



Raad ↙
Volksgezondheid
& Samenleving

De kunst van het innoveren

Tijd voor een maatschappelijk
perspectief op zorginnovatie





Raad ↙
Volksgezondheid
& Samenleving

**De kunst van
het innoveren**
Tijd voor een maatschappelijk
perspectief op zorginnovatie

Voorwoord

Geen armoede, betaalbare en duurzame energie, ongelijkheid verminderen. Deze en 14 andere Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG's) van de Verenigde Naties vormen een mondiaal kompas voor uitdagingen die brede maatschappelijke inzet vragen. Ze bieden richting aan overheden en bedrijven om te bepalen welke innovaties en beleidsmaatregelen tot aan 2030 – het ‘eindjaar’ van de huidige ontwikkelingsdoelen – nodig zijn. Op basis van deze gedachte heeft de Nederlandse politiek voor klimaat een specifiek doel vastgesteld: 49% minder broeikasgassen uitstoten in 2030. Dat doel biedt richting aan investeringen en innovaties voor diverse sectoren, zoals wonen, landbouw en mobiliteit.

In de Nederlandse zorg staat innovatie al jaren op de beleidsagenda. In 2010 beschreef het kabinet Rutte I dat “zorginnovatie in Nederland te traag gaat”. Sindsdien is er extra beleidsinzet geweest, om onder andere via nieuwe programma's en (subsidie) regelingen innovatie in de zorg en het sociaal domein te stimuleren. In de praktijk zijn diverse innovatie-initiatieven ontwikkeld. Bijvoorbeeld gericht op het verbeteren van behandelingen, het op afstand leveren van zorg of het ontwikkelen van nieuwe organisatievormen zoals anderhalvelijnszorg organisaties.

Toch vallen de resultaten vaak tegen. Veel innovaties zijn meer aanbod- dan vraag-gestuurd, cultuurverschillen tussen organisaties belemmeren het ontwikkelen van een gezamenlijke visie en het ‘not invented here-syndroom’ staat opschaling in de weg. Nieuwe sympathieke initiatieven zijn te machteloos om grote veranderingen in beweging te kunnen brengen. Daarvoor zijn bestaande belangen te groot, houden financiële prikkels gewenste innovatie tegen en is de institutionele ruimte te druk bezet met tal van organisaties met eigen normeringen en protocollen.

Tegelijkertijd worden de uitdagingen voor de zorg en het sociaal domein steeds complexer en urgenter. Uit de analyse van dit advies maken we op dat een opgavegerichte benadering, zoals die van de SDG's, als voorbeeld kan dienen voor het toekomstige zorginnovatiebeleid in Nederland. We laten ons daarbij onder andere inspireren door Mariana Mazzucato, die pleit voor meer aandacht voor het ‘gemeenschappelijke goede’ in innovatiebeleid.

Een eerste stap is enkele jaren geleden gemaakt met de maatschappelijke missies voor gezondheid en zorg. Die worden echter nog te smal en instrumenteel ingezet. Om de innovatiekracht beter te benutten voor maatschappelijke opgaven hebben we meer nodig dan een missie. We zullen die moeten verbinden aan overheidsbeleid dat uitgaat van vertrouwen en sturing gebaseerd op samenwerking, die zich richt op de intrinsieke bedoeling van beleid en niet op afgeleide doelen als afrekening en controle. We hebben moedige bestuurders nodig. Die beleid niet aanpassen op verzoek van externe toezichthouders, maar omdat het een bijdrage levert aan een kerntaak – het leveren van goede zorg. Die tegenspraak organiseren en kunnen omgaan met weerstand en verlies als gevolg van innovatie. Dit vraagt ook ruimte voor een innovatieve en ‘ontkokerde’ manier van werken binnen de overheid, systeempartijen en zorgaanbieders zelf.

Er is werk aan de winkel. Niet alleen door dingen goed te doen, maar vooral door samen het goede te doen. Niet door innovatie als doel in zichzelf te stimuleren, maar als bijdrage aan het gemeenschappelijke goede, simpelweg: het publieke belang.

Jet Bussemaker

Voorzitter Raad voor Volksgezondheid & Samenleving

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving:
Inspireert en adviseert over hoe we morgen kunnen leven & zorgen.

Samenstelling Raad

Jet Bussemaker, voorzitter
Godfried Bogaerts
Erik Dannenberg
Pieter Hilhorst
Hafez Ismaili M'hamdi
Marleen Kraaij-Dirkzwager
Jan Kremer
Bas Leerink
Ageeth Ouweland
Martijn van der Steen
Stannie Driessen, directeur

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 2022-05

ISBN: 978-90-5732-320-1
Grafisch ontwerp: Studio Duel
Eindredactie: MC Communicatie, Renesse
Druk: Xerox
© Raad voor Volksgezondheid en Samenleving,
Den Haag, 2022

Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie ook downloaden via onze website → www.raadrvs.nl

1 Inhoudsopgave

Voorwoord	6
1 Inleiding	10
2 Maatschappelijke opgaven	13
3 Definities van innovatie	15
4 Stimulering van innovatie: praktijk en beleid	18
4.1 Innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning	18
4.2 Innoveren in de praktijk; een aantal lessen	24
4.3 Spanningen tussen de huidige stimulering van innovatie en maatschappelijke opgaven	30
5 Toekomstperspectief en adviezen	39
5.1 Samengevat: huidige aanpak onvoldoende opgavegericht	39
5.2 Toekomstperspectief: een hernieuwde missiegedreven aanpak op basis van maatschappelijke opgaven	39
5.3 Adviezen voor opgavegerichte innovatie in de zorg en het sociaal domein	44
Bijlage 1 – Lijst geraadpleegde personen	58
Bijlage 2 – Eerdere adviezen van RVS, RVZ en CEG	62
Bijlage 3 – Anders verantwoord	66
Literatuurlijst	68
Vorbereiding en publicaties	75

1 Inleiding

Nederland is een innovatief land. We innoveren veel, ook in de zorg. Investerings in onderzoek brengen nieuwe of verbeterde technologieën en behandelingen voort, zoals operatierobots of nieuwe geneesmiddelen. In plaats van op locatie kan zorg ook op afstand worden geleverd met behulp van nieuwe informatiesystemen; zo kunnen patiënten vanuit huis gezondheidsinformatie delen met een zorgprofessional en daarover op afstand in gesprek gaan. Sinds de start van de coronacrisis is het gebruik van dergelijke toepassingen toegenomen.¹ Ook verbeteringen in de manier van organiseren en werken vinden plaats. Denk aan de opkomst van zorggroepen die verantwoordelijk zijn voor de organisatie en coördinatie van ketenzorg voor onder andere diabetespatiënten.

Maatschappelijke opgaven

Met innovaties probeert men vaak iets bij te dragen aan dat wat belangrijk is voor individuele patiënten of cliënten: goede informatie en communicatie, een minimale belasting (in de zin van reis- of wachttijd) of het nog beter verhelpen van klachten en symptomen. Dit individuele patiëntperspectief is van waarde, maar de huidige maatschappelijke opgaven vragen om een aanvullend perspectief op zorginnovatie: een perspectief dat deze opgaven centraal stelt en dat ook een stap verder gaat dan de traditionele publieke doelen van de sector (kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid).

Zo bestaan er hardnekkige verschillen in de samenleving in termen van gezondheid en leefomstandigheden.² De financiële, de personele en de maatschappelijke houdbaarheid van de zorg en het sociaal domein staan onder toenemende druk.³ Bovendien kent de samenleving opgaven die op het eerste gezicht wat 'verder weg' lijken, maar die wel degelijk verweven zijn met gezondheid en zorg. De klimaat- en de duurzaamheidsopgave zijn hiervan belangrijke voorbeelden.⁴ En we moeten ons verhouden tot groeiende spanningen tussen individuen en groepen in de maatschappij die bij veel van deze opgaven zichtbaar zijn.

De urgentie van deze opgaven werd tijdens de coronacrisis uitvergroot. Maar ook los van deze crisis worden ze in de praktijk sterker zichtbaar en voelbaar. Personeelstekorten leiden tot oplopende wachttijden, onder andere in de ggz, en leiden lokaal soms tot een opnamestop.⁵ Gemeenten ervaren vaker de gevolgen van kansengelijkheid in de samenleving en zoeken naar oplossingen daarvoor.⁶ Hoog tijd dus om te bekijken hoe de Nederlandse innovatiekracht kan worden benut om ook een bijdrage te leveren aan deze maatschappelijke opgaven.

Inzicht in de maatschappelijke waarde van innovaties is op dit moment beperkt of heeft in ieder geval nog beperkt aandacht.⁷ Wat we wel weten uit de literatuur is dat met name specialistische productinnovaties (binnen een vakgebied), makkelijker in de praktijk komen dan veranderingen in processen, werkwijzen en systemen waarbij verschillende beroepsgroepen en organisaties betrokken zijn.⁸ Deze laatste zijn nu net de vormen van innovatie die vanuit maatschappelijke opgaven gezien van belang zijn. Deze opgaven raken namelijk meerdere actoren, zorgorganisaties en financiers, en vragen om innovaties die tegemoetkomen aan de brede gezondheidgerelateerde noden en behoeften van burgers én samenleving.

Centrale vraag en aanpak

Tegen deze achtergrond richt de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) zich in dit advies op de vraag:

↳ Hoe kunnen we stimuleren dat innovaties in de zorg en het sociaal domein bijdragen aan maatschappelijke opgaven?

We richten ons dus niet zozeer op welke specifieke innovaties nodig zijn, maar houden – vanuit het perspectief van maatschappelijke opgaven – vooral *de manier waarop innovatie wordt gestimuleerd* tegen het licht. Hiervoor bestuderen we de ervaringen van innovators en professionals in de praktijk. Innovatieve ideeën ontstaan namelijk veelal van onderop; op de weg van idee naar grootschalige toepassing komen kansen en bedreigingen langs waardoor initiatieven slagen of stranden.⁹ Gedrag en cultuur kunnen dit proces beïnvloeden, maar het overheidsbeleid evenzeer. De overheid kan innovatie gericht stimuleren, maar wetten en regels kunnen innovatie ook belemmeren. Daarom bestuderen we het innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning, en de rol van financiers, systeempartijen en regelgeving. Daarbij richten we ons met name op specifiek op de zorg en het sociaal domein gericht innovatiebeleid.

We baseren onze analyse op interviews en bijeenkomsten met innovators, zorgprofessionals, onderzoekers en vertegenwoordigers van zorgaanbieders, financiers en overheidsorganisaties. Bijlage 1 bevat een volledig overzicht van alle geraadpleegde personen en bijeenkomsten. Daarnaast bestudeerden we literatuur en beleidsdocumenten en woonden we een aantal bijeenkomsten van andere organisaties bij.

Wat schreef de RVS in eerdere rapporten over innovatie?

De RVS heeft in eerdere adviezen aandacht besteed aan het thema innovatie (zie bijlage 2 voor een uitgebreid overzicht). Kort samengevat adviseerden we in deze adviezen dat de overheid zich zou moeten richten op een goede (ICT-)infrastructuur en op het wegnemen van belemmeringen in wet- en regelgeving en bekostiging voor innovatie. Ook vroegen we aandacht voor het informeren, ondersteunen en scholen van burgers en zorgprofessionals. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) vroeg daarnaast aandacht voor een kritische blik vanuit de overheid op kwaliteit van innovaties en een mogelijke toename in gezondheidsverschillen en medicalisering als gevolg ervan. Aan zorgorganisaties en bestuurders adviseerden we met name om veranderingen in cultuur te bewerkstelligen (leer af te stappen van bestaande werkwijzen) en leiderschap te tonen.

We bouwen met dit rapport bovendien voort op onze adviezen *Grenzeloos samenwerken?* en *Zorg op afstand dichterbij?*, waarin de RVS inging op respectievelijk domeinoverstijgende samenwerking en digitalisering in de zorg.^{10,11}

Leeswijzer

Het advies is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 werken we de inhoud van een aantal maatschappelijke opgaven verder uit. Hoofdstuk 3 beschrijft verschillende veelgebruikte definities van innovatie. In hoofdstuk 4 beschrijven we hoofdlijnen van het huidige innovatiebeleid en een aantal (terugkerende) lessen uit de innovatiepraktijk, en lichten we spanningsvelden uit vanuit het perspectief van de maatschappelijke opgaven. In hoofdstuk 5 presenteren we een toekomstperspectief op innovatie(beleid) voor de zorg en het sociaal domein en werken we daarvoor specifieke aanbevelingen uit.

2 Maatschappelijke opgaven

De maatschappelijke opgaven voor de zorg en het sociaal domein zijn groot. Deze opgaven reiken verder dan het cliënt- en professionele perspectief op wat goede, betaalbare zorg is. Volgens de Raad zouden innovaties in de zorg en het sociaal domein ook stevig moeten gaan bijdragen aan *dit type* maatschappelijke opgaven. Op basis van recente RVS-adviezen en andere onderzoeksrapporten denken we onder andere aan de volgende opgaven.

Een van de meest prominente opgaven is de enorme en hardnekkige ongelijkheid in gezondheid. Mensen met een lage sociaaleconomische status leven gemiddeld 5 jaar korter en bijna 15 jaar in minder goede gezondheid.¹² Verschillen in gezondheid in de samenleving zijn bovendien verweven met sociaaleconomische verschillen. Van de Nederlandse bevolking ervaart bijna 30% tekorten op zowel economisch als sociaal vlak en deze groep leeft continu in een situatie van onzekerheid.¹³ Deze verschillen in de samenleving zijn al jaren groot en zullen naar verwachting verder groeien. De RVS wees in dit kader eerder ook op de kwetsbare positie van jongeren en gehandicapten en op de toenemende bestaansonzekerheid.¹⁴

Een tweede grote opgave is de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid van zorg en ondersteuning. De vraag naar zorg blijft stijgen, zodat over 40 jaar 1 op de 3 mensen in de zorg zou moeten werken.¹⁵ Deze stijging van de zorgvraag wordt veroorzaakt door onder andere de vergrijzing en de nog altijd toenemende behandelmogelijkheden. We kunnen steeds meer aandoeningen behandelen en mensen kunnen langer leven en functioneren *met* een aandoening.^a De personele krapte wordt zichtbaar in de groeiende vraag naar huisartsen, verzorgenden en verpleegkundigen. Dit bemoeilijkt in steeds meer regio's het toegankelijk houden van de zorg. Maatschappelijke houdbaarheid gaat over waardering en draagvlak voor zorg en zorgbeleid, en over solidariteit binnen de samenleving. Financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid zijn geen losstaande eenheden, maar zijn in de praktijk sterk met elkaar verbonden.

a Bovendien bestempelen we steeds meer gezondheidsproblemen als zorgvraag. Zie: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2017). Recept voor maatschappelijk probleem. Den Haag: RVS.

De samenleving kent bovendien opgaven die op het eerste gezicht wat ‘verder weg’ lijken, maar die wel degelijk verweven zijn met gezondheid en zorg. Het thema klimaat/duurzaamheid is een van de belangrijkste. Klimaatverandering beïnvloedt onze gezondheid. Daarom is bijvoorbeeld het beperken van de uitstoot van broeikasgassen ook vanuit volksgezondheidsperspectief van groot belang.¹⁶ Dit geldt eveneens voor andere aanpassingen in de *fysieke* leefomgeving ten behoeve van het klimaat. Andersom draagt de zorgsector zelf aanzienlijk bij aan de CO₂-uitstoot in Nederland: volgens recente schattingen ongeveer 7% (een percentage dat vergelijkbaar is met dat in andere westerse landen).¹⁷ Tegen deze achtergrond zijn in 2018 ook afspraken gemaakt over het versnellen van de verduurzaming van de zorgsector.¹⁸

Als laatste zijn bij veel van deze opgaven groeiende spanningen tussen individuen en groepen in de maatschappij zichtbaar, spanningen die kunnen leiden tot stigmatisering of ongewenste verschillen. Vernieuwingen in de zorg en het sociaal domein zullen zich ook daartoe moeten verhouden.

3 Definities van innovatie

Innovatie wordt regelmatig gelijkgesteld aan het toepassen van technologie in de zorg, maar de betekenis is breder. Eenvoudig gesteld betekent innovatie vernieuwing, en vernieuwen kan op vele manieren. Je kunt producten en diensten vernieuwen, maar ook manieren van (samen)werken en organiseren, of systemen. In de literatuur wordt traditioneel het onderscheid gemaakt tussen product-, proces- en systeeminnovaties. Daarnaast wordt de term sociale innovatie steeds meer gebruikt als typering van innovaties die zich richten op maatschappelijke behoeften. In bedrijfskunde en management is meer aandacht voor de gevolgen van innovaties voor de markt en de positie van organisaties daarin. Daaruit volgt het onderscheid tussen disruptieve en niet-disruptieve innovaties (*sustaining innovation*). We lichten deze definities hierna verder toe.

Product-, proces- en systeeminnovatie

Productinnovaties zijn veranderingen in producten of diensten die de organisatie biedt. Een nieuwere en betere versie van een product kan worden beschouwd als productinnovatie. Voorbeelden buiten de zorg zijn elektrische auto's of suikervrije cola. Binnen de zorg valt te denken aan nieuwe medicijnen of therapieën.

Procesinnovaties zijn veranderingen van werkwijzen en aanpassingen in de manier waarop producten gemaakt en geleverd worden. Deze innovatieve processen spelen zich binnen organisaties af en kunnen niet alleen meer efficiency in de bedrijfsvoering opleveren, maar ook het leven van cliënten vergemakkelijken, zoals internetbankieren.¹⁹ Het verplaatsen van taken tussen beroepsgroepen in de zorg of van zorgprofessionals naar burgers is ook zo'n verandering van werkprocessen.

Systeeminnovaties omvatten veranderingen van informatiesystemen, registraties of bekostigingssystemen.²⁰ Kenmerken zijn de langetermijnhorizon en de hoge mate van complexiteit vanwege de betrokkenheid van meerdere disciplines en stakeholders uit verschillende domeinen.²¹ Zo is het persoonsgebonden budget (pgb) een systeeminnovatie. Het vervangt de traditionele zorg in natura. Het idee erachter is dat patiënten zelf meer persoonsgerichte zorg kunnen inkopen met betere uitkomsten.²² Ook de decentralisaties zijn te beschouwen als grote systeeminnovaties.

Overigens is het niet zo dat product-, proces en systeeminnovaties geheel los van elkaar staan. Een productinnovatie kan soms ook leiden tot een ander zorgproces en kan mogelijk ook een systeemaanpassing vragen. Zo zou Buurtzorg als systeeminnovatie beschouwd kunnen worden, maar het initiatief heeft ook elementen van procesinnovatie in zich. Buurtzorg gaat uit van het idee van zelfsturende teams en schafte het 'systeem' van managers, callcenter en planners af.²³

Sociale innovatie

Aan het eind van de 20^{ste} en het begin van de 21^{ste} eeuw ontstaat er meer belangstelling voor sociale innovatie. Voor dat begrip bestaat geen algemeen geaccepteerde of sluitende definitie. Het is een verzamelnaam voor initiatieven van mensen en organisaties gericht op innovatieve oplossingen voor maatschappelijke vraagstukken. De EU definieerde het concept in 2013 als volgt: “De ontwikkeling en implementatie van nieuwe ideeën (producten, diensten en modellen) die aansluiten bij maatschappelijke behoeften en nieuwe sociale relaties en samenwerkingsverbanden creëren.” Een innovatieve oplossing van een maatschappelijke uitdaging resulteert in een product, dienst, organisatiemodel of methode. Sociale innovaties in bestaande praktijken van organisatie, bedrijven, professionals en gebruikers zijn minstens net zo belangrijk als technologische innovaties om complexe praktijkproblemen op te lossen.^{24,25} Het idee is dat een innovatie pas geslaagd is als ze stevig ingebed is in de maatschappij.

Een lokaal voorbeeld van een sociale innovatie in het sociaal domein is LivingLab Bewegvriendelijk Vinkhuizen, waarmee een netwerk van innovators, burgers, gemeente op basis van ideeën van wijkbewoners een wijk beweegvriendelijker probeert te maken.²⁶ Of het initiatief Je Eigen Stek van een zorgorganisatie die een nieuwe vorm van huisvesting realiseert voor voormalig onbehuisden waarin zij zelf en met elkaar projecten oppakken en lotgenoten helpen.^b

Sustaining en disruptieve innovatie

In de bedrijfskundige literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen disruptieve innovaties (volledig nieuw in de wereld) en niet-disruptieve innovaties (doen wat we al doen, maar dan beter).²⁷ Niet-disruptieve innovatie heet in het Engels *sustaining innovation*, een begrip dat zich niet gemakkelijk laat vertalen. Bij het onderscheid wordt vooral benadrukt dat het van belang is de verschillen tussen deze twee te herkennen en daar het beleid als innovator, bestaande speler of overheid op aan te passen.

De jaarlijkse vernieuwing van de iPhone is een voorbeeld van een *sustaining innovation*. Het product blijft in essentie hetzelfde, maar krijgt er nieuwe functies of verbeterde toepassingen bij. Het op een nieuwe manier benaderen van een bestaande dienst kan een geleidelijke stap zijn (incrementeel) of een grote doorbraak vormen. Een voorbeeld in de zorg is het beginnen met het aanbieden van robotchirurgie. Dit betreft een materiële verbetering van minimaal invasieve technieken. Ook het ooit integreren van handen wassen in de routines van zorgmedewerkers is een *sustaining innovation* te noemen.²⁸

^b Je Eigen Stek (JES) heeft sinds januari 2022 een doorstart gemaakt onder een nieuwe naam (<http://www.jeeigenstek.com/>)

Een disruptieve innovatie daagt bestaande organisaties uit of ontwricht ze.²⁹ Volgens de grondlegger van de theorie over ‘disruptieve innovatie’, Clayton Christensen, gaat het om innovaties waarbij een organisatie de markt betreedt met een simpeler product of eenvoudigere dienst gericht op een nieuwe doelgroep of op een doelgroep die door de bestaande spelers onvoldoende wordt bediend.^c In eerste instantie zijn de bestaande spelers zich vaak niet bewust van de bedreiging van de nieuwe toetreders. Deze vernieuwt zijn product echter voortdurend om nieuwe doelgroepen te bereiken en de gevestigde organisaties ook echt uit te dagen. Wanneer de meerderheid uiteindelijk overstapt op het nieuwe product of de dienst, zijn de gevestigde partijen te laat. Zij kunnen de nieuwkomer niet meer evenaren.

Netflix is een voorbeeld van een disruptieve innovatie. Dit begon in een niche, maar wist uiteindelijk via online streaming de traditionele media stevig te beconcurreren. Het in 2014 opgerichte Zweedse bedrijf KRY, internationaal actief op het gebied van telegeneeskunde, kan ook beschouwd worden als een disruptieve innovator.³⁰ Het biedt mensen een platform waarop zij in verbinding kunnen komen met gekwalificeerde zorgverleners (verpleegkundigen, dokters en psychologen) via hun smartphone of tablet. Het aantal consulten dat patiënten via hun digitale technologie en zorgverleners hebben ontvangen, groeit in een toenemend aantal Europese landen en ook daarbuiten met de dag.

^c Dit kan er ook toe leiden dat een nieuwe speler wordt beschouwd als ‘cherry-picker’, zoals dat wel gebeurt met zelfstandige klinieken of een organisatie als Buurtzorg.

4 Stimulering van innovatie: praktijk en beleid

In dit hoofdstuk beschrijven we in paragraaf 4.1 een aantal – voor dit advies relevante – elementen van innovatiebeleid voor de zorg en het sociaal domein. Vervolgens kijken we in paragraaf 4.2 van onderop: welke ervaringen leven er bij innovatie-initiatieven in de praktijk? In paragraaf 4.3 beschrijven we een aantal spanningsvelden tussen praktijk en beleid, denkend vanuit maatschappelijke opgaven.

4.1 Innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning

Innovatiebeleid kent in Nederland een aantal sporen.³¹ Als eerste rijksbreed innovatiebeleid, bestaande uit generieke fiscale maatregelen voor innovatieve bedrijven^d, maatregelen voor het stimuleren van publiek-private samenwerking (voornamelijk het topsectoren en innovatiebeleid, zie verderop in deze paragraaf), en stimuleringsregelingen voor risicodragende financiering voor startups en innovatieve bedrijven (zoals de Seed Capital-regeling, zie verderop in deze paragraaf). Als tweede onderzoeks- en wetenschapsbeleid, bestaande uit de financiering van universiteiten en hogescholen, van Rijkskennisinstellingen (zoals het RIVM en het CPB), en van Toegepast Onderzoek Organisaties (zoals TNO).^e Als derde het kennis- en innovatiebeleid binnen vakdepartementen, zoals bijvoorbeeld het Programma Innovatie en Zorgvernieuwing binnen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

We beschrijven in deze paragraaf een aantal - voor dit advies relevante - elementen van het innovatiebeleid specifiek voor zorg en ondersteuning. Generieke fiscale maatregelen uit het rijksbrede innovatiebeleid laten we daarom buiten beschouwing. Innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning is verspreid over de hiervoor beschreven sporen en daarmee over verschillende ministeries en directies. Ons doel is niet een volledige beschrijving te geven van alle daarbij behorende regelingen en andere beleidsinstrumenten. We lichten elementen van het innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning uit die relevant zijn voor de beantwoording van onze centrale vraag. We gaan bijvoorbeeld niet uitgebreid in op innovatiebeleid voor de ontwikkeling van geneesmiddelen en medische technologie. De beschrijving van het innovatiebeleid betreft een weergave en interpretatie van de RVS.

- d De WBSO en de Innovatiebox zijn voorbeelden van generieke fiscale maatregelen. De Wet Bevordering Speur- en Ontwikkelingswerk (WBSO) stimuleert R&D bij innovatieve bedrijven. De Innovatiebox stimuleert onderzoek en ontwikkeling via belastingtarieven, en versterkt het vestigingsklimaat in Nederland.
- e In dit beleid wordt onderscheid gemaakt tussen de eerste geldstroom (lumpsum-financiering van hoger onderwijsinstellingen) en tweede geldstroom (financiering in competitie van onderzoeksinstellingen) en derde/vierde geldstroom (overige inkomsten en particuliere bijdragen).

We werken de volgende elementen van innovatiebeleid voor zorg en ondersteuning hierna uit: VWS-beleid gericht op het goed laten functioneren van stelsels (wetten, regels, actoren 'in positie zetten'); additioneel VWS-beleid, in de vorm van programma's, subsidieregelingen en platforms, als extra stimulans voor innovatie; de rol van steunpartijen zoals de NZa en Zorginstituut Nederland; en rijksbreed innovatiebeleid met specifieke aandacht voor zorg en ondersteuning. Bij dat laatste kijken we vooral naar het missiegedreven topsectoren en innovatiebeleid (MTIB) van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK), omdat maatschappelijke opgaven een expliciete plek kregen in dat beleid.^f Overigens kunnen de elementen van het beleid die we beschrijven elkaar overlappen en kunnen ministeries, kennisinstellingen en andere (systeem)partijen bij meerdere lijnen betrokken zijn; zo heeft het ministerie van VWS ook inbreng in het rijksbrede innovatiebeleid.

VWS-beleid: stelselwijzigingen centraal

In de jaren 2006 – met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) – en 2015 – met de invoering van de Jeugdwet, Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wmo-2015 – is een aantal grote stelselwijzigingen doorgevoerd. Als gevolg daarvan stond het overheidsbeleid in deze en tussenliggende jaren veelal in het teken van het functioneren van deze nieuwe stelsels. Het ministerie van VWS richtte zich op het vast- en bijstellen van wet- en regelgeving, zodanig dat het samenspel tussen financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten), zorgaanbieders en burgers tot gewenste uitkomsten zou leiden. De onderliggende aanname daarbij was dat zodra het stelsel 'zijn werk doet', ook innovatie zou plaatsvinden in lijn met de doelen van de stelselwijzigingen: kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning. In de curatieve zorg betekent dit dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid hebben om via de inkoop innovatie te stimuleren en nieuwe, betere toetreders te contracteren. In de langdurige zorg hebben zorgkantoren die regierol. En in het sociaal domein hebben gemeenten beleidsvrijheid om te sturen op innovaties in jeugdzorg en ondersteuning, in lijn met lokale behoeften.

Begin jaren 2010 komt er meer gerichte aandacht voor innovatie, ook met betrekking tot zorg en ondersteuning. In het regeerakkoord van 2010 stond dat "zorginnovatie in Nederland te traag gaat". Deze constatering leidde tot een aantal beleidsaanpassingen binnen de contouren van het stelsel. Zo werd in 2012 een extra regeling voor de bekostiging van kleinschalige innovatie-experimenten ingevoerd.³² Vanaf 2012 werd het bovendien mogelijk om innovaties tijdelijk toe te laten tot het verzekerde pakket, waarbij in de tijdelijke periode wordt getoetst of de innovatie voldoende (kosten)effectief is (bedoeld voor relatief dure medische zorg die effectief lijkt).⁹ Ook binnen het geneesmiddelenbeleid zijn systeemaanpassingen gedaan, bijvoorbeeld

- f Voor de leesbaarheid houden we in het gehele rapport de afkorting EZK aan, de afkorting van het huidige ministerie van Economische Zaken en Klimaat. Vòòr 2017 was dit het ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie (2010-2017) en Economische Zaken (1946-2010).
- g Zogenaamde 'voorwaardelijk toegelaten zorg', sinds 2019 grotendeels vervangen door de subsidieregeling 'veelbelovende zorg'. Zie ook <https://wetten.overheid.nl/BWBR0041816/2021-02-01>

ter bevordering van de toegang tot innovatieve weesgeneesmiddelen (oktober 2019).^h Een ander voorbeeld is de invoering van een nieuwe bekostiging van de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg in 2015, met daarin een specifiek segment voor zorgvernieuwing.ⁱ

Additioneel VWS-beleid

In de jaren 2000 initieerde het ministerie van VWS – in aanvulling op de stelsel-aanpassingen – een aantal programma's om innovatie in specifieke sectoren te stimuleren, zoals Sneller Beter voor ziekenhuizen (2004-2008) en Zorg voor Beter voor zorginstellingen in de langdurige zorg (2005-2011). Sinds 2012 kreeg dergelijk additioneel overheidsbeleid veel steviger vorm. Zo richtten verschillende overheids-partijen het platform Zorgvoorinnoveren op, in samenwerking met onder andere ZonMw en de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland. Zorgvoorinnoveren is een centraal aanspreekpunt vanuit de overheid dat informeert, adviseert en verbindt om zorginnovaties succesvol te laten verlopen en dat gebruikt wordt om knelpunten te signaleren.³³

Onder het Programma Innovatie en Zorgvernieuwing, dat in 2015 startte en nog steeds loopt, bracht het ministerie van VWS verschillende beleidsinitiatieven samen. Het programma richt zich op digitalisering van zorg, met als een van de belangrijkste bovenliggende doelen om daarmee de 'organiseerbaarheid van de zorg' te verbeteren (adresseren van personeelsschaarste).³⁴ De minister van VWS stelde voor de periode 2014-2018 daarvoor 3 gerichte doelstellingen op, waaronder betere toegang tot medische informatie voor patiënten.^j Met het stimuleren van digitale zorg werd ook beoogd om patiënten meer zelfregie te geven en meer zelfredzaam te maken. Belangrijk uitgangspunt van het programma is dat het ministerie de sector faciliteert, stimuleert en aanjaagt zonder verantwoordelijkheden van partijen over te nemen.³⁵ Met andere woorden, financiers en zorgaanbieders maken onderling zelf financiële afspraken, ook over innovatie, en zorgaanbieders en zorgprofessionals geven vorm aan de praktijk van zorg en ondersteuning.

Vanaf 2015 startten extra initiatieven voor het verstevigen van de randvoorwaarden voor het toepassen van digitale zorg. Het vorige kabinet zette deze beleidslijn voort. Zo gaven de ministers in 2020 aan "met het programma Innovatie en Zorgvernieuwing vol in te zetten op opschaling van digitale zorg".³⁶ Er bestaan verscheidene subsidieregelingen voor het stimuleren van digitale zorg, onder andere de stimuleringsregeling e-health thuis (SET), de Innovatie Impuls Gehandicaptenzorg, meerdere subsidies voor het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen en

h Nieuwe voorwaardelijke toelating weesgeneesmiddelen. Kamerstukken, vergaderjaar 2019-2020, 29 477, nr. 621.

i Het driesegmentenmodel bestaat uit: segment 1) basisvoorziening huisartsenzorg; segment 2) programmatische multidisciplinaire zorg; segment 3) resultaatbeloning en zorgvernieuwing.

j De 3 ambities van de minister van VWS voor de periode 2014-2019: 80% van de chronisch zieken moet toegang hebben tot medische informatie, 75% van de chronisch zieken en kwetsbaren kunnen zelf metingen uitvoeren, en iedereen met zorg en ondersteuning thuis heeft de mogelijkheid om op afstand een zorgverlener te raadplegen.

standaarden (VIPP programma's) en een subsidieregeling voor het inzetten van een coach die helpt bij implementatie en opschaling van innovatie in zorgorganisaties.^k Bovendien is gewerkt aan het wetsvoorstel op elektronische gegevensuitwisseling in de zorg, dat moet zorgen voor meer standaardisatie in informatie.^l Het Informatieberaad, een bestuurlijke samenwerking tussen talrijke deelnemers uit het zorgveld en het ministerie van VWS, is nu verantwoordelijk voor de ontwikkeling van een basis waarin zorggegevens veilig en betrouwbaar uitgewisseld kunnen worden.³⁷

Verder zijn additionele platforms, informatiebronnen en bijeenkomsten opgezet, zoals Zorgvannu.nl, de E-healthmonitor en de E-healthweek (nu Slimme Zorg Estafette). Op deze plekken delen onder andere professionals en patiënten kennis en ervaringen omtrent innovatie en worden vragen uit de praktijk beantwoord. Het ministerie van VWS ondersteunt kennisverwerving en -verspreiding bovendien door financiering van onderzoeksprogramma's via ZonMw. ZonMw laat op programmatische wijze vele projecten en onderzoeken uitvoeren op het gebied van gezondheid, preventie en zorg. Dit beslaat een breed terrein; van innovatie rondom geneesmiddelen tot en met methoden gericht op het tegengaan van pesten op school, en van fundamenteel onderzoek tot praktijkgerichte programma's.³⁸ ZonMw beoogt (steeds meer) verbinding aan te brengen tussen beleidswijzigingen en praktijk en te voorzien in kennisverwerving (lerend vermogen) vanuit praktijkervaringen.^{m,n} Het Future Affordable & Sustainable Therapies (FAST) initiatief, een gezamenlijk initiatief van de ministeries van VWS en EZK, is een ander voorbeeld van kennisverspreiding, in dat geval gericht op kennis over therapieontwikkeling.

De landelijke overheid stelde zich bovendien tot doel om partijen nog actiever aan te sporen tot innovatie (als voorbeeld: stimuleren van zorgverzekeraars om vaker meerjarencontracten te sluiten met zorgorganisaties, omdat innovaties een meerjarenperspectief vragen). Dit actief stimuleren gebeurt ook vanuit de beweging Juiste Zorg op Juiste Plek, waarin middelen beschikbaar zijn gesteld, via de subsidieregeling JZOP en de transformatiegelden medisch-specialistische zorg, om nieuwe initiatieven te faciliteren. Ook het beter gebruik van elders ontworpen innovaties komt meer onder de aandacht.³⁹ De overheid participeert in initiatieven die het doel hebben om aanbieders en professionals beter toe te rusten voor vernieuwing, bijvoorbeeld via een landelijk kennisprogramma voor digitale vaardigheden (www.digivaardigindezorg.nl).

k Een overzicht van bestaande regelingen is te vinden in "Regelingen voor extra stimulering van digitale zorg" op zorgvannu.nl.

l Dit wetsvoorstel regelt dat zorgverleners kunnen worden verplicht om bepaalde gegevens uit te wisselen en stelt eisen aan de taal en techniek van die gegevensuitwisseling.

m Zie bijvoorbeeld <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid/grip-op-onbegrip>.

n Circa 80 % van de opdrachten van ZonMw komt van vakdepartementen, voornamelijk van VWS, zie Tweede Kamer (2021/2022) Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2022. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 35 925 XVI, nr. 1.). De overige 20 procent komt van NWO.

Rol van systeempartijen

Systeempartijen zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorginstituut Nederland spelen in het stelsel een faciliterende en stimulerende rol door informatie te delen over de ruimte voor innovatie binnen de bestaande bekostigingsstructuren, kwaliteitskaders en toegangscriteria van het basispakket. Bovendien onderzoeken zij zelf waar aanpassingen in onder andere kwaliteitsstandaarden en bekostigingsregels nodig en mogelijk zijn, zodat deze de zorgprofessionals en organisaties niet meer onnodig belemmeren bij innovatieprocessen in de praktijk.^o Een recent voorbeeld is de verruiming van de mogelijkheden voor het vergoeden van digitale zorg in de medisch-specialistische zorg.

In de functie van toezichthouder is de NZa ook verantwoordelijk voor het toezicht op zorgverzekeraars en zorgkantoren. Als zij het nalaten om in de zorginkoop de regierol te vervullen die hen is toebedeeld in het stelsel, kan de NZa hen daarop aanspreken, zoals recent gebeurde richting zorgkantoren.⁴⁰ De Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) stimuleert innovatie door het toezicht meer te richten op het leren en verbeteren van organisaties (hoe worden afwegingen gemaakt) en een goed functionerend netwerk rondom de patiënt.⁴¹ De IGJ ziet op deze manier toe op de 'omgevingssensitiviteit' van aanbieders. Verder heeft de IGJ een toetsingskader opgesteld om te beoordelen of de juiste randvoorwaarden (bijvoorbeeld goed bestuur, patiëntparticipatie en informatiebeveiliging) aanwezig zijn bij zorgaanbieders voor goede toepassing van digitale middelen.⁴²

Rijksbreed innovatiebeleid - (Missiegedreven) Topsectoren- en innovatiebeleid

Vanuit het ministerie van EZK ontstonden eveneens beleidsinitiatieven op het terrein van zorginnovatie. Die initiatieven passen in een lange traditie, sinds de jaren 70, van EZK als coördinator van het algemene innovatiebeleid. Dit beleid richtte zich door de jaren heen met name op technologische ontwikkeling, het vergroten van het concurrentie- en verdienvermogen van bedrijven, wetenschap en kennisontwikkeling, en publiek-private samenwerking tussen kennisinstellingen en bedrijfsleven.⁴³ In 2005 werd gestart met het stimuleren van de concurrentiekracht van een aantal bewezen sterke sectoren, zogenoemde 'sleutelgebieden'. Life sciences & gezondheid was een van deze gebieden. In 2011 kwam hiervoor het Topsectoren en innovatiebeleid in de plaats, met hetzelfde Life Sciences & Health nu als topsector. Per topsector brengt EZK publieke en private middelen samen ten behoeve van innovatie. Een belangrijke drijfveer achter het topsectorenbeleid was de behoefte om de 'BV Nederland' na de financiële crisis een sterke economische impuls te geven. Hierdoor lag – en ligt nog altijd – de focus op (tijdelijke) financiering van hoogtechnologische innovatie en fundamenteel onderzoek, met nadruk op biotechnologie, farmacie, medische technologie en data.⁴⁴ De subsidiecriteria van het topsectoren- en innovatiebeleid passen ook bij deze focus.^p

^o Een voorbeeld hiervan is de Digitale Zorgzandbak, die in 2020 van start is gegaan. Zie voor meer info <https://www.zorgzandbak.nl>

^p Een project moet onder andere 'fundamenteel onderzoek, industrieel onderzoek of experimentele ontwikkeling omvatten', van wetenschappelijk kwalitatief hoog niveau zijn, maatschappelijk en economisch toegevoegde waarde hebben. Zie: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035474/2022-02-09>

In 2018 werden voor het topsectoren- en innovatiebeleid een aantal maatschappelijke missies opgesteld, om te stimuleren dat innovaties - aan de hand van concrete doelen - zouden bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke uitdagingen. Daarvoor werd gebruik gemaakt van het gedachtegoed van de Italiaans-Amerikaanse topeconoom Mariana Mazzucato die het idee om te innoveren vanuit missies naar Nederland bracht. De missies voor het maatschappelijk thema Gezondheid en Zorg (zie hiernavolgend kader) werden in 2019 geformuleerd door de ministeries van VWS en SZW, mede op basis van raadpleging van veldpartijen. De uitvoering van het nu *Missiegedreven* Topsectoren- en Innovatiebeleid (MTIB) bleef sindsdien onder verantwoordelijkheid van EZK.⁴⁵ De missies dienen als richting voor het aanjagen en co-financieren van publiek-private samenwerkingen op het gebied van innovatie. Zo moeten subsidieaanvragen verbonden worden aan een missie.⁴⁶ Het totale budget van het MTIB, bestaande uit publieke en private bijdragen, was in het jaar 2020 €4,9 miljard, waarvan ruim € 1 miljard voor Gezondheid en Zorg (en daarnaast ruim €0,5 miljard voor inzet van sleuteltechnologieën die ook inzetbaar zijn in de zorg).⁴⁷ Het budget bestaat uit directe en indirecte (vanuit reeds lopende programma's en werkzaamheden) bijdragen van private en publieke partijen. Onder de publieke partijen vallen kennisinstellingen (zoals UMC's, RIVM en ZonMw) en departementen. Health-Holland is gevraagd de coördinatie van de uitvoering van de missies van Gezondheid en Zorg op zich te nemen. Een interessante ontwikkeling vanuit het MTIB zijn de fieldlabs (zogenaamde GROZ-initiatieven).^q Dit zijn regionale samenwerkingsverbanden waarin burgers, zorgorganisaties en financiers werken aan sociale innovaties. In 2020/2021 zijn een aantal van deze fieldlabs van start gegaan.^r Overigens is het aandeel van de fieldlabs in het totale budget zeer beperkt.

Binnen het MTIB hebben overheden, kennisinstellingen, zorgorganisaties en bedrijven afspraken en voornemens over hun innovatieambities vastgelegd in het zogenaamde Kennis en Innovatie Convenant 2020-2023. Nadrukkelijk stelden deze partners vast dat het realiseren van de missies afhankelijk is van 'inhoudelijke afstemming tussen alle betrokkenen via het gezamenlijk programmeren en het verbinden en versterken van netwerken'. Naast budgetten, zo staat in het convenant, zijn ook wet- en regelgeving, gedragsbeïnvloeding en overheidsinkoopbeleid van invloed op het succes van de missies.⁴⁸ Dat de innovatieafspraken in een convenant (in plaats van contract) zijn vastgelegd geeft aan dat de innovatie-intenties niet in recht afdwingbaar zijn en ook niet verbonden zijn aan resultaatverplichtingen. De inzet van de partners is gebaseerd op bereidwilligheid en onderling vertrouwen.

^q GROZ is een anagram van het woord zorg en staat voor de kanteling die deze initiatieven proberen te realiseren, namelijk niet langer de Z van ziekte vooraan maar de G van gezondheid.

^r Ieder fieldlab beslaat een of meerdere wijken. In 2020 startten fieldlabs in wijken in Eindhoven, Deventer en Utrecht.

Missies voor het maatschappelijke thema Gezondheid en Zorg van het Missiegedreven Topsectoren en Innovatiebeleid (MTIB)

Centrale missie: In 2040 leven alle Nederlanders ten minste 5 jaar langer in goede gezondheid en zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% afgenomen.

Missie I: In 2040 is de ziektelast als gevolg van een ongezonde leefstijl en ongezonde leefomgeving met 30% afgenomen.

Missie II: In 2030 wordt zorg 50% meer (of vaker) in de eigen leefomgeving (in plaats van in zorginstellingen) georganiseerd, samen met het netwerk rond mensen.

Missie III: In 2030 is van de mensen met een chronische ziekte of levenslange beperking het deel dat naar wens en vermogen kan meedoen in de samenleving met 25% toegenomen.

Missie IV: In 2030 is de kwaliteit van leven van mensen met dementie met 25% toegenomen.

Sinds 2020 investeert de regering ook via het Nationaal Groeifonds, een initiatief van het ministerie van EZK en Financiën, in innovatie ten behoeve van economische groei op lange termijn. Het Nationaal Groeifonds omvat een investering van in totaal € 20 miljard tussen 2021 en 2025. Projectvoorstellen worden beoordeeld door een onafhankelijke commissie, op basis van het verwachte effect op langetermijngroei van de Nederlandse economie en weging van maatschappelijke voor- en nadelen. Uiteindelijk besluit het kabinet of geld wordt toegekend aan een project. Binnen de pijler Onderzoek, ontwikkeling en innovatie zijn ook projecten over gezondheid en zorg opgenomen, met als onderwerpen: datagedreven zorg (Health-RI), regeneratieve gezondheidszorg en kunstmatige intelligentie (AiNed)). Recent zijn in een tweede ronde van het Nationaal Groeifonds middelen toebedeeld aan nieuwe projectvoorstellen, onder andere over technische faciliteiten voor de farmaceutische industrie, over het verbeteren van kankeronderzoek en over biotechnologie (ruim € 600 miljoen). Naast het Groeifonds zijn er investeringsfondsen die, via de zogenaamde Seed capital regeling, investeren in start-ups die digitale toepassingen in de zorg willen opschalen (met als doel meer zelfregie, zelfzorg en zelfredzaamheid van patiënten en ondersteuning van professionals).

4.2 Innoveren in de praktijk; een aantal lessen

In deze paragraaf beschrijven we wat zorgorganisaties, innovators, burgers en zorgprofessionals in de praktijk nodig hebben voor innovatie. Op basis van literatuur en gesprekken met deskundigen distilleren we een aantal belangrijke lessen.

↳ Innovaties vragen om aansluiting bij de dagelijkse zorgpraktijk en andere verdienmodellen

Het op grotere schaal in de praktijk brengen van (opgavegerichte) innovaties komt niet vanzelf tot stand. Dit vraagt om innovatieprojecten die inspelen op de dagelijkse zorgpraktijk waarin innovaties in het samenspel tussen burgers, zorgprofessionals en andere betrokken moeten worden toegepast. Vandaar dat het in een vroeg stadium betrekken van verschillende 'stakeholders' en het leren kennen van hun behoeften essentieel is. Denk aan cliënten, of zorgverleners van verschillende niveaus, maar ook aan regelgevende en toezichhoudende instanties en bewonersverenigingen. Oftewel: degenen die de innovaties moeten inbedden in de maatschappij en ervoor moeten zorgen dat deze onderdeel worden van de beoogde systeemveranderingen. Een cruciaal element hierin is het, in verbinding met financiers en/of landelijke overheid, toepassen van nieuwe verdienmodellen en het afbouwen van bestaande verdienmodellen die gewenste verandering tegenhouden. Voor zorgaanbieders is er namelijk niet altijd een prikkel om te vernieuwen, waardoor het maken van een goede businesscase en het bereiken van gedragsverandering moeilijk is.⁴⁹ In de praktijk wordt nog altijd ervaren dat de huidige wijze van betalen voor zorg en ondersteuning hierin belemmerend werkt en gewenste vernieuwing zelfs kan tegenhouden (in paragraaf 4.3 bespreken we dit in meer detail).^{50,51,52,53}

↳ Ruimte en vertrouwen zijn nodig om te kunnen proberen, reflecteren en leren

In die dagelijkse praktijk van burgers, professionals en zorgorganisaties is ruimte nodig om innovaties voorbij de experimentfase te krijgen. Ruimte in tijd en middelen om te proberen, reflecteren en leren, waarbij er aandacht is voor het eindproduct, maar evenzeer voor de kwaliteit van het proces en daarmee indirect ook voor een nog beter eindresultaat.⁵⁴ Bovendien is ruimte nodig voor het kunnen afbouwen of verlaten van oude werkwijzen. Hierbij hoort leren van eerdere ervaringen, zodat het wiel niet telkens opnieuw uitgevonden hoeft te worden. Hierbij hoort ook vertrouwen van bestuurders en toezichhouders, zodat degenen die vernieuwingen in de praktijk moeten brengen dit kunnen uitproberen en er bijstelling mogelijk is. Systematisch leren met elkaar vergt een coördinatie die boven partijen en sectoren uitstijgt.^{55,56}

↳ **Verbinding en leiderschap zijn nodig om te kunnen omgaan met verschillende perspectieven en belangen**

Innovatie vindt in de praktijk vaak plaats in een context die complex en dynamisch is, met veel spelers en met allerlei belangen (wel en niet gevestigd) die botsen.⁵⁷ Dat vraagt om grote diversiteit aan spelers (burgers, zorgprofessionals, innovators, overheid, financiers, kennisinstellingen) in kennisnetwerken en samenwerkingsverbanden. Bovendien leren praktijkvoorbeelden dat toegewijde en volhardende kartrekkers onontbeerlijk zijn. Dat wil zeggen, leiderschap en management die verandering steunen vanuit een gedeelde visie en zich daaraan committeren. Anders innoveren wil volgens TNO zeggen dat sociale, organisatorische en institutionele innovaties hand in hand moeten gaan met technologische doorbraken.⁵⁸ Zonder doorzettingsvermogen is de bijna onvermijdelijke hindernis van potentiële ‘verliezers’ van innovatie (organisaties die zich door de vernieuwing bedreigd voelen) niet te doorbreken.

↳ **Praktijklessen komen juist bij opgavegerichte innovatie naar voren**

Volgens de RVS zullen de genoemde lessen uit de praktijk juist bij opgavegericht innoveren sterk naar voren komen. Maatschappelijke opgaven zoals gezondheidsverschillen verkleinen of de zorg houdbaar houden overstijgen de kaders en rollen van individuele zorgaanbieders, beroepsgroepen en financiers. Het is helder dat deze opgaven meer vragen dan veranderingen binnen één sector, waardoor factoren als het betrekken van stakeholders, managen van belangen, leiderschap en samenwerking prominent naar voren zullen komen.

Beschrijving van een aantal innovatie initiatieven uit de praktijk

In deze tekstbox beschrijven we een aantal voorbeelden van innovatie trajecten, die op onderdelen en elk op hun eigen manier hiervoor genoemde praktijklessen illustreren. De beschrijving van de casussen betreft een interpretatie van de RVS en is dus niet herleidbaar naar uitspraken of opvattingen van geïnterviewde betrokkenen.

Anders denken, doen en organiseren (ADDO)

In 2015 ontwikkelden 10 organisaties rond wonen, zorg en welzijn en de gemeente Oss een compleet andere manier van samenwerken in de wijk Ruwaard. Zij formuleerden aan de hand van data van de lokale bevolking een *gezamenlijk visie*: ‘Een vitale wijk waar wijkbewoners tegen lagere kosten een betere (positieve) gezondheid ervaren.’ Aan deze maatschappelijke opgave, waarbij het *belang van de burger voorop staat en het (deel)belang van de aanbieders wordt ‘opgegeven’*, hebben deze organisaties een samengevoegd budget gekoppeld (wijkbudget met

Wmo- en welzijnsgeld). Professionals worden *beoordeeld op hun bijdrage aan de gemeenschappelijke opgave, ofwel het vraagstuk van de burger*. En dus niet op de omzetverhoging van hun organisatie. Ze zitten gezamenlijk aan tafel (multidisciplinair overleg), bouwen ter plekke bruggen tussen domeinen en ervaren zodoende een grote gemeenschappelijke potentie in plaats van onderlinge concurrentie. Deze andere manier van (samen)werken, organiseren en bekostigen vormt de kern van de innovatie. Deze veranderaanpak heeft de naam Anders denken, doen en organiseren (ADDO).

Bestuurders van de deelnemende organisaties ondersteunen deze gebiedsgerichte en integrale samenwerking (*commitment op alle niveaus*) en *geven hun professionals de ruimte en vertrouwen* (‘koninklijke ondersteuning’) om te doen wat zij nodig achten. Dit is bijzonder omdat aan ruimte in tijden van schaarste aan personeel en middelen nu juist structureel gebrek is. De wijze van betalen is ook op de integrale samenwerking aangepast; de deelnemende zorgorganisaties (Brabant wonen, Brabant Zorg, CZ, de gemeente Oss, de GGD, GGZ Oost Brabant, ONS welzijn, Pantein, VGZ, Amarant, Interzorg, Opmaat Brabant en de politie) uit het sociaal domein werken met één geïntegreerd budget. Deze organisaties krijgen dus niet langer betaald voor het leveren van een product of activiteit (p x q). Daarmee hebben ze in feite een verdienmodel omarmd dat afwijkt van het gebruikelijke verdienmodel binnen het huidige systeem.

De behoefte van de kwetsbare burgers is het startpunt in de ADDO-werkwijze. Aan hen wordt actief en in hun eigen leefomgeving gevraagd: wat wil je, wat kun je en wat heb je nodig? Zij krijgen de uitnodiging ‘mede-eigenaar’ te worden van een eventueel project of maatwerkoplossing (bijvoorbeeld Huis van de Wijk) en raken zo meer *sociaal ingebed* en hoopvol over hun perspectieven. Om voortdurend te leren van ervaringen nemen burgers, professionals, managers en bestuurders regelmatig vrijwillig deel aan zogenoemde *leertafels* die worden georganiseerd rondom een thema, bijvoorbeeld armoede. Dit levert concrete lessen op voor andere manieren van organiseren, die vervolgens weer hun weg vinden naar de praktijk. Door steeds casussen aan te pakken en bij te houden, brengen de initiatiefnemers ook de opbrengsten zo goed mogelijk in kaart. Inmiddels passen meerdere gemeenten het ADDO-concept toe.

Garage2020

Garage2020 werkt aan ‘radicale innovatie’ met nieuwe grensoverschrijdende vormen van jeugdhulp die kinderen, jongeren, ouders en hun omgeving samen in staat stellen kansrijk op te groeien. Door *vormen te ontwikkelen die beter aansluiten bij de belevingswereld van de gebruikers*, beogen de initiatiefnemers traditionele vormen van jeugdhulp overbodig te maken en het kind sterk te laten opgroeien. Garage 2020 ontwikkelt het *innovatieproces met de jongeren zelf* en met een *breed netwerk* aan mensen buiten het zorgsysteem die anders durven denken en afstand nemen van de drukte van reguliere organisatieprocessen. De initiatiefnemers hebben alle kinderen in Nederland voor ogen, *niet de eigen organisatie*. Voor en met dak- en thuisloze jongeren ontwikkelt Garage2020 bijvoorbeeld een

nieuw woonconcept dat verder gaat dan alleen een dak boven hun hoofd. ‘Terug naar Eigenwaarde’ ontwerpt plekken voor hen waar zij hun zelfvertrouwen en eigenwaarde kunnen terugvinden. Daar kunnen ze zich ontwikkelen en eigen keuzes maken, met ondersteuning waar nodig. Met opvoedrobot Luna onderzoekt en test Garage2020 hoe zorg en technologie elkaar kunnen versterken. Hoe kan robotica de autonomie en het zelfvertrouwen vergroten van ouders met een licht verstandelijke beperking bij het opvoeden van hun kind?

Garage2020 wordt vanuit verschillende bronnen betaald: financiering van betrokken aanbieders en projectfinanciering vanuit gemeenten en fondsen. Fondsenwerving is echter lastig en vormt vaak een *tijdelijke oplossing*. Als een product is ontwikkeld, zoekt Garage2020 financiers en nieuwe eigenaren onder toekomstige gebruikers, zoals opvoedrobot Luna. Dan moet het zichzelf bedruipen, los van Garage2020. Ook deze *stap naar een verdienmodel voor in de reguliere praktijk blijkt vaak lastig te maken*. Garage2020 ervaart dat de beperkte structurele gemeentelijke budgetten voor jeugdzorg hier ook een rol in spelen. Die bieden volgens hen *onvoldoende ruimte* voor het in de praktijk brengen van innovatie.

OZOverbindzorg

OZOverbindzorg is een beveiligd online programma, waarmee alle mensen die betrokken zijn bij een cliënt met elkaar en met de hulpvrager kunnen communiceren. Zo kunnen familie, wijkverpleegkundige, huisarts, apotheker of schoolleeraren van kinderen de zorg *afstemmen*. Wie wat mag zien, bepaalt de cliënt. De hulpvragers hebben zelf de regie over de communicatie. Het programma bespaart de mantelzorger of patiënt veelvuldig bellen naar *verschillende partijen*. Met één bericht kan iedereen op de hoogte worden gebracht. Ook kan de cliënt of mantelzorger een niet-spoedeisende hulpvraag stellen aan de huisarts, en kunnen zij foto's delen. De web-app is alleen voor communicatie, niet voor inzage in medische dossiers of zorgplannen.

OZOverbindzorg ontstond in 2013 vanuit een gezondheidscentrum in Luttenberg. Het nabije verzorgingshuis ging dicht. De ouderen die daar woonden moesten verhuizen, waardoor zij hun dagbesteding kwijtraakten. Cindy Hobert, praktijkmanager van het gezondheidscentrum, vreesde dat deze ouderen tussen wal en schip zouden vallen en bedacht met een ict'er een lokaal platform om ouderen te helpen zichzelf te redden.

Momenteel is OZOverbindzorg beschikbaar in Gelderland, het grootse deel van Overijssel, de stad Utrecht, Flevoland en de Peelregio. De ambitie is landelijk dekkend te worden. *Belangentegenstellingen* belemmeren dat momenteel, menen de initiatiefnemers: 'Alle professionele partijen hebben eigen (samenwerkings)ICT en dus eigen belang. Deze ICT willen ze leidend laten zijn in samenwerking terwijl ze maar tijdelijk in iemands leven betrokken zijn'.

Omdat het programma niet van zorgaanbieders zelf is, denkt Holbert dat zij minder geneigd zijn er een succes van te maken. De innovator moet *stakeholders* nu stuk voor stuk *enthousiasmeren*. Als een huisartsengroep de waarde van het platform

ziet, zullen ook de gemeente, de thuiszorg, de apothekers, welzijnswerkers, ggz-instellingen, het onderwijs meegenomen moeten worden. *Voorfinanciering* is een ander probleem. Als de overheid dat doet, lijkt het al snel staatssteun. Verzekeraars kiezen ook niet. Huisartsen hebben bijvoorbeeld al VIPLive. Dat is een regionaal platform waarop zorgverleners onderling kunnen samenwerken, maar waarop cliënten en mantelzorgers niet aangesloten zijn.

MedApp

MedApp is begonnen als start-up van een apotheker en een informaticus. Van meet af aan wilden de oprichters patiënten met chronische aandoeningen helpen in de dagelijkse omgang met hun ziekte en het gebruik van hun medicijnen. De dienstverlening van de app-only apotheek werd zodoende ontwikkeld rondom de individuele behoeften van gebruikers. De app biedt een slimme medicijnenwekker, heeft alle bijsluiters beschikbaar en houdt voorraden bij. Met de app kunnen gebruikers herhaalrecepten aanvragen en laten bezorgen.

De app kan bijdragen aan een meer houdbaar en klimaatvriendelijk medicijngebruik. Mensen vergeten namelijk vaak hun medicijnen in te nemen en 60% gebruikt ze verkeerd. Dit leidt niet alleen tot verspilling en milieubelasting, maar ook tot stagnerende gezondheidsverbeteringen. Mensen kunnen hun medicijnen bovendien via de app regelen, zonder naar de apotheek te hoeven.

Gevestigde apothekers waren niet blij met de komst van deze innovatieve concurrent (*botsende belangen*). De initiatiefnemers verdienen namelijk aan het deel van de zorg dat normaal gesproken naar de apotheek zou gaan. Als een apotheek niet met MedApp wil samenwerken, dan regelen de initiatiefnemers dat een andere apotheek de medicijnen bij de gebruiker thuisbezorgt. Het Nederlandse bedrijf is in mei 2021 overgenomen door het beursgenoteerde Shop Apotheke Europe, en richt zich – mede door de *weerstand* in Nederland – op andere landen. Nu kunnen zij ook in Nederland receptplichtige medicijnen aanbieden.

Werk als beste zorg

In 2017 startte de pilot 'Werk als beste zorg', gericht op het naar werk leiden van mensen met ernstige psychische kwetsbaarheden. Ze wonen ofwel in een instelling ofwel thuis en hebben veel begeleiding nodig. De Sociale Dienst Drechtsteden, GGZ-organisatie Yulius en zorgverzekeraar VGZ sloegen de handen ineen om deze mensen aan werk te helpen.

Wanneer iemand met psychische uitdagingen een betaalde baan krijgt, levert dat uiteindelijk winst op voor alle partijen: voor de cliënt een hogere kwaliteit van leven, voor de uitkeringsverstrekker minder uitgaven aan uitkeringen en voor de gemeente en de verzekeraar minder uitgaven aan Wmo- en ggz-zorg. Sommige kandidaten konden door de gezamenlijke inzet na 10 of 20 jaar solliciteren eindelijk aan het werk en leefden daarvan op.⁵⁹ De nieuwe werkwijze is standaard geworden en wordt inmiddels breder ingezet.⁶⁰

Het *samenwerken met de verschillende grote organisaties* bleek niet vanzelf te

gaan. Iedereen spreekt zijn *eigen taal en heeft zijn eigen logica*. Ook had aanvankelijk niemand echt eigenaarschap over de samenwerking. Daarom hebben de samenwerkingspartners een *sleutelfiguur* ingezet: iemand die alle tijd en energie kan inzetten om de samenwerking goed vorm te geven.

Bij het samenwerkingsverband is ook de gemeente betrokken. De partners onderzoeken de barrières en werkzame elementen van de werkwijze om te zien hoe het initiatief ook landelijk toepasbaar is. Dit *leerproces* vergt openheid en transparantie. De zorgorganisatie moet aan de zorgverzekeraar informatie prijsgeven die ze normaal gesproken liever niet deelt. De verzekeraar wilde de zorgorganisatie en ook de gemeentelijke sociale dienst echter wel financieren om dit initiatief mogelijk te maken. Dat een verzekeraar een gemeente financieel steunt (in dit geval met de financiering van een sleutelfiguur) is uitzonderlijk, omdat het geen zorginstelling is. Ook de begeleiding van de cliënten op hun werkplek is kostbaar. Deze begeleiding kost *tijd en mensen* die nu juist schaars zijn.

4.3 Spanningen tussen de huidige stimulering van innovatie en maatschappelijke opgaven

In deze paragraaf beschrijven we een aantal spanningen tussen de huidige stimulering van innovatie en dat wat nodig lijkt voor het innoveren ten dienste van maatschappelijke opgaven. Hiervoor maken we gebruik van paragraaf 4.1 en 4.2 over de opzet van het huidige beleid en de lessen uit de praktijk.

We onderscheiden daarin 3 hoofdpunten:

1. Innoveren moet *binnen* bestaande stelsels en structuren, maar maatschappelijke opgaven kruisen daar *doorheen* (4.3.1).
2. Deelbelangen zijn sterker dan het maatschappelijk belang (4.3.2).
3. Faciliteren en stimuleren brengt beweging, maar ook experimenten zonder vervolg en impact op de lange termijn (4.3.3).

4.3.1 Innoveren moet binnen bestaande stelsels en structuren, maar maatschappelijke opgaven kruisen daar doorheen

Het huidige beleid is gericht op het stimuleren van innovatie waarbij de kaders van de bestaande zorgstelsels en de rollen van onder andere financiers, toezichthouders en regelgeving (bekostigingssystemen) in grote lijnen onveranderd blijven. De zorg kent veel gespecialiseerde deelsectoren met eigen structuren qua financiering, kwaliteit en bekostiging. De beleidsstrategie is dat innovatie in principe binnen die context en structuren moet plaatsvinden.

Een belangrijk kenmerk van de maatschappelijke opgaven is echter dat ze de kaders en de rollen van individuele partijen overstijgen. Het is volstrekt helder dat deze

opgaven meer vragen dan veranderingen binnen één sector. Zo vraagt de aanpak van gezondheidsverschillen inzet vanuit de zorg en het sociaal domein (en de verbindingen daartussen). Een ongezonde leefstijl heeft alles te maken met de positie die mensen innemen in de samenleving en met de fysieke en sociale leefomgeving. En het houdbaarheidsvraagstuk grijpt in op het samenspel tussen professionele zorgorganisaties, netwerken rond mensen (informele zorg) en digitale middelen.

Dat innovaties *binnen* de bestaande stelsels en structuren moet plaatsvinden, is daarom een knellend uitgangspunt voor het innoveren vanuit maatschappelijke opgaven. Nieuwe zorgconcepten, waarbij zorgorganisaties en professionals oplossingen zoeken die over de grenzen van hun 'eigen' sector of domein heengaan, vereisen ruimte in tijd en regels en andere vormen van verrekening tussen partijen (zie paragraaf 4.2). Het lukt soms wel om dit via tijdelijke onderlinge afspraken te organiseren, maar die vormen geen duurzame oplossingen en geen duurzaam verdienmodel. In de hiernavolgende tekstbox worden een aantal concrete voorbeelden genoemd. In het RVS-advies *Grenzeloos samenwerken?* over domeinoverstijgende samenwerking beschreven we nog meer voorbeelden van dit type.⁶¹

- Sociale benadering van dementie: een initiatief dat innovatieve oplossingen voor mensen met dementie in de praktijk brengt door niet de medische oplossing, maar de leefwereld van mensen voorop te stellen. De bestaande fragmentatie in de zorgstelsels bemoeilijkt het bieden van een dergelijke integrale oplossing.⁶²
- Anders denken, doen en organiseren (ADDO) (zie paragraaf 4.2): zet zich in voor vitale wijken door te starten bij de vragen van burgers in een gemeente. Oplossingen voor gezondheidsproblemen worden gevonden over de grenzen van organisaties en sectoren heen, bijvoorbeeld door het creëren van een sociale leefomgeving. De aanpak zorgt voor vernieuwing bij organisaties binnen het sociaal domein, maar uit interviews blijkt dat afstemming met organisaties buiten het sociaal domein, bijvoorbeeld de medische zorg, lastig is.
- Werk als beste Zorg (zie paragraaf 4.2): een plek waar ggz-cliënten en kwetsbare burgers zonder ggz-diagnose heen kunnen om te werken aan persoonlijk herstel en maatschappelijke participatie. Voor kwetsbare burgers zonder ggz-indicatie kan dit 'erger' voorkomen, maar valt de zorg of ondersteuning in een ander domein dan waarin de zorginstelling opereert. Het vormgeven van dergelijke innovatieve zorgvormen – gedeeltelijk in een instelling en gedeeltelijk thuis – wordt bemoeilijkt door de scheiding van wetten (pilots stoppen als het projectgeld op is).⁶³

4.3.2 Deelbelangen zijn sterker dan het maatschappelijk belang

Het aanbod van zorg en ondersteuning kenmerkt zich door vergaande specialisatie en differentiatie. In de praktijk is hierdoor sprake van een groot aantal deelbelangen van waaruit weerstand tegenover een innovatie kan ontstaan, zoals praktijklessen laten zien (paragraaf 4.2). Innovaties met een brede maatschappelijke insteek zullen

hier vaker tegenaan lopen, omdat ze over beroeps- of sectorgrenzen heen gaan. Dit speelt vooral in situaties waarbij de innovatie een bedreiging vormt voor de rol of het aandeel in de zorg van bestaande organisaties. Denk aan het voorbeeld van digitale triage of zorg op afstand, dat ertoe kan leiden dat minder contacten of uiteindelijk minder behandelingen bij een zorginstelling nodig zijn.

↳ Deelbelangen worden versterkt door de wijze van betalen

Deelbelangen worden versterkt door de wijze waarop zorgorganisaties (en voor een deel zorgprofessionals) betaald worden. De bekostiging is in verschillende sectoren gebaseerd op individuele (be)handelingen en activiteiten. Een vernieuwende werkwijze die tot resultaat heeft dat de hoeveelheid handelingen bij een (andere) zorgorganisatie vermindert, kan tot omzetverlies leiden en daardoor weerstand oproepen. Bovendien prikkelt deze vorm van betalen op zichzelf het maximaliseren van bestaande behandelingen – die in een prestatie of regeling gevat zijn – en niet het toepassen van andere oplossingen en eventueel vermijden van behandelingen. Mede hierdoor ervaren professionals en organisaties in de praktijk vaak een gebrek aan ruimte voor innovatie (zie paragraaf 4.2). Overigens wordt er, onder andere bij de NZa, wel nagedacht over andere vormen van bekostiging die dergelijke (volume)prykkels tegen zouden kunnen gaan.⁶⁴

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten hebben in de verschillende stelsels de rol om tegenwicht te bieden aan deelbelangen van zorgorganisaties. Ze kunnen productieprijkkels reduceren door in contracten niet (alleen) af te rekenen op volumes en door selectief in te kopen. We signaleren in gesprekken echter dat deze organisaties het als ingewikkeld ervaren om via inkoop te sturen op innovatie. Uit onze verkenning maken we op dat dit te maken heeft met een aantal factoren. Inkoopers ervaren hun positie ten opzichte van bestaande aanbieders, professionals of bijvoorbeeld IT-bedrijven nogal eens als ondergeschikt. Ook durven ze het soms niet aan om zorg(volume) te verschuiven van bestaande aanbieders naar innovatief aanbod, omdat ze een gebrek aan legitimiteit hiervoor ervaren of aangeven over onvoldoende kennis of informatie te beschikken. Tegen deze achtergrond hebben zorgverzekeraars bijvoorbeeld het Kenniscentrum Digitale Zorg opgericht om gezamenlijk kennis op het gebied van innovatie te ontwikkelen en te bundelen. Tegelijkertijd maken we uit onze gesprekken op dat genoemde financiers, wanneer zij wel invloed kunnen uitoefenen, sterk letten op de financiële impact van innovaties. Met andere woorden, zij lijken dus ook niet zomaar maatschappelijke opgaven zoals benoemd in hoofdstuk 2 als toetsingscriterium te hanteren.

↳ Belang van burgers en samenleving weegt nog te weinig mee

Uit alle gesprekken en literatuur maken we op dat deelbelangen in de praktijk dominant zijn dan het maatschappelijk belang. Anders geformuleerd: het is heel

goed mogelijk om innovaties in de praktijk te brengen zonder dat deze iets bijdragen aan een maatschappelijke opgave of die opgaven zelfs vergroten.⁶⁵ Dit uit zich in het onvoldoende meewegen van de stem van burgers in innovatietrajecten. Initiatieven die hier expliciet aandacht aan besteden zijn nog meer uitzondering dan regel. Daar waar burgers wel aan tafel zitten, hebben ze niet zomaar een gelijke stem ten opzichte van zorgorganisaties of financiers.⁶⁵

Het is mogelijk op 2 manieren naar dit burgerbelang te kijken.

Ten eerste zijn er burgers die ‘ontvanger’ zijn van de voordelen van zorginnovaties, zoals innovatieve apps en andere digitale hulpmiddelen die de inzet van zorgprofessionals minder noodzakelijk maken. Voor die innovaties geldt dat het lastig is om deze ook buiten de experimentsetting in de leefomgeving van grote aantallen burgers te introduceren, onder andere omdat de mensen met de grootste zorgvraag vaak meer moeite hebben hun behoeften te benoemen.⁶⁶ In beleid(svoorstellen) is de laatste jaren meer aandacht voor burgerbetrokkenheid.⁶⁷ Bij ZonMw lopen ook diverse onderzoeksprogramma's die dit als vertrekpunt nemen en wordt bijvoorbeeld ervaringsdeskundigheid en Citizen Science gestimuleerd.⁶⁷ En ook in de praktijk van zorg en ondersteuning neemt het aantal voorbeelden toe van groepen burgers die een rol hebben tijdens de verschillende fases van innovaties.⁶⁸ Cliënten-, Wmo- en participatieraden zijn in het leven geroepen om dit burgerperspectief te belichten, naast andere instanties – zoals vakbonden en politieke partijen – die er zijn om de burger te representeren.

Tegelijkertijd reikt deze trend volgens de Raad vaak nog niet verder dan voorbeelden en komt burgerbetrokkenheid meestal nog niet verder dan ‘meedenken’ of het raadplegen van burgers voor informatie en advies.⁶⁹ Aan zo'n rol kleeft het risico van burgerbetrokkenheid als schijnvertoning. Een sterkere stem betekent dat de stem ook daadwerkelijk *telt*, dat burgers beslissingsbevoegdheid hebben en daadwerkelijk meedoen als gelijkwaardige partner in een samenwerkingsverband. Hen die rol geven is lastig, volgens verschillende geïnterviewden. Ervaringsdeskundigen bijvoorbeeld vormen geen professionele organisatie en vertegenwoordigen geen eenduidige

s Zo wordt technologische ontwikkeling in de literatuur vaak aangewezen als belangrijke drijver achter de groei in zorgkosten en daarmee de houdbaarheidsopgave. Eerder al eens beschreven door Wouter Bos met betrekking tot houdbaarheid: Medisch contact 05 april 2011.

t Zo is in het Topsectoren- en Innovatiebeleid geformuleerd dat “de burger als eindgebruiker als coalitiepartner in het huidige innovatietijdperk niet meer mag ontbreken”. Overheid, bedrijfsleven en kennisinstellingen proberen binnen dit beleidskader dan ook meer op te trekken met burgers en maatschappelijke organisaties. Zo verbindt het initiatief GROZ de betrokken publiek en private partijen met burgerinitiatieven. In Utrecht en Eindhoven bouwen zij samen aan gezonde wijken met een sociale infrastructuur.

u Een voorbeeld is de seniorenraad in Zaanstad die op eigen initiatief wijkteams heeft ‘geadopteerd’. Verschillende leden van de seniorenraad richten zich daarbij op één specifiek wijkteam en onderzoeken hoe cliënten de ondersteuning van het team ervaren.

v Zo is in Amersfoort een proef gestart waarbij een groep inwoners een jaar lang adviseert over ethische kwesties rondom digitale technologieën: Inwoners Amersfoort adviseren over technologie en data (gemeente.nu)

groep waarmee instanties rekening kunnen houden.

Ten tweede zijn burgers te beschouwen als aanjagers van zorginnovatie. Denk bijvoorbeeld aan allerlei burgerinitiatieven waarin vernieuwing op lokale schaal van onderop tot stand komt. Probleem daarbij is vaak dat het systeem deze kleinschalige sociale innovaties onvoldoende weet te verwelkomen, omdat zij niet passen in de afgebakende beleidssectoren van overheden. Het sectorale werken en denken botst met de innovatieve oplossingen die burgers aandragen, omdat die vrijwel altijd integraal zijn georiënteerd. Om bijvoorbeeld gezondheidsverschillen in een achterstandswijk aan te pakken, zijn er interventies nodig op het gebied van zowel schulden, jeugdzorg, bewegen, gezonde voeding, wonen, groen en sport als de sociale cohesie. Voor burgerinitiatieven is dat een logische werkwijze; voor de overheid en traditioneel werkende zorgorganisaties is dat uiterst ingewikkeld.

Om een échte transitie naar burgergedreven innovatie te bewerkstelligen is ook een paradigmashift in onderzoek doen noodzakelijk.⁶⁸ Health~Holland ambieert bijvoorbeeld een “gelijkwaardige samenwerking met de eindgebruikers”.⁶⁹ Te denken valt aan burgers in hun rol als patiënten, cliënten, naasten, burger(wijk)collectieven, patiënt- en cliëntvertegenwoordigers, maar ook zorgverleners van wie adaptatie van vernieuwingen in de praktijk vaak afhankelijk is. Op dit moment is het aanbod van onderzoeksfinanciering (en subsidies, zie paragraaf 4.3.3) complex, zodanig dat het initiatiefnemers van sociale innovaties demotiveert. In de wereld van de (met name academische) ziekenhuizen en medische apparatuur weten (hoogopgeleide) vernieuwers goed hun weg te vinden naar de innovatieregelingen. Maar in de langdurige zorg en het sociaal domein, waar misschien wel de grootste winsten te boeken zijn als het gaat om de belangrijkste maatschappelijke uitdagingen, is dat veel minder het geval.

4.3.3 Faciliteren en stimuleren brengt beweging, maar ook experimenten zonder vervolg en impact op de lange termijn

Het huidige innovatiebeleid van overheid en financiers is sterk gericht op het faciliteren en stimuleren van innovatie. Dit gebeurt onder andere via (onderzoeks)programma's, stimuleringsregelingen, subsidies en initiatieven om partijen te verbinden (zie paragraaf 4.1). Deze beleidsinzet brengt organisaties in de zorg en het sociaal domein in beweging om met innovaties aan de slag te gaan en stimuleert het verspreiden van kennis en innovatieve voorbeelden. Tegelijk kent deze aanpak een aantal belangrijke nadelen vanuit het perspectief van de maatschappelijke opgaven.

↳ Innovatiesubsidies en projecten hebben veelal een beperkte looptijd

Maatschappelijke opgaven zijn vaak taai en complex, waardoor innovaties binnen de beperkte tijd van een subsidie – en gegeven de beperkte schaal van veel pilots – moeilijk substantiële verandering kunnen laten zien. Veel eerder nog zijn de kosten op korte termijn zichtbaar, terwijl de baten pas op lange termijn naar boven komen (en bovendien belanden de baten niet altijd bij de investeerder, zie

paragraaf 4.3.1). Deze kortetermijnfocus zit bij financiers ook verankerd in het stelsel waarbinnen zij werken, zoals de jaarlijkse overstap- en contracteercyclus onder de Zorgverzekeringswet en in de vierjaarlijkse tijdshorizon in gemeentelijk beleid. Overigens neemt het gebruik van meerjarige financiële afspraken tussen financiers en zorgaanbieders de laatste jaren wel toe. Dit creëert meer ruimte voor innovatie die om een meerjarenplan vragen. Financiers van innovatie-onderzoek, zoals ZonMw, proberen – naast de vele kortlopende projecten en programma's – inmiddels ook een aantal meerjarenprogramma's op te zetten.⁷⁰

↳ De criteria waarop we innovaties toetsen matchen niet met de inhoud van de maatschappelijke opgaven

Financiers in de zorg en het sociaal domein (zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren) zoeken veelal naar bewijs dat innovaties bijdragen aan het beheersen van de kosten(groei) in de zorg. Dat is een relevant deelaspect van houdbaarheid, maar het gaat voorbij aan eventuele andere relevante uitkomsten. Zo zou een innovatieve digitale ondersteuningstool voor het omgaan met gezondheidsvragen in theorie tegelijkertijd zorggebruik kunnen verminderen (kostenbesparing) en verschillen kunnen vergroten op het moment dat bepaalde groepen geen toegang ertoe weten te krijgen. Het primair toetsen van innovaties op het beheersen van financiële onzekerheden leidt bovendien tot een overmatige nadruk op evidence die niet matcht met de context van de praktijk en de complexiteit van de maatschappelijke opgaven.⁷¹ Omdat onwenselijke uitkomsten snel als fout en geldverslindend en niet als leerervaring worden bestempeld, ontstaat niet het gewenste open klimaat om te veranderen en blijvend te proberen en leren.

Ook overheid en toezichthouders hanteren maatschappelijke opgaven niet direct als leidend criterium bij het beoordelen van innovatietrajecten. Zo toetst Zorginstituut Nederland innovaties voor het verzekerde pakket vooral aan de hand van de ‘stand van de wetenschap en praktijk’ (effectiviteit).⁷² Overigens betreft deze pakket-toetsing nog voornamelijk nieuwe geneesmiddelen; een groot deel van de innovaties in de medische zorg stroomt zonder toetsing door het Zorginstituut het verzekerde pakket in. Andere subsidieprogramma's toetsen weer op wetenschappelijke, technische of soms op heel specifieke procesindicatoren (zie de tekstbox hierna), die niet *per se* samenhangen met maatschappelijke opgaven of daar mogelijk zelfs tegenstrijdig mee zijn. Zo wordt technologische ontwikkeling in de literatuur vaak aangewezen als belangrijke drijver achter de groei in zorgkosten en daarmee de houdbaarheidsopgave.⁷³

Subsidiecriteria sluiten onvoldoende aan bij maatschappelijke opgaven

Volgens de Raad sluiten de subsidiecriteria van het topsectoren- en innovatiebeleid onvoldoende aan bij de maatschappelijke missies die voor datzelfde beleid zijn opgesteld. De criteria sturen aan op technologische en wetenschappelijke ontwikkeling, wat niet noodzakelijk verbonden is met de voortgang op de maatschappelijke opgaven (of deze mogelijk zelfs vergroten in plaats van verkleinen). De grootste projecten in de Topsector Life Sciences & Health betreffen dan ook Artificial Intelligence (AI), regeneratieve geneeskunde en precisiegeneeskunde in samenwerking met farma.⁷⁴

Zo zijn er de eisen: “het project moet fundamenteel onderzoek, industrieel onderzoek of experimentele ontwikkeling omvatten” en “sleuteltechnologieën (bijv. digitale technologie zoals AI) moeten onderdeel uitmaken van de aanvraag”. Recent werden deze eisen nog gesteld voor een innovatiesubsidie van Health~Holland uitgevoerd door ZonMw met als doel meer burgerinitiatief en -betrokkenheid bij innovatie en transitie.⁷⁵ Dergelijke eisen bieden onvoldoende ruimte voor onderzoek dat aansluit bij de kwetsbaarste groepen en de (praktisch geschoolde) zorgverleners die voor hen werken. Maatschappelijke opgaven vragen ook veel meer inzicht in cultuur- en gedragsverandering (en meer om alfa- en gamma-onderzoek met een commitment voor de lange termijn dan om bèta-onderzoek).^w Technologische innovatie kan aan de opgaven bijdragen en burgers ontzorgen, maar lang niet altijd.

Een andere voorwaarde die kan schuren met maatschappelijke opgaven is de vereiste van deelname door het bedrijfsleven. Dit gebeurt onder andere in het topsectoren- en innovatiebeleid dat gericht is op publiek-private samenwerking. Private organisaties zullen investeren in projecten als zij er op redelijke termijn financieel rendement uit denken te kunnen halen. In de zorg en het sociale domein is dat allesbehalve evident. Gezondheidswinsten vloeien niet per se terug naar investerende bedrijven, maar dalen elders neer (bijvoorbeeld bij de overheid, de premiebetaler of werkgevers).

Innovatieprogramma's kennen soms ook heel instrumentele doelstellingen. Zo wordt het resultaat van het programma voor gegevensuitwisseling (VIPP) vooral getoetst aan de hand van een specifiek percentage van de patiënten dat een keer gebruik heeft gemaakt van het systeem.^x Het is onduidelijk hoe deze instrumentele doelstellingen samenhangen met maatschappelijke opgaven. Ondanks het behalen van dergelijke doelen kan de maatschappelijke waarde van de innovatie achterblijven.

w Teaming tussen LSH en de overige KIC-partners is daarom essentieel. Dat wordt onder andere geprobeerd via de KEM-agenda van CLICKNL. Zie: <https://kems-en.clicknl.nl/>.

x VIPP is het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional. (<https://wetten.overheid.nl/BWBR0043160/2021-11-18>)

↳ Experimenten stokken door een gebrek aan verbinding met de dagelijkse praktijk en aan passende verdienmodellen

Innovatieprogramma's staan vaak 'op zichzelf'. Gedurende de looptijd is er veel aandacht voor de ontwikkeling van de innovatie in een innovatie-omgeving. Vervolgens lopen innovatieprojecten regelmatig tegen onverwachte blokkades aan wanneer ze de 'reguliere praktijk' instromen. Dan blijkt er onvoldoende ruimte in tijd, geld en regels om een nieuwe manier van werken uit te proberen en in te passen, maar ook om oude werkwijzen te verlaten of af te bouwen.^y Bovendien wordt vaak te laat – aan het eind van de experimentperiode – nagedacht over nieuwe toekomstbestendige verdienmodellen en structurele aanpassingen die daarvoor nodig zouden zijn (zie paragraaf 4.2). Zonder nieuwe verdienmodellen en daarvoor benodigde aanpassingen in de bekostiging of in de flexibiliteit van wettelijke kaders stopt opgavegerichte innovatie (zie paragraaf 4.3.1 en 4.3.2). Hierover zijn wel lessen geleerd uit het verleden en een aantal innovatie-regelingen op aangepast.^z Dat lijkt echter nog onvoldoende resultaat op te leveren, aangezien het knelpunt nog vaak wordt benoemd, ook in onze verkenning voor dit advies. Meerdere geïnterviewden geven aan dat er nog te weinig stimulans en beleid is voor het doen van aanpassingen in de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning ('adaptatie'), waardoor de echte maatschappelijke impact van innovatie uitblijft. Succesvolle (beleids)strategieën hiervoor ontbreken voornamelijk.

↳ Er is onvoldoende samenhang en richting in de innovatieactiviteiten van ministeries en directies binnen ministeries

Zoals beschreven in paragraaf 4.1 lopen er innovatieactiviteiten bij verschillende ministeries en bij verschillende directies binnen ministeries. Van inhoudelijke afstemming tussen alle betrokkenen is echter onvoldoende sprake, ook al zijn de partijen zich ervan bewust dat dat van belang is. Health~Holland verwacht bijvoorbeeld dat het ministerie zich maximaal inspant voor de missies en een vertaalslag maakt van de langere termijn missies naar een VWS-agenda. Beleidsmakers op het ministerie van VWS daarentegen beschouwen de missies over het algemeen niet direct als hun zaak, omdat de missies voor het MTIB van EZK geformuleerd zijn.

y Deze ruimte is ook nodig voor eventuele extra 'investeringen' om innovatieprojecten op grote schaal te kunnen opzetten.

z De SET regeling bijvoorbeeld stimuleert opschaling van bestaande werkende toepassingen, inpassing in reguliere werkprocessen, zorgdragen voor structurele bekostiging en verankering in inkoopafspraken. Zie <https://www.rvo.nl/subsidies-financiering/set/voorwaarden>. ZonMw heeft aandacht voor implementatie en impact van onderzoek maar aanvragers van vervolfinanciering van innovaties dienen een 'impactlogica' in te dienen.

Dit hangt mogelijk ook samen met de invulling van het MTIB, die erg op bedrijfsleven en wetenschap is gericht. Directies vinden niet dat de missies bedoeld zijn als de centrale richting voor VWS-beleid. De missies van de topsectoren zijn voor VWS en bijvoorbeeld ZonMw slechts een deel van hun veel bredere innovatieactiviteiten. Een ander probleem van het MTIB is dat de governance erg complex en voor buitenstaanders weinig transparant is.⁷⁶

Bovendien valt op dat de missies van het topsectorenbeleid niet expliciet gekoppeld zijn aan de beleidsambities van het ministerie van VWS, en andersom.^{aa} VWS-directies hanteren vaak hun eigen agenda. In beleidsdocumenten van bijvoorbeeld het programma Innovatie & Zorgvernieuwing of in de VWS-Discussienota Zorg voor de Toekomst (een belangrijk visiedocument over mogelijke veranderingen in organisatie en financiering van zorg) wordt niet naar de maatschappelijke missies van het MTIB verwezen. In plaats daarvan staan doelen zoals digitalisering of het verbeteren van de organiseerbaarheid van de zorg daarin centraal. Een andere interessante illustratie is de missie van het MTIB op het gebied van dementie – “in 2030 is de kwaliteit van leven van mensen met dementie met 25% toegenomen” – terwijl de Nationale Dementiestrategie van VWS onder andere “een wereld zonder dementie” nastreeft.^{ab} Deze verschillende doelen vragen om totaal andere innovaties.

De gebrekkige samenhang roept veel vragen op over de effectiviteit en doelmatigheid van al deze beleidsinitiatieven. Wat is de impact van technologische (product) ontwikkeling vanuit het MTIB op de houdbaarheid en organiseerbaarheid van de zorg (een belangrijk vraagstuk voor VWS)? En hoe kunnen grote maatschappelijke opgaven zoals het verkleinen van gezondheidsverschillen worden bereikt, als ze alleen zijn verbonden aan innovatieregelingen van het MTIB, en niet aan het innovatiebeleid van VWS en andere departementen? Met de huidige strategie blijven de in 2019 geformuleerde maatschappelijke missies hoogstwaarschijnlijk steken in mooie woorden zonder resultaat. Bovendien creëert het stimuleren van innovatie vanuit onvoldoende samenhangende beleidsinitiatieven, met eigen doelstellingen en belangen, de nodige bestuurlijke drukte en ruis.

aa De overdrachtsdocumenten voor de nieuwe bewindslieden van Rutte IV tonen hetzelfde aan. EZK besteedt daarin aandacht aan de missies, VWS noemt ze nergens.

ab De Nationale Dementiestrategie kent meerdere doelen: Dementie de wereld uit, Mensen met dementie tellen mee, en Steun op maat bij leven met dementie.

5 Toekomstperspectief en adviezen

De RVS begon dit advies met de vraag: *Hoe kunnen we stimuleren dat innovaties in de zorg en het sociaal domein bijdragen aan maatschappelijke opgaven?* Op basis van onze analyse in hoofdstuk 4 stellen we vast dat hiervoor een alternatieve beleidsstrategie nodig is. In dit hoofdstuk bieden we handvatten en adviezen voor het verder uitwerken van die strategie. In paragraaf 5.1 vatten we eerst nog een keer kort samen waarom de huidige aanpak volgens ons onvoldoende is. Vervolgens beschrijven we in paragraaf 5.2 in algemene zin de elementen van een missiegedreven aanpak die als basis kan dienen voor een alternatieve benadering. In paragraaf 5.3 werken we deze elementen verder uit in de vorm van adviezen, specifiek voor opgevegerichte innovatie in de zorg en het sociaal domein.

5.1 Samengevat: huidige aanpak onvoldoende opgevegericht

De maatschappelijke opgