerking leidt niet per definitie tot optimale investeringen in vernieuwingen. Als navolgers helemaal vrij spel hebben, kan het ook op een vrije markt lastig zijn deze investeringen terug te verdienen. Dat leidt soms tot onderinvesteringen in innovaties.

In de zorg is geen sprake van vrije marktwerking maar van gereguleerde marktwerking. De regulering is ten dele tijdelijk van aard, noodzakelijk om de transitie van aanbodsturing naar vraagsturing in goede banen te

leiden. Ten dele is de regulering blijvend van aard, noodzakelijk om de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen. Waar die belangen in conflict komen met het belang van ruimte voor innovatie, zal de NZa een zorgvuldige afweging moeten maken.

Het document is als volgt opgezet. In hoofdstuk 2 wordt gedefinieerd wat wij onder het begrip innovatie verstaan en wordt innovatie in de context van het zorgstelsel omschreven. Daarbij gaan wij in op de stimulansen die van de zorgmarkt uitgaan om te innoveren en op de belemmeringen die vernieuwingen in de weg staan.

Hoofdstuk 3 beschrijft overheidsinspanningen om innovatie in de zorg te bevorderen. Deze inspanningen kennen drie hoofdlijnen: het voorlichten van zorgaanbieders en verzekeraars, het aanjagen van veelbelovende initiatieven en het bekostigen van de ontwikkeling van vernieuwingen.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de beleidsopties voor de NZa om stimulansen voor innovatie te versterken en belemmeringen weg te nemen.

Hoofdstuk 5 bevat de conclusies en een overzicht van de actiepunten.

2. Innovaties in de zorgsector

In dit hoofdstuk wordt een aantal definitiekwesties behandeld. Daarnaast worden stimulansen benoemd, die van het marktproces uitgaan op innovaties, en redenen waarom het initiëren en realiseren van vernieuwingen in de zorgsector vaak minder vanzelfsprekend zijn dan in het bedrijfsleven. Ten slotte wordt ingegaan op de bijdrage die de overheid door inputfinanciering levert aan zorgvernieuwing.

2.1 Innovatie

'Innovatie' is een containerbegrip dat zowel eenvoudige aanpassingen als technische hoogstandjes omvat. Een innovatie is eigenlijk elke originele verandering die zorgt voor lagere kosten en/of een – in de ogen van afnemers – betere kwaliteit. Of een verandering een innovatie is, staat niet bij voorbaat vast. Veranderingen moeten vaak in de praktijk worden toegepast om te zien of ze een gunstige invloed hebben op de kosten of de kwaliteit.

2.1.1 Innovatie versus imitatie

Ook als aan bovenstaande eisen is voldaan, is niet elke verandering een innovatie. Een verandering is een innovatie wanneer de betreffende aanbieder de verandering zelf heeft ontwikkeld of laten ontwikkelen. De verandering is dus een novum, een 'nieuwigheid', een uitvinding.

Volgende aanbieders kunnen hun zorgaanbod vernieuwen door de innovatie over te nemen/te imiteren. Imitatie heeft voor velen een negatieve bijklank, maar het is in feite een onmisbaar proces in de opschaling en verspreiding van innovaties.

Innovatie en imitatie zijn processen die gezamenlijk het maatschappelijk belang bevorderen. Innovaties verspreiden zich via imitatie over het hele zorgaanbod. De verspreiding van innovaties is een belangrijke (zo niet: de belangrijkste) bron van verbeteringen van de kwaliteit van de zorg.

Bovendien is imitatie een continue stimulant voor nieuwe innovaties. Een innovator wil zich onderscheiden van niet-innovatieve aanbieders. Om te voorkomen dat het onderscheid te klein wordt, zal de innovator moeten blijven innoveren.

2.1.2 Intrinsieke versus extrinsieke prikkels

Stimulansen om te innoveren zijn zowel intrinsiek als extrinsiek. In de zorg spreken we van intrinsieke stimulansen als de wens om te innoveren voortkomt uit de motivatie van zorgaanbieders om de zorg voor mensen te verbeteren en/of de maatschappelijke kosten van de zorg te verlagen. Van extrinsieke stimulansen spreken we als het gaat om (financiële) prikkels die van de markt uitgaan op zorgaanbieders.

Intrinsieke en extrinsieke stimulansen spelen vaak beide een rol. Zorgaanbieders kunnen uit professionele betrokkenheid innovaties ontwikkelen, die de organisaties waar ze werken slechts zullen implementeren wanneer dat ook vanuit bedrijfsmatig oogpunt haalbaar of aantrekkelijk is.

2.1.3 Procesinnovaties versus productinnovaties

Innovaties kunnen worden onderscheiden in procesinnovaties en productinnovaties. In dit document wordt het onderscheid gekoppeld aan de prestatiebeschrijvingen van de NZa. Zolang vernieuwend zorgaanbod past binnen een bestaande prestatiebeschrijving, spreken wij van een procesinnovatie. Zodra het zorgaanbod niet meer binnen een bestaande prestatiebeschrijving valt, spreken wij van een productinnovatie.

Het gemaakte onderscheid tussen procesinnovaties en productinnovaties is gradueel. Met name in de dienstverlening is het vaak moeilijk onderscheid te maken tussen de geleverde prestatie en de wijze waarop die prestatie wordt geleverd.

Procesinnovaties kunnen nader worden ingedeeld in kostenverlagende innovaties en kwaliteitsverhogende innovaties. Innovaties die zowel de kosten verlagen als de kwaliteit verhogen worden hier ingedeeld bij de kostenverlagende innovaties. Innovaties die zowel de kosten als de kwaliteit verlagen vergen een eigen afweging, waarbij de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om een zo hoog mogelijke kwaliteit te bieden wordt afgezet tegen de wens van afnemers om de kosten van de zorg te beperken.¹

Ook voor productinnovaties geldt dat zij kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de zorg. Productinnovaties hebben gemeen dat deze in de praktijk niet toepasbaar zijn zolang de NZa er geen nieuwe prestatiebeschrijving voor heeft vastgesteld.

2.2 Stimulansen voor innovatie

Deze paragraaf gaat in op de extrinsieke prikkels om te innoveren. De intrinsieke motivatie om te innoveren is sterk. De extrinsieke prikkels zouden die intrinsieke motivatie moeten ondersteunen.

In het bedrijfsleven stimuleert marktwerking ondernemers om te innoveren. Innoveren is namelijk een effectieve manier om te ontsnappen aan de druk van concurrenten. Een ondernemer die lagere productiekosten weet te realiseren, kan in vergelijking met zijn concurrenten hogere marges realiseren en/of lagere prijzen vragen. Een ondernemer die een betere kwaliteit weet te realiseren kan zijn prijzen verhogen, waardoor hij hogere marges en/of extra omzet kan realiseren. Of de zorgverlener nu intrinsiek of extrinsiek gemotiveerd wordt, de betere bedrijf- en/of zorgresultaten die met innovaties behaald kunnen worden, stellen hem beter in staat zijn doelstellingen te realiseren. De consument vaart daar wel bij, omdat hij meer waar voor zijn geld krijgt of evenveel waar voor minder geld. Het 'innovatie-mes' snijdt dus aan twee kanten: aan de kant van de aanbieder en aan de kant van de consument.

In de zorg is het veel minder vanzelfsprekend dat veranderingen die de consument als verbetering ervaart voor de aanbieder rendabel zijn. Daardoor ontbreekt het aan effectieve extrinsieke prikkels voor innovatie. Dat geldt bijvoorbeeld bij strikte aanbodregulering, waarin

¹ Getalsmatig is er ook een verbetering van de prijs-/kwaliteitverhouding wanneer een kostendaling verhoudingsgewijs groter is dan een kwaliteitsdaling. Het is echter de vraag of zorgverleners en patiënten/cliënten een dergelijke 'verbetering' ook als innovatie zien.

regels kunnen worden gesteld aan de omzet, prijzen, volumes en/of de winst die een aanbieder realiseert. Maar het geldt ook bij vrijere systemen zoals gereguleerde marktwerking, waar de consument slechts keuzevrijheid heeft binnen de kaders die de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de zorgverzekeraar stellen, en waar de consument meestal niet wordt geconfronteerd met de kosten die aan zijn keuze zijn verbonden. In economische analyses van de zorg wordt vaak gebruik gemaakt van de 'zorgdriehoek' (figuur 1).



*)Indien er geen (natura-)verzekeringsdekking geldt

Figuur 1: De zorgdriehoek

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar op de zorgverleningsmarkt, maar de voorafgaande inkoop van zorg en de voorafgaande keuze voor een zorgverzekering vinden plaats op andere markten. Doordat de meerderheid van de zorg verzekerd is in het basispakket van de Zvw of de AWBZ, komt het maar zelden voor dat de consument zelden direct kostenverschil ervaart.

In de volgende paragrafen verkennen we de gevolgen van de marktordening van de zorg voor innovatie van de zorgsector. Eerst gaan we in op kostenverlagende innovaties. Vervolgens gaan we in op kwaliteitsverhogende innovaties en productinnovaties.

2.2.1 Kostenverlagende innovaties

De zorgmarkt stimuleert zorgaanbieders om kostenverlagende innovaties te ontwikkelen en toe te passen. Kostenbesparingen stellen de innovator bij onveranderde tarieven in staat extra marge te realiseren, ofwel door tariefverlaging extra volume te realiseren. Marktwerking is hiervoor overigens geen noodzakelijke voorwaarde. Ook een systeem van tariefgereguleerde prestatiebekostiging bevat een sterke prikkel om kosten te besparen. De prikkel tot besparing op de productiekosten van zorgdiensten is kleiner bij budgetteringssystemen waarin kostendalingen leiden tot individuele budgetkortingen.

2.2.2 Kwaliteitsverhogende innovaties en productinnovaties

Kwaliteitsverhogende innovaties en productinnovaties hebben gemeen dat zij extra kosten met zich brengen die in de prijs tot uitdrukking moeten komen. Op 'gewone' markten zijn dergelijke kostenverhogende innovaties succesvol wanneer de ondernemer zijn afnemers weet te overtuigen van de toegevoegde waarde van de kwaliteitswinst. Als die toegevoegde waarde groter is dan de meerkosten, kan de innoverende ondernemer een extra marge realiseren. De extra omzet die hem dat oplevert, vormt de stimulans om te innoveren (realisatie van professionele of bedrijfsmatige doelstellingen).

Op zorgmarkten is niet de zorggebruiker maar de verzekeraar de belangrijkste inkoper. De zorgaanbieder ziet zich gesteld voor de taak om de verzekeraar ervan te overtuigen dat de toegevoegde waarde van het betere of nieuwe zorgproduct opweegt tegen de meerkosten.

Ziektekostenverzekeraars moeten zich op de zorgverzekeringsmarkt van elkaar onderscheiden. Krijgen verzekerden van een verzekeraar die wél voor een innovatie betaalt betere zorg dan verzekerden van een verzekeraar die daarvoor niet betaalt? Dat onderscheid is in de zorg vaak problematisch. Daardoor oefenen ziektekostenverzekeraars een minder sterke druk uit om te innoveren. Ofwel: de extrinsieke prikkel om te innoveren is in de zorg vaak zwakker dan op andere markten.

Niet alleen voor de verzekeraar is het lastig zich te onderscheiden, ook voor de innovator is dat lastig. Dit hangt samen met de aard van het product. Dat komt doordat het maatschappelijk doorgaans wenselijk is dat een bewezen innovatie direct voor alle zorggebruikers beschikbaar komt. Als dit niet gebeurt, ontstaat meestal kritiek over 'postcodegeneeskunde'² of 'tweedeling in de zorg'³. Echter, meestal is een zorgaanbieder niet in staat om de gehele (landelijke) zorgmarkt te bedienen zonder inschakeling van anderen. Hij zal anderen dus 'het geheim van de smid' moeten onthullen. Dat verdraagt zich niet met bescherming van het intellectuele eigendom van innovaties, en daardoor is het voor een innovator moeilijk zich op zijn innovaties te onderscheiden van andere zorgaanbieders.⁴

De farmaceutische industrie vormt binnen de zorg een uitzondering. Een farmaceutisch bedrijf dat een nieuw geneesmiddel ontwikkelt, is doorgaans in staat om de volledige markt te bedienen. In dat geval staat de bescherming van het intellectuele eigendom van de producent niet op gespannen voet met het uitgangspunt dat iedereen de best mogelijke zorg moet krijgen. In de meeste sectoren van de zorg zijn individuele zorgaanbieders niet in staat de volledige markt te bedienen en zou bescherming van hun intellectuele eigendom dus in de weg staan van een snelle verspreiding van nieuwe zorgvormen.

Ook is het de vraag hoe effectief extrinsieke prikkels in de zorg zijn. Vernieuwingen in de zorg komen in belangrijke mate voort uit de intrinsieke motivatie van zorgaanbieders om de zorg te verbeteren. Extrinsieke (bedrijfsmatige) prikkels spelen voor veel zorgverleners geen rol, maar wel voor de zorgorganisaties waarbinnen zij werken. Deze constatering moet doorwerken in de manier waarop de overheid, door prikkelwerking en stimulering, de uitkomsten van het zorgstelsel probeert te verbeteren.

Daarnaast speelt een rol dat de baten van zorgvernieuwing vaak neerslaan op een andere plek dan de kosten. Een voorbeeld daarvan is een vernieuwing in de thuiszorg waarmee een ziekenhuisopname kan worden voorkomen. De besparing op de ziekenhuiskosten komt in dat geval ten goede aan de Zvw-verzekeraar, en niet aan de innovator of het zorgkantoor (AWBZ) of de gemeente (WMO), terwijl zij de kosten dragen.

Ten slotte speelt de dynamiek van zorgmarkten een rol. Als kleine en/of nieuwe zorgaanbieders niet de kans krijgen om 'er tussen te komen',

² Bijvoorbeeld: innovaties alleen in bepaald gebied beschikbaar.

³ Bijvoorbeeld: innovaties alleen beschikbaar indien er een (dure) aanvullende verzekering voor wordt afgesloten.

⁴ Zie ook paragraaf 3.1.7 over de wijze waarop de academische component bijdraagt aan de snelle, zorgbrede verspreiding van innovaties.

bijvoorbeeld als verzekeraars geen contracten onder een bepaald jaarvolume willen sluiten, zullen innovaties zich minder snel verspreiden. Een deel van de toegangsdrempels voor nieuwe aanbieders wordt ook veroorzaakt door de overheid, bijvoorbeeld door eisen die aan zorgaanbieders worden gesteld ten aanzien van verslaglegging en verantwoording.

2.3 Belemmeringen voor innovaties

2.3.1 Productinnovaties

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kunnen zorgaanbieders alleen prestaties declareren waarvoor de NZa een prestatiebeschrijving heeft vastgesteld.⁵ Die regel kan een belemmering vormen voor productinnovaties, omdat voor nieuwe prestaties per definitie (nog) geen reguliere prestatiebeschrijving is vastgesteld.

Voor de meeste zorgaanbieders is een prestatiebeschrijving een noodzakelijke maar niet voldoende voorwaarde om een nieuwe zorgvorm te introduceren. Voor veel zorgaanbod is er alleen koopkrachtige vraag wanneer die zorg is opgenomen in het basispakket van de AWBZ of de Zorgverzekeringswet.

Het CVZ heeft als pakketbeheerder de wettelijke taak om de minister van VWS te adviseren over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Het CVZ weegt in zijn advisering de doelmatigheid en de effectiviteit van nieuwe zorgvormen mee. Vaak is enige ervaring met de werking van zorginnovaties in de praktijk noodzakelijk om een inschatting van de doelmatigheid en effectiviteit te kunnen geven. Door de knip tussen prestatieregulering en pakketbeheer komt het voor dat prestatiebeschrijvingen worden vastgesteld die deels wel en deels niet tot de verzekerde zorg behoren. Of het verzekerde pakket wordt zodanig afgebakend, dat de kosten van een behandeling – al dan niet bestaande uit meerdere prestaties – deels verzekerd, deels onverzekerd zijn. Zie paragrafen 3.3 en 4.2.2 voor een nadere uitwerking van het pakketbeheer in relatie tot innovatieve zorgvormen.

Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Het probleem dat zorgprestaties zonder prestatiebeschrijving niet kunnen worden gedeclareerd, heeft de NZa ondervangen door de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*.⁶ De beleidsregel maakt het voor ziektekostenverzekeraars en zorgaanbieders mogelijk om 'kortdurende, kleinschalige zorgexperimenten' uit te voeren. Kortdurende, kleinschalige experimenten zijn experimenten die:

- een looptijd hebben van maximaal drie kalenderjaren;
- gericht zijn op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-/kwaliteitverhouding, op een efficiënte zorgorganisatie (waaronder mede begrepen substitutie van tweedelijns zorg naar eerstelijns zorg) of op verbetering van kwaliteit van zorg van de zorggebruiker;
- beperkt zijn tot een specifieke zorgprestatie waarbij zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars alleen op lokaal/regionaal niveau betrokken zijn;
- niet louter tot doel hebben over te gaan op vrije prijzen;

⁵ De prestatieregulering speelt behalve bij tariefregulering ook een rol bij de inkoop door zorgverzekeraars, in het keuzeproces van consumenten en bij het toezicht op de kwaliteit van zorg.

⁶ De NZa heeft deze beleidsregel ingesteld op aanwijzing van de minister van VWS.

- controleerbare en verifieerbare resultaten in de testomgeving zullen opleveren.

In de praktijk biedt de beleidsregel niet volledig de gewenste ruimte en laat de uitvoering door de NZa en door de experimenteerprijzen te wensen over. Bovendien verloopt de overgang van de bekostiging op basis van de beleidsregel naar reguliere bekostiging niet altijd soepel.

2.3.2 Kostenbesparende procesinnovaties

Kostenbesparende procesinnovaties dragen ertoe bij dat hetzelfde resultaat met minder inspanning kan worden gerealiseerd. Prestaties kunnen op verschillende manieren worden gedefinieerd. Volgens welke methode prestaties gedefinieerd worden, bepaalt mede de belemmeringen die kostenbesparende procesinnovaties ervaren.

Een prestatiebeschrijving kan een beschrijving van *output*, *throughput* of *input* zijn.⁷

- Een output-gerichte beschrijving luidt bijvoorbeeld 'het gebroken scheenbeen is genezen en de beenfunctie is volledig hersteld'.
- Een throughput-gerichte beschrijving luidt bijvoorbeeld 'het gebroken scheenbeen wordt gefixeerd en gegipst'.
- Een input-gerichte beschrijving luidt bijvoorbeeld 'een orthopeed besteedt een uur aan de behandeling van een gebroken scheenbeen'.

Bij output- en throughput-gerichte prestatiebeschrijvingen zorgen kostenbesparende procesinnovaties ervoor dat dezelfde prestatie kan worden geleverd tegen lagere kosten. De kostenbesparing komt dan in de eerste plaats ten goede aan de zorgaanbieder. Bij input-gerichte prestatiebeschrijvingen zorgen kostenbesparende innovaties ervoor dat minder prestaties nodig zijn om het beoogde resultaat te bereiken. De kostenbesparing komt dan niet de zorgaanbieder, maar de afnemer ten goede.⁸

2.3.3 Kwaliteitsverhogende procesinnovaties

Kwaliteitsverhogende procesinnovaties stellen de innovator in staat (meestal tegen hogere kosten) een kwalitatief betere prestatie te leveren. Prestatieregulering staat deze kostenverhogende innovaties niet in de weg. Het blijft immers dezelfde prestatie; er is geen nieuwe prestatiebeschrijving nodig. Maar als voor de prestatiebeschrijving een vast tarief, een maximumtarief of een bandbreedtetarief geldt, kan dat de noodzakelijke prijsverhoging verhinderen. In dat geval kan de kwaliteitsverhoging niet worden bekostigd en zijn er geen terugverdienmogelijkheden.

Als de kostenstijging de tariefruimte niet overstijgt, of als er een vrij tarief geldt, kan de innovator met de verzekeraar onderhandelen over een prijs die een vergoeding biedt voor de gedane investering. De innovator stuit daarbij op een aantal problemen:

- Ten eerste is de kwaliteit van zorg moeilijk meetbaar en vergelijkbaar. Dat bemoeilijkt het aantonen van de meerwaarde van een innovatie.

⁷ Hoe een prestatiebeschrijving geformuleerd kan worden, is o.a. afhankelijk van hoeveel verschillende zorgverleners moeten samenwerken om de integrale zorgprestatie te leveren en met welke mate van voorspelbaarheid de zorgkosten op voorhand kunnen worden ingeschat.

⁸ Merk op dat in het gegeven voorbeeld van een output-gerichte prestatiebeschrijving, alle innovaties procesinnovaties worden. De prestatiebeschrijving is zo algemeen beschreven, dat deze alle mogelijke veranderingen in de wijze van zorgverlening omvat.

- Ten tweede is het niet gemakkelijk om een gedifferentieerd product aan te bieden, waarbij patiënten de 'oude' zorgvorm krijgen als hun verzekeraar die niet bereid is voor de innovatie te betalen, terwijl patiënten de nieuwe zorgvorm krijgen als hun verzekeraar wel wil betalen. Veel zorgaanbieders willen überhaupt geen onderscheid maken tussen zorggebruikers op basis van hun verzekeraar, omdat ze dit strijdig vinden met het beginsel van gelijke toegang tot zorg op medisch noodzakelijke gronden. Zowel dit beginsel, als de regierol van de zorgverzekeraar liggen aan de basis van de Zvw.

3. Innovatiebeleid voor de zorg: bekostigen, voorlichten, aanjagen

De NZa is niet de enige overheidsinstantie die een rol speelt bij de innovatiekracht van de gezondheidszorg. Er zijn verschillende regelingen en initiatieven. In dit hoofdstuk worden de initiatieven en regelingen toegelicht die het sterkst verband houden met de rol van de NZa zoals die in dit document uiteengezet wordt. Dit hoofdstuk bevat daarom geen uitputtende opsomming. De besproken initiatieven en regelingen kennen verschillende doelstellingen. Op hoofdlijnen zijn deze doelstellingen:

- het bekostigen van innovaties door het toekennen van subsidies en andere middelen;
- het aanjagen van innovatief gedrag;
- het geven van voorlichting over de wijze waarop financiering van innovatief gedrag of van innovaties verkregen kan worden.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst worden de regelingen en initiatieven besproken die andere partijen dan de NZa ontplooid hebben (paragraaf 3.1). Vervolgens bespreken we de Lokale Productiegebonden Toeslag: een regeling van de NZa die niet exclusief op innovatie is gericht, maar wel ruimte voor innovatie biedt (paragraaf 3.2). Ten slotte bespreken we regelingen van de NZa die specifiek op innovatie zijn gericht (paragraaf 3.3).

3.1 Regelingen en initiatieven van andere partijen

3.1.1 Zorginnovatieplatform

Het Zorginnovatieplatform (ZIP) is door de minister en staatssecretaris van VWS in het leven geroepen met als doel zorginnovatie te stimuleren en onder de aandacht te brengen. De focus van het ZIP ligt op zorg aan ouderen en chronisch zieken, en op slim organiseren en snel verspreiden van innovaties. Het ZIP heeft een financieel instrumentarium ingesteld om haar doelen te helpen realiseren. De uitvoering van dit instrumentarium is belegd bij SenterNovem (zie paragraaf 3.1.2). Behalve dit financiële instrumentarium zet het ZIP ook in op voorlichting via de ZorgInnovatieWijzer (zie paragraaf 3.1.3), het bouwen van een netwerk van innovatoren en uitwisseling van kennis.

3.1.2 SenterNovem

SenterNovem is een agentschap van het ministerie van Economische Zaken.⁹ SenterNovem stimuleert duurzame economische groei, door advies, kennis en financiële ondersteuning te bieden aan bedrijven, kennisinstellingen en overheden. Innovatie is daarbij een drijvende kracht. De zorgsector is een van de sectoren waarop SenterNovem zich richt. SenterNovem voert voor het ZIP vier financiële instrumenten uit om innovaties in de zorg te stimuleren.¹⁰ Deze instrumenten zijn:

- Zorginnovatie Vouchers:
SenterNovem stelt 'tegoedbonnen' van verschillende omvang beschikbaar waarmee (al dan niet met een eigen bijdrage van de

⁹ Per 1 januari 2010 is SenterNovem met twee andere agentschappen (EVD en Octrooiencentrum Nederland) samengegaan onder de naam Agentschap NL.
<http://www.agentschapnl.nl>.

¹⁰ <http://www.senternovem.nl/zorg/>.

- innovator) kennis ingekocht kan worden bij kennisinstellingen of adviesbureaus. SenterNovem stelt voorwaarden aan de onderzoeksvragen, de bij de innovatie beoogde doelgroep van zorggebruikers en aan de doelstellingen van de innovaties.
- Zorginnovatie Prestatiecontracten (ZIPC):
Wanneer partijen willen samenwerken aan de innovatie van zorg kunnen zij onder voorwaarden een subsidie van 50% van de innovatiekosten krijgen.
 - Call voor experimenten SBIR:
Via SenterNovem kunnen innovatoren offertes uitbrengen op onderzoeksprojecten binnen het Small Business Innovation Research (SBIR) Programma. Binnen dit programma besteedt de overheid onderzoek uit dat moet leiden tot innovatieve antwoorden op maatschappelijke problemen.
 - Call voor opschaling ZIP:
Via SenterNovem worden innovatoren geïnformeerd als het ZIP een nieuwe Call voor opschaling uitschrijft.

3.1.3 ZorgInnovatieWijzer

De ZorgInnovatieWijzer¹¹ (ZIW) is een initiatief van de NZa, ZonMw en het CVZ. Elk van de overheidsorganen heeft een andere, maar verwante, taak op het gebied van zorginnovaties. De verschillende wijze waarop de taken worden uitgevoerd leidt tot versnippering van informatie voor innovatoren. Door een gecoördineerde behandeling van vragen (één frontoffice, drie backoffices) streven het CVZ, ZonMw en de NZa naar eenduidigheid en een vermindering van de rompslomp voor innovatoren. Doordat problemen gezamenlijk worden behandeld, ontstaat er ook meer inzicht in elkaars doelstelling en werkwijze. Dit biedt aanknopingspunten voor een gezamenlijke verbetering van de regels en procedures.

3.1.4 ZonMw

ZonMw werkt aan de verbetering van preventie, zorg en gezondheid door het stimuleren en financieren van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. ZonMw heeft thematische programma's waarbinnen financiële middelen beschikbaar gesteld worden voor onderzoek naar en implementatie van innovaties in de zorg. ZonMw kan ontwikkelingen versnellen door wetenschappers, beleidsmakers en mensen uit de zorgpraktijk bij elkaar te brengen en door onderzoeksinspanningen op elkaar af te stemmen.

De financiële bronnen die ZonMw verstrekt zijn omvangrijk. Bij een aanvraag moeten projecten daarom ook een gedegen aanpak voorleggen. Voor minder fundamentele innovaties (bijvoorbeeld kleine procesinnovaties) is de route via ZonMw minder geschikt.

ZonMw is een van de drie organisaties die de ZIW hebben opgericht (zie paragraaf 3.1.3).

3.1.5 College voor zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen is de 'pakketbeheerder' voor de Zvw en AWBZ. Deze taak richt zich op een passende inhoud van het wettelijk verzekerde basispakket. Het CVZ neemt standpunten in over de vraag of een bepaalde innovatie wel of niet behoort tot het verzekerde pakket. Dit zijn zeer belangrijke beslissingen voor innovatoren, omdat opname in het

¹¹ www.zorginnovatiewijzer.nl.

verzekerde pakket een 'koopkrachtige vraag naar de innovatie' waarschijnlijk maakt.

Het CVZ concludeert in het Rapport 'Voorwaardelijke financiering in het kader van een verantwoord pakket':

"Bij de besluitvorming hanteert het CVZ als algemeen uitgangspunt dat er voor een positieve beslissing in principe medisch-wetenschappelijke gegevens met een zo hoog mogelijke bewijskracht voorhanden dienen te zijn. Dit kan met zich meebrengen dat interventies die veelbelovend zijn maar waarover nog onvoldoende gegevens over effectiviteit en veiligheid voorhanden zijn, niet tijdig toegankelijk zijn voor verzekerden. Ook kan het niet breed kunnen toepassen van de interventie (vanwege het ontbreken van adequate financiering) de vlotte verzameling van deze gegevens in de weg staan."

Om deze beoordeling en toepassing van innovaties te bespoedigen, adviseert het CVZ een subsidie in te stellen die tijdelijke toelating tot het verzekerde pakket mogelijk maakt, en om in bestaande regelingen en subsidies eisen omtrent registratie en kennisvergaring op te nemen.

Het CVZ is een van de drie organisaties die de ZIW hebben opgericht (zie paragraaf 3.1.3).

3.1.6 Nictiz en Platform ICT & Innovatie

Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) is in 2002 opgericht om het gebruik van ICT in de zorg te stimuleren. Samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ICT-leveranciers en overheidsorganisaties zet Nictiz zich in voor de realisatie van een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) en andere vormen van landelijke elektronische communicatie.

Deze werkzaamheden liggen vaak op het vlak van (proces)innovaties in de zorg. Onder begeleiding van het ministerie van VWS en Nictiz is een Platform ICT & Innovatie opgericht.¹² Binnen dit platform kunnen projectvoorstellen voor ICT-toepassingen (op het gebied van digitale gegevensuitwisseling) worden ingediend. De stuurgroep van het platform beoordeelt of overheidbemoediging bij de ontwikkeling en implementatie gewenst is. Gehonoreerde projectvoorstellen kennen verschillende toepassingen en worden op verschillende zorgmarkten uitgerold. Meer informatie is te verkrijgen op de website van het Platform ICT & Innovatie.¹³

3.1.7 Academische component

Universitaire medische centra (UMC's) hebben een specifieke taak ten aanzien van innovatie in de zorg. De ministers van VWS en OC&W omschrijven deze taak als volgt:¹⁴

"De UMC's hebben als taak het ontwikkelen van kennis over medisch-specialistische zorg en het vertalen hiervan naar concrete toepassingen. Versnipperd onderzoek leidt niet tot een optimale besteding van geld, daarom kiezen we er in Nederland voor om deze taak bij UMC's te beleggen. De samenleving mag daarop van de UMC's verwachten dat zij een bijdrage leveren aan belangrijke vraagstukken waar we in de zorg voor staan. VWS heeft het initiatief genomen tot het formuleren van vijf

¹² <http://www.zorgicteninnovatie.nl/page/Home>.

¹³ <http://www.zorgicteninnovatie.nl/page/Overzicht-van-gehonoreerde-projecten#Toegang>.

¹⁴ Ministeries van VWS en OC&W 2006. Brief *Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving*. Kenmerk CZ/IZ/2737337, 20 december 2006. (Tweede Kamerstuk 26275 nr. 4).

belangrijke 'maatschappelijke opgaven' en wil deze een grotere rol laten spelen bij de inzet van de bestaande onderzoek- en ontwikkelcapaciteit."

Deze algemene omschrijving is als volgt verder geconcretiseerd:¹⁵

- "Anticiperen op een groeiende en veranderende zorgvraag;
- Langer leven in gezondheid;
- Houdbare kwaliteit en patiëntveiligheid;
- Grenzen aan zorg en omgaan met schaarste en risico's;
- Snellere ontwikkeling en toepassing van innovatieve medische producten."

UMC's krijgen ter bekostiging van deze taak een zogenoemde academische component. Tot 2008 maakte deze component deel uit van de ziekenhuisbudgettering die de NZa uitvoert. Sinds 2008 is de academische component een subsidieregeling die door het ministerie van VWS wordt uitgevoerd. De academische component biedt financiële ruimte om topreferente zorg, ontwikkelingsgeneeskunde en innovatieve investeringen te bekostigen.¹⁶ De academische component maakt geen deel uit van de ziekenhuisbudgettering. De regeling komt dus niet te vervallen met de afschaffing van de ziekenhuisbudgettering per 2011.

De academische component wordt als een op zichzelf staande vergoeding aan UMC's toegekend omdat de genoemde bestedingsdoelen een groot maatschappelijk belang hebben, maar aanzienlijke bedrijfsmatige risico's kennen en/of centrale coördinatie van de inspanningen gewenst is. Zonder de aparte bekostiging van deze taken zou er te weinig aan innovatie worden gedaan, of er zou in ieder geval door versnippering geen optimale besteding van de beschikbare middelen ontstaan.

Het bestaan van de academische component stelt de betrokken ziekenhuizen onder andere in staat om de gerealiseerde innovaties snel te verspreiden in het 'normale zorgaanbod'. (Een deel van) de ontwikkelkosten zijn namelijk al gedekt, en hoeven dus niet in een marktomgeving terugverdiend te worden. Concreet betekent dit dat het gebruik van patenten niet nodig is en geïnnoveerde zorgprestaties sneller en tegen een aantrekkelijk tarief kunnen worden aangeboden.¹⁷

De academische component werkt dus versnellend voor innovaties. Opgemerkt moet worden dat de regeling alleen geldt voor medisch-specialistische zorg, en niet voor overige zorgvormen.

3.2 NZa-regeling niet-specifiek voor innovatie

3.2.1 Lokale productiegebonden toeslag

In aanvulling op hun budget kunnen algemene en academische ziekenhuizen met de lokale ziektekostenverzekeraar een 'Lokale productiegebonden toeslag' (LPT) op het budget overeenkomen. Hiermee kunnen activiteiten en projecten worden gefinancierd waarvoor niet op een andere manier dekking wordt verkregen (met name: geen DBC-opbrengst). De activiteiten moeten gerelateerd zijn aan onderzoek en behandeling van patiënten. Afhankelijk van de instelling bedraagt de LPT maximaal 2,5% of 5% van het instellingsbudget.

¹⁵ Ministeries van VWS en OC&W 2006. Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving – De brief 'Ruimte voor betere zorg' nader uitgewerkt (Bijlage bij Tweede Kamerstuk 26275 nr. 4).

¹⁶ NZa 2009. Uitvoeringstoets Van Budget naar Prestatie.

¹⁷ Zie ook paragraaf 2.2.2 over de wenselijkheid van het snel, zorgbreed verspreiden van innovaties.

De minister heeft echter aangekondigd de ziekenhuisbudgettering te willen afschaffen per 2011 en te vervangen door prestatiebekostiging. De NZa heeft in de uitvoeringstoets *Van Budget naar Prestatie* onder andere aangegeven hoe in de overgangsfase en in het eindmodel van prestatiebekostiging moet worden omgegaan met de LPT. De NZa wijst daartoe met name op het gebruik van de Beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*; en als dat onvoldoende mocht blijken om de innovatie in de algemene ziekenhuiszorg te stimuleren, dan kan gedacht worden aan een innovatie- of subsidiefonds. Een dergelijk fonds is niet nader uitgewerkt en op dit moment niet voorzien.

3.3 NZa-regelingen specifiek voor innovatie

De beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties* speelt een grote rol in dit rapport. De NZa heeft daarnaast nog andere beleidsregels die specifieke van toepassing zijn op innovatieve zorg. Dit zijn:

- Transitieprogramma Langdurige Zorg (TPLZ);
- Ketenzorg Dementie;
- Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO);
- Screen to screen zorg.

Een overzicht van de beleidsregels op het gebied van de bekostiging van innovaties is te vinden in een speciaal innovatiedossier op de website van de NZa.¹⁸ In april 2009 is een factsheet uitgebracht die beknopte informatie geeft over de verschillende regelingen. De factsheet is als bijlage aan dit rapport toegevoegd.

¹⁸ <http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/>.

4. Beleidsopties voor de NZa

Mensen die in de zorg werken hebben in het algemeen een sterke intrinsieke motivatie om de zorg te verbeteren. De NZa formuleert op grond van de voorgaande analyse beleidsopties voor het versterken van de (extrinsieke) marktprikkels en het wegnemen van belemmeringen uit regelgeving.

4.1 Versterken prikkels

Prikkels voor innovatief gedrag in de zorg kunnen versterkt worden langs drie wegen. De NZa stelt zich ten doel om de zorggebruiker meer centraal te stellen en een innovatief klimaat in de zorg te creëren.

Concreet stelt de NZa drie actiepunten:

- Sturingsmogelijkheden van zorggebruikers effectiever inzetten en uitbreiden.
- Het bevorderen van de transparantie van de kwaliteit van de zorg, waardoor innovaties zichtbaar onderscheiden kunnen worden van niet-geïnnoveerde zorg.
- Het bevorderen dat innoveren ook voor de innovator lonend is.

4.1.1 Sturingsmogelijkheden van zorggebruikers effectiever inzetten en uitbreiden

Zorgverzekeraars hebben – onder andere vanwege de vereveningssystematiek – niet altijd baat bij de investering in een innovatie. Met name bij initiatieven gericht op kleinere zorggebruikerspopulaties zou het moeilijk zijn verzekeraars te interesseren voor innovatieve zorgvormen. De huidige extrinsieke prikkels stimuleren innovatoren om zich in eerste instantie te richten naar de wensen en belangen van de koopkrachtige vragers, namelijk de verzekeraars.

Onder het motto 'Wie betaalt, bepaalt' wil de NZa bijdragen aan patiënt empowerment. Financiële sturingsmogelijkheden dragen hieraan bij. Het persoonsgebonden budget is de belangrijkste vorm van directe sturing door zorggebruikers. Een vouchersysteem in de bekostiging van dagbesteding van intramurale cliënten is een vergelijkbaar initiatief.

Op dit moment is het binnen de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties* noodzakelijk dat een zorgaanbieder en verzekeraar een experimentovereenkomst sluiten voor het experiment kan beginnen. De NZa zal onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om deze eis te veranderen zodat bijvoorbeeld ook een zorgaanbieder met een patiëntenvereniging een experimentovereenkomst kan sluiten. In dit onderzoek zal de NZa aandacht besteden aan hoe de financiering moet lopen als er geen ziektekostenverzekeraar betrokken is.

4.1.2 Transparantie van de kwaliteit van zorg bevorderen

De NZa zet zich in voor het verbeteren van de transparantie van kwaliteit op zorgmarkten vanuit het belang dat dit heeft voor het keuzeproses van consumenten en zorginkopers. Transparantie van kwaliteit draagt echter ook bij aan een innovatief klimaat. Idealiter uiten de resultaten van innovaties zich in kwaliteitsindicatoren, zodat innovatieve zorgaanbieders zich positief kunnen onderscheiden van minder innovatieve zorgaanbieders.

Er zijn belangrijke methodologische complicaties die men ondervindt bij het meetbaar maken van kwaliteitsverschillen:

- Hoe meet je verschillen?
- In welke mate kun je verschillen in causaal verband brengen met innovaties?
- Hoe ga je om met gezondheidseffecten die vaak pas op lange termijn zichtbaar worden?

De complicaties maken dat de bovenbeschreven innovatiebevorderende werking van prestatie-indicatoren *op dit moment* nog onzeker is.

De NZa werkt aan een systeem van benchmarking dat ziekenhuizen in staat stelt hun prestaties te vergelijken met het sectorale gemiddelde. Deze benchmark is bedoeld om ziekenhuizen in staat te stellen hun prestaties te evalueren en te verbeteren. Een van de oogmerken van een systeem van benchmarking is dat vernieuwingen zich sneller in de sector zullen verspreiden en zodoende sneller voor alle consumenten beschikbaar zullen komen.

De NZa blijft in de ZorgInnovatieWijzer actief om innovatoren te helpen hun weg te vinden tussen alle verschillende regelingen en financieringsmogelijkheden. De betrokkenheid in de Zorginnovatiewijzer levert de NZa ook waardevolle kennis over beleidsmatige mogelijkheden voor het versterken van stimuli en het wegnemen van belemmeringen.

4.1.3 Lonend maken van innovaties

Innoveren is niet gratis. Er moeten inspanningen worden geleverd in de vorm van onderzoek, de aanschaf van nieuwe materialen of instrumenten, misschien moet de innovator zijn nek uitsteken om een project te starten of op gang te houden. Kortom, de innovator moet investeringen doen: financiën, arbeid, prestige. Innovatoren willen met de innovatie naast kwaliteitsverbeteringen vaak ook iets anders bereiken, hetzij financieel/materieel hetzij immaterieel. Wil er überhaupt een innovatief klimaat zijn, dan moet innovatie lonend zijn – of de innovator moet ten minste zijn materiële investeringen kunnen 'terugverdienen'.

In 'normale markten' kunnen innovatoren hun investeringen terugverdienen, doordat zij een innovatieve voorsprong hebben op niet-innovatieve concurrenten. In de gezondheidszorg is een maatschappelijke wens dat innovaties snel zorgbreed beschikbaar komen. In paragraaf 2.2.2 is uitgelegd dat de zorgaanbieder zijn investeringen moeizaam kan terugverdienen omdat hij zich niet van de niet-innovatoren kan onderscheiden. Vooral bij doorbraakinnovaties is de druk op een snelle verspreiding erg groot.

Een mogelijke oplossing voor het probleem dat in de zorg innovaties lonend moeten zijn, maar tegelijkertijd een snelle verspreiding maatschappelijk gewenst is, is het bekostigen van het innovatieproces. Voor de NZa is daarin geen rol weggelegd. De overheid (de ministeries van VWS en EZ) kan hiertoe subsidies inzetten (zie: bekostiging van innovatie, hoofdstuk 3). Het probleem daarbij is hoe de innovaties te selecteren waaraan een ontwikkelingssubsidie moet worden toegekend en hoe de omvang van de subsidie te bepalen.

Met name ZonMw is een belangrijke subsidieverstrekker in het zorgonderzoek. ZonMw is actief in de gehele kennisketen: van

fundamenteel onderzoek tot implementatie van innovaties.¹⁹ De academische component in de budgetten van academische ziekenhuizen is ook een belangrijke vorm van 'subsidie' voor innovaties.

De NZa heeft in de Uitvoeringstoets *Van Budget naar Prestatie* aangegeven dat mogelijkwerwijs een regeling moet worden getroffen na afschaffing van de LPT (zie paragraaf 3.2.1).

Niet alleen zorgaanbieders zouden meer financieel kunnen worden gestimuleerd om te innoveren. Ook verzekeraars ondervinden nog onvoldoende prikkels om bij de zorginkoop aandacht te besteden aan de kwaliteit van zorgaanbieders. Transparantie over de kwaliteit van zorgaanbieders is een noodzakelijke voorwaarde voor concurrentie tussen zorgaanbieders op de kwaliteitsdimensie, maar er is meer nodig.

Daarom zal de NZa een studie uitvoeren naar mogelijkheden om verzekeraars binnen het vereveningssysteem te belonen voor kwaliteit in termen van gezondheidswinst die zij realiseren voor hun verzekerden. Op deze manier hebben verzekeraars niet de prikkel om alleen de goedkoopste zorg maar ook de kwalitatief beste zorg in te kopen. Daarnaast zal de NZa ook onderzoeken of kwaliteit in de gereguleerde tarieven kan worden bekostigd.

4.2 Wegnemen belemmeringen

Belemmeringen voor innovaties die voortkomen uit de regelgeving van de NZa moeten – met inachtneming van de overige belangen die de NZa dient – weggenomen worden. De NZa stelt de volgende actiepunten:

- Prestatiebeschrijvingen in drie tot vijf jaar innovatie-proof maken.
- Prestatieregulering en de afbakening van het verzekerde pakket 'synchroniseren'.
- Ruimte bieden voor experimenten en zorgen voor betere evaluaties.
- Een soepeler ingang naar reguliere en overgang tussen experimentele en reguliere bekostiging mogelijk maken.

4.2.1 Prestatiebeschrijvingen innovatie-proof maken

Het is duidelijk dat de prestateregulering, puur vanuit het innovatieve perspectief bekeken, een drempel is voor de toelating van productinnovaties tot de markt. Hoe hoger de drempel, des te onzekerder is het voor een innovator dat zijn innovatie ooit werkelijk toegepast zal worden. Prestatieregulering dient zoals gezegd ook andere doelen, en zal daarom van toepassing blijven op de zorgmarkten.

De NZa wil dat de prestateregulering binnen drie tot vijf jaar 'innovatie-proof' is. Het uitgangspunt is dat prestatiebeschrijvingen niet onbedoeld belemmerend voor innovaties mogen zijn. Daartoe moeten alle bestaande prestatiebeschrijvingen beoordeeld worden. Ook alle nieuwe prestatiebeschrijvingen moeten de innovatie-proof ondergaan.

De hoeveelheid ruimte die prestatiebeschrijvingen kunnen laten, hangt af van factoren als de betreffende zorgvorm, het ontwikkelingsstadium van de betreffende zorgmarkt en heersende maatschappelijke en politieke opvattingen. Het is ook niet uitgesloten dat de gewenste hoeveelheid ruimte kan wijzigen in de tijd. De NZa zal de innovatie-proof uitvoeren volgens een nog op te stellen beoordelingskader, zodat het ontwikkelingsstadium van een markt, en de maatschappelijke opvattingen over de zorgvorm, kunnen worden meegewogen.

¹⁹ <http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/>.

Cruciaal in deze innovatie-proof is de mate van vrijheid die de prestatiebeschrijving laat ten aanzien van de manier waarop een zorgprestatie wordt ingevuld. Concrete beoordelingsaspecten zouden bijvoorbeeld kunnen zijn:

- Wordt voorgeschreven dat er een face-to-face contact moet plaatsvinden?
- Hoeveel vrijheid is er om gebruik te maken van ICT-applicaties?
- Mag apparatuur of technologie ingezet worden in plaats van menselijke arbeid?
- Hoeveel ruimte is er voor taakherschikking (het doormandateren van specifieke handelingen naar daartoe bekwame, maar anders opgeleide zorgverleners)?²⁰
- Zijn de prestatie en het verzekerde pakket 'gesynchroniseerd'? (Zie paragraaf 4.2.2)

Health 2.0

Eén van de meer fundamentele ontwikkelingen op de zorgverleningsmarkt is 'health 2.0', kort samen te vatten als het gebruik van ICT- en internettoepassingen in de zorgverlening. Deze toepassingen dragen bij aan patiënt empowerment doordat ze een actieve patiëntenparticipatie en zelfmanagement in de behandeling mogelijk maken.

Deze ontwikkeling is onherroepelijk aan de gang. De bekostigingsstructuur mag niet de reden zijn waarom dit soort vernieuwingen geen doorgang kunnen vinden. De financiering van (sociale) netwerken, die de drijvende kracht vormen achter health 2.0, past slechts ten dele in de huidige bekostigingsstructuur. De financiering van de ontwikkeling van e-health-toepassingen vindt plaats buiten de tarief- en prestatieregels om (onder andere via subsidies van het ministerie van VWS of patiëntenverenigingen). Binnen de huidige bekostiging zijn er voor zorgaanbieders wel mogelijkheden om e-health toepassingen te integreren in hun zorgaanbod (bijvoorbeeld een zelfmanagementprogramma ter beschikking stellen aan patiënten).

Mogelijke knelpunten voor e-health toepassingen binnen de huidige bekostiging zijn:

- Een e-health toepassing (bijvoorbeeld een netwerkvoorziening voor zorgaanbieders en/of patiënten) kan niet als een afzonderlijke prestatie, of door een ander dan een zorgaanbieder, in rekening worden gebracht.
- Patiënten die los van hun zorgaanbieder e-health voorzieningen (zoals een zelfmanagementprogramma) willen gebruiken, moeten deze nu zelf betalen (eventueel via een pgb).
- Anoniem gebruik van e-health toepassingen levert een knelpunt op in de bekostiging. Er is immers niet duidelijk welke verzekeraar voor de kosten op moet draaien. Voor een aantal e-health toepassingen (bijvoorbeeld 'Alcohol de Baas') blijkt de mogelijkheid anoniem te blijven wel duidelijk meerwaarde te hebben.

De consequenties van 'e-health-toepassingen' voor de bekostiging vormen een bijzonder aandachtspunt voor de NZa binnen het 'innovatie-proof' maken van de prestatiebeschrijvingen.

De NZa zal stakeholders tijdig betrekken bij het opstellen van het beoordelingskader en bij de uitvoering van de innovatie-proof. Op die

²⁰ De ministerraad heeft recent ingestemd met een voorstel van de minister van VWS tot wijzigingen in de Wet BIG die taakherschikking mogelijk maken [<http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/meva/2009/kabinet-over-taakherschikking.asp>].

manier wil de NZa waarborgen dat de praktijkervaring van de stakeholders kan worden ingezet voor verbeteringen.

Ten overvloede merkt de NZa op dat de innovatie-proof niet ten doel heeft om *maximale* ruimte aan innovatie te geven. Ook de andere doelen van de prestatieregulering (die veelal gericht zijn op een beheersbaar zorgstelsel) moeten gediend blijven worden. Het streven is dus naar *optimale* ruimte.

4.2.2 Prestatiebeschrijvingen en verzekerde aanspraak 'synchroniseren'

De te verzekeren prestaties van de Zvw zijn functiegericht omschreven. Dat wil zeggen dat de wetgever bepaalt welke zorg verzekerd moet worden en onder welke indicatievoorwaarden. Waar en hoe de verzekerde zorg geëffectueerd moet worden, kan de zorgverzekeraar bepalen in zijn polis. De wetgever heeft voor de omschrijving van de te verzekeren prestaties gebruik gemaakt van een tweetal methoden: de open beschrijving (geneeskundige zorg) en de gesloten beschrijving (bijvoorbeeld geneesmiddelen). Het CVZ beoordeelt aan de hand van objectieve criteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid) of zorgvormen al dan niet behoren tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. Die beoordeling leidt tot afbakeningen tussen verzekerde en onverzekerde zorg.

De NZa brengt ook afbakeningen aan binnen het zorgaanbod, namelijk door zorgprestaties van elkaar te onderscheiden. Deze afbakening is onder andere nodig voor de zorginkoop en het betalingsverkeer. Als de afbakeningen van het CVZ en die van de NZa niet netjes op elkaar aansluiten – 'asynchroon lopen' – leidt dat tot administratieve lasten voor marktpartijen die misschien voorkomen kunnen worden. Dit kan bijvoorbeeld tot gevolg hebben dat de NZa prestatiebeschrijvingen vaststelt die deels buiten en deels binnen de Zvw-dekking vallen. Voor de zorggebruiker leidt dit tot problemen bij de declaratie van zijn zorgkosten. Voor de innovator creëert dit extra onzekerheid over de (economische) levensvatbaarheid van zijn innovatie, en dat vormt een belemmering voor innovatief gedrag.

Multifocale lens bij staaroperaties

Een concreet voorbeeld van een situatie waar prestatieregulering en pakketbeheer niet goed aansluiten, is een staaroperatie waarbij een multifocale lens wordt ingebracht. Het geheel van de chirurgische handelingen en de gebruikte lens is als één DBC gedefinieerd en wordt dus ook als één product verhandeld tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het CVZ heeft geoordeeld dat de multifocale lens geen deel uitmaakt van de Zvw-dekking. Als gevolg daarvan wordt de gehele DBC als 'oranje' gekenmerkt.²¹

Dit probleem wordt ook wel 'meertaligheid' genoemd. De NZa ziet een synchronisatie van de wijzen van afbakening tussen NZa en CVZ als de manier om het probleem duurzaam op te lossen. De meertaligheid is in overleg tussen de NZa en het CVZ reeds aan de orde gekomen. Een oplossing zal niet gemakkelijk te vinden zijn, maar is het zoeken meer dan waard.

Zo mogelijk kan met de synchronisatie een begin worden gemaakt in de innovatie-proof.

²¹ Een 'oranje' DBC is in de zorgadministratie en het declaratieverkeer een mogelijk niet in de Zvw verzekerde DBC.

In de AWBZ is dit probleem veel minder aan de orde. De prestatiebeschrijvingen voor de langdurige zorg komen in nauw overleg tussen het ministerie van VWS en CVZ tot stand.

4.2.3 Ruimte bieden voor experimenteren

Het verbod om een tarief in rekening te brengen voor een zorgprestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld door de NZa (artikel 35 Wmg) geldt ook voor prestaties waarmee zorgaanbieders en zorgverzekeraars willen experimenteren, om vast te kunnen stellen of de vernieuwing bijdraagt aan een betere prijs-/kwaliteitsverhouding van de zorg. In paragraaf 3.3 is beschreven op grond van welke regelingen de NZa een tijdelijke prestatie kan vaststellen.

De meest brede mogelijkheid daartoe biedt de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*. Bij de evaluatie van de beleidsregel noemden marktpartijen als belangrijkste voordelen van de beleidsregel:

- De mogelijkheid om zorg te financieren die niet in de reguliere bekostiging gefinancierd kon worden.
- De vrijheid om afspraken te maken over de inhoud van de zorg, kwaliteitsindicatoren, evaluatiewijze en tarieven.
- De ruimte die de beleidsregel biedt om meer tijd en aandacht te besteden aan nieuwe vormen van zorg, doordat organisatorische aspecten (ICT, overleg, registratie, etc.) gefinancierd kunnen worden.
- De mogelijkheid tot het opzetten van een transmurale keten.

Op basis van de evaluatie constateert de NZa ook dat de werking van de beleidsregel niet optimaal is:

- Groot knelpunt is de wijze waarop experimenten worden geëvalueerd en de overgang van experimenten naar een reguliere prestatie (zie ook paragraaf 4.2.4). Bij afloop van een experiment is te vaak onduidelijk in hoeverre en in welke zin de prestatie heeft geleid tot verbetering in de prijs-/kwaliteitsverhouding van de zorg.
- Er wordt vooral geëxperimenteerd met multidisciplinaire zorgverlening. De beleidsregel wordt weinig gebruikt om met schottenoverstijgend zorgaanbod te experimenteren.
- Er zijn ook weinig experimenten waarin een totaal nieuw zorgconcept wordt getoetst. De focus ligt op het verbeteren van de organisatie van de zorg. Met name veel regie- en coördinatietaken en overhead worden via de beleidsregel bekostigd.
- De innovatoren benoemen zelden welke voordelen er precies uit een experiment voortvloeien voor de zorggebruiker.
- Ziektekostenverzekeraars nemen een minder stimulerende en faciliterende rol in dan de NZa had verwacht.

De NZa heeft daarom per 1 januari 2010 de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties* op een aantal punten aangepast. Daarbij is gezocht naar het juiste midden tussen enerzijds de wens zo min mogelijk eisen te stellen die het opstarten van experimenten kunnen belemmeren, en anderzijds voldoende te waarborgen dat experimenten tijdig en goed worden geëvalueerd.

Verder wil de NZa zorgen voor een betere voorlichting aan partijen over:

- de mogelijkheden die de beleidsregel biedt;
- de eisen die daarbij worden gesteld aan de partijen;
- wat zij van de NZa mogen verwachten.

4.2.4 Toegang tot reguliere bekostiging verbeteren

Alle betrokkenen moeten het vertrouwen kunnen hebben dat de NZa alles doet, binnen haar mogelijkheden, om reguliere bekostiging mogelijk te maken als dat nodig is voor innovaties die de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid van de zorg vergroten. Dat procesverbeteringen noodzakelijk zijn, geldt in zijn algemeenheid voor aanvragen van reguliere bekostiging. Meer in het bijzonder geldt dat innovaties, die in de vorm van een experiment tot goede resultaten hebben geleid, soepel moeten kunnen overgaan naar reguliere bekostiging.

Wanneer experimenten eindigen, waaronder kortdurende kleinschalige experimenten die op grond van de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties* een tijdelijke prestatiebeschrijving hebben, kan het wenselijk zijn een regeling te treffen voor een zorgvuldige beëindiging van het experiment. Artikel 58 lid 5 van de Wmg biedt de mogelijkheid om de gevolgen van een experiment gedurende een boekjaar in stand te laten. De NZa is voornemens om zo snel mogelijk in 2010 nieuwe regels vast te stellen waarin duidelijkheid wordt gegeven in welke omstandigheden en op welke wijze de NZa van deze bevoegdheid gebruik zal maken.

Uit de evaluatie van de beleidsregel *Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties*, en uit overige contacten met marktpartijen, heeft de NZa tevens geleerd dat de wijze waarop de NZa aanvragen voor nieuwe prestaties behandelt onbevredigend is voor marktpartijen. De NZa zal zich beraden op hoe dit proces toegankelijker gemaakt kan worden voor marktpartijen en hoe de NZa vooraf meer zekerheden kan geven over het verloop en de uitkomst van de procedure.

Een betere procedure voor het aanvragen van prestatiebeschrijvingen en het afhandelen daarvan, is er niet van vandaag op morgen. In de verschillende sectoren gelden heel verschillende bekostigingssystemen en soorten prestatiebeschrijvingen.²² Er zijn verschillende overheidsinstanties betrokken, die verschillende belangen kunnen hebben. De NZa zal de noodzakelijke afstemming zoeken. Hierbij noemt de NZa met name het ministerie van VWS, DBC-Onderhoud en het CVZ.

²² medisch specialistische zorg, intramurale AWBZ, extramurale AWBZ, curatieve eerstelijnszorg, curatieve ggz-instellingen, vrijgevestigde beroepsbeoefenaren curatieve ggz, langdurige ggz.

5. Conclusies en acties

Innovaties zijn noodzakelijk om de doelstellingen van het zorgstelsel blijvend te realiseren. De NZa heeft een divers takenpakket; het voorliggende rapport is een eerste aanzet om in de uitvoering daarvan het belang van ruimte voor innovatie in de zorg af te wegen tegen de overige maatschappelijke belangen die de NZa moet dienen.

De zorgsector onderscheidt zich op veel aspecten van het bedrijfsleven. Een daarvan is het maatschappelijke belang dat wordt toegekend aan de snelle, zorgbrede verspreiding van bewezen innovaties. Wanneer het gaat om arbeidsintensieve dienstverlening, wat zorgverlening vaak is, kan een innovator meestal niet de gehele markt alleen bedienen. Voor een snelle, landelijke verspreiding van innovaties is het daardoor vaak noodzakelijk dat andere partijen dan de 'eigenaar' van de innovatie bij de verspreiding betrokken worden. Met andere woorden: innovaties moeten gedeeld worden. Dit verkleint de economische terugverdienmogelijkheden, en daardoor de economische prikkel om te innoveren. In het consumentenbelang wordt innoveren in de zorg gestimuleerd, bijvoorbeeld door subsidieregelingen. De NZa heeft geen rol in het verstrekken van subsidies.

Binnen de taken van de NZa zijn er echter wel mogelijkheden om meer ruimte te bieden voor innovaties. In dit rapport benoemt de NZa de mogelijkheden om belemmeringen voor innovaties te verkleinen en de stimulansen voor innovaties te vergroten. In de voorgaande hoofdstukken zijn de volgende acties geformuleerd.

Acties

Verwijzing	Actie
§ 4.1.1	Sturingsmogelijkheden van zorggebruikers effectiever inzetten en uitbreiden
Nieuw	De NZa zal onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om een experimentovereenkomst tussen een zorgaanbieder en een patiëntenvereniging als basis te laten dienen voor een experiment binnen de beleidsregel <i>Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties</i> .
§ 4.1.2	Transparantie van de kwaliteit van zorg bevorderen
Voortzetten	Transparantie van kwaliteit op zorgmarkten bevorderen vanuit het belang voor het keuzeproces van consumenten en zorginkopers.
Voortzetten	Een benchmarksysteem voor ziekenhuizen opzetten dat hen in staat stelt hun prestaties te vergelijken met het sectorale gemiddelde.
Voortzetten	De NZa blijft actief in de ZorgInnovatieWijzer om innovatoren te helpen hun weg te vinden tussen alle verschillende regelingen en financieringsmogelijkheden
§ 4.1.3	Lonend maken van innovaties
Voortzetten	Indien er na afschaffing van de ziekenhuisbudgettering aanleiding toe bestaat, moet mogelijk een regeling worden getroffen ter vervanging van de Lokale Productiegebonden Toeslag (LPT).
Voortzetten	De NZa zal een studie uitvoeren naar de mogelijkheden om verzekeraars binnen het vereveningssysteem te belonen voor kwaliteit, in termen van gezondheidswinst die zij realiseren voor hun verzekerden.
Voortzetten	De NZa zal onderzoeken of kwaliteitsverschillen tussen individuele aanbieders kunnen worden meegewogen in hun gereguleerde tarieven.
§ 4.2.1	Prestatiebeschrijvingen innovatie-proof maken

Nieuw	De NZa zal in drie tot vijf jaar alle bestaande en nieuwe prestatiebeschrijvingen beoordelen op onbedoelde belemmeringen voor innovaties en wenselijke aanpassingen doorvoeren.
Nieuw	De NZa wil de praktijkervaring van stakeholders benutten door hen te betrekken bij het opstellen van een beoordelingskader aan de hand waarvan de innovatie-proof wordt uitgevoerd.
§ 4.2.2	Prestatiebeschrijvingen en verzekerde aanspraak 'synchroniseren'
Nieuw	De NZa zal met het CVZ overleggen over de mogelijkheden om de prestatieregulering en pakketbeheer in de Zvw te 'synchroniseren'. Zo mogelijk wordt deze synchronisatieactie meegenomen in de innovatie-proof.
§ 4.2.3	Ruimte bieden voor experimenteren
Voltooid	De NZa heeft per 1 januari 2010 een gewijzigde beleidsregel <i>Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties</i> vastgesteld, waarin verbeteringen zijn doorgevoerd die wenselijk bleken uit de evaluatie van de werking van de beleidsregel.
Nieuw	De NZa zal marktpartijen beter voorlichten over de mogelijkheden die de beleidsregel biedt, over de vereisten die worden gesteld aan marktpartijen, en over wat marktpartijen die van de beleidsregel gebruik (willen) maken van de NZa mogen verwachten.
§ 4.2.4	Toegang tot reguliere bekostiging verbeteren
Nieuw	De NZa zal zo snel mogelijk in 2010 een nieuwe beleidsregel <i>Tijdelijke instandlating gevolgen experimenten</i> vaststellen, waarmee ruimte wordt gecreëerd voor de verantwoorde beëindiging van aflopende experimenten. Voor aflopende experimenten biedt dit betere mogelijkheden voor een soepele overgang naar reguliere bekostiging.
Nieuw	De NZa zal zich beraden op hoe het aanvraagproces van nieuwe reguliere zorgprestaties toegankelijker gemaakt kan worden voor marktpartijen en hoe de NZa vooraf meer zekerheden kan geven over het verloop en de uitkomst van de procedure.
Nieuw	De NZa zal met name met het ministerie van VWS, DBC-Onderhoud en het CVZ de noodzakelijke afstemming zoeken om de aanvraagprocedure te verbeteren.

In de uitwerking moeten verschillende overheidsorganen betrokken worden, met name het ministerie van VWS, het CVZ, ZonMw en DBC-Onderhoud. De NZa zal ook stakeholders betrekken door hen te consulteren zodra de NZa een actie oppakt.

Bijlage 1. Factsheet Beleidsregels Innovatie



22 april 2009

Factsheet Beleidsregels Innovatie

Innovatie in de zorg

Om ook in de toekomst verzekerd te zijn van kwalitatief goede en betaalbare zorg zijn innovaties van groot belang. Dit betekent dat er nieuwe of vernieuwde zorgprestaties moeten worden ontwikkeld.

Een zorgprestatie is het totaalpakket aan zorg dat geleverd wordt aan patiënten of cliënten met dezelfde zorgvraag. Dit kan ook als programma worden aangeboden.

Het innovatieproces doorloopt een aantal fasen:

1. Ontwikkelen van een zorgprestatie die nog niet eerder is beschreven.
2. Voor de eerste keer testen van de zorgprestatie in de vorm van een experiment.
3. Evalueren van het experiment.
4. Rapporteren en de zorgprestatie implementeerbaar verklaren.
5. Implementeren van een nieuwe vorm van zorgverlening die geen innovatie meer is.

Wanneer wordt de NZa betrokken bij innovaties?

In fase 2 van het innovatieproces, het moment dat de ontwikkelde zorgprestatie voor het eerst wordt geleverd aan de patiënt of cliënt, kan een beroep worden gedaan op de innovatieve beleidsregels van de NZa. Deze beleidsregels voorzien in de financiering en declaratiemogelijkheid van de experimentele zorgprestatie.

Wat is een experiment?

Een experiment is het toepassen van een nieuwe zorgprestatie waarin alle zorg wordt geleverd die een groep patiënten of cliënten nodig heeft. Het experiment moet zijn gericht op het verbeteren van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg voor deze groep patiënten. Een experiment duurt maximaal drie jaar. Door doelen en prestatie-indicatoren te formuleren, monitoren de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar/het zorgkantoor of het experiment oplevert wat het beoogt.

Welke beleidsregels voor innovatie zijn er?

De NZa heeft drie beleidsregels voor innovatie. Twee daarvan zijn alleen bestemd voor experimenten met AWBZ-zorg.

Beleidsregel Ketenzorg Dementie

Deze beleidsregel is bedoeld voor experimenten met AWBZ-zorg gericht op dementerende cliënten. Het experiment moet de Leidraad Ketenzorg Dementie volgen (zie www.vilans.nl).

Beleidsregel Nationaal Programma Ouderenzorg

Deze beleidsregel is bedoeld voor experimenten die starten vanuit de AWBZ-zorg en gericht zijn op ouderen met een complexe zorgvraag. Voor informatie over het programma en de procedure van aanvragen: zie www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl

Beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

Deze beleidsregel is gericht op experimenten met zorg die onder de Zorgverzekeringswet of de AWBZ valt. Ook experimenten met handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg die BIG-geregistreerden uitvoeren (Wet marktordening gezondheidszorg, artikel 1 sub c) vallen hieronder. Overigens is deze beleidsregel alleen van toepassing als het experiment niet onder een van de bovengenoemde beleidsregels valt. Wanneer een experiment bestaat uit prestaties die onder de beleidsregel Nationaal Programma Ouderenzorg en/of de beleidsregel Ketenzorg Dementie vallen, moet er eerst een beroep worden gedaan op die specifieke beleidsregels. Pas daarna kan een beroep worden gedaan op de algemene beleidsregel Innovatie.

Voorwaarden beleidsregels innovatie

De beleidsregels voor innovatie hebben één gezamenlijke algemene voorwaarde. Daarnaast hebben ze ieder hun eigen specifieke voorwaarden en aanmeldingsprocedure.

Algemene voorwaarde

Voor alle beleidsregels voor innovatie geldt dat er bij aanmelding een overeenkomst moet worden opgesteld. In de tweezijdig ondertekende overeenkomst tussen zorgaanbieder en zorgkantoor (of zorgverzekeraar) moet tenminste zijn opgenomen:

- a. Een concrete omschrijving van de te leveren nieuwe zorgprestatie; dit is de concrete zorg die geleverd wordt aan de cliënt.
- b. De prijs van de zorgprestatie en, indien van toepassing, de deeltarieven die vergoed worden aan de onderdeclaranten.
- c. Voor de AWBZ-experimenten moet het lumpsumbedrag per jaar en het aantal afgesproken prestaties worden vermeld.
- d. De looptijd van het experiment (maximaal 3 jaar).
- e. De verwachtingen over en de gestelde doelen voor de nieuwe zorgprestatie¹.
- f. Een beschrijving van de manier van innoveren: wat is er innovatief (vernieuwend) aan dit experiment?²
- g. Een plan van aanpak en/of een businesscase.

Voorwaarden beleidsregel Ketenzorg Dementie

- Vaste indieningstermijn: voor 2009 is dat 1 mei en 1 november.
- In de periode 2009 tot en met 2011 is jaarlijks € 10 miljoen beschikbaar (maximaal € 500.000 per aanbieder per jaar).
- De middelen worden verdeeld over de zorgkantoren.
- Aanmelding kan uitsluitend via een [formulier](#).
- De aanvraag moet zijn voorzien van een bestuursverklaring.

Voorwaarden beleidsregel Nationaal Programma Ouderenzorg

- Het experiment moet aangemeld zijn bij ZonMw en door ZonMw van een verklaring zijn voorzien.
- Experimenten kunnen het hele jaar worden aangemeld.
- In de periode 2009 tot en met 2011 is jaarlijks € 10 miljoen beschikbaar (maximaal € 500.000 per aanbieder per jaar).
- De middelen worden verdeeld volgens het molenaarsprincipe. Dat wil zeggen dat aanvragen worden behandeld op volgorde van indiening.
- Aanmelding kan uitsluitend via een [formulier](#).

¹ Voor aanvragen in het NPO voldoet hier het door ZonMw goedgekeurde projectvoorstel

² Voor aanvragen in het NPO voldoet hier het door ZonMw goedgekeurde projectvoorstel

Voorwaarden beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties

- Experimenten kunnen het hele jaar worden aangemeld.
- Voor AWBZ-experimenten geldt dat er in de periode 2008 tot en met 2010 jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar is (maximaal € 500.000 per aanbieder per jaar).
- De middelen worden verdeeld volgens het molenaarsprincipe. Dat wil zeggen dat aanvragen worden behandeld op volgorde van indiening.

NZa
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl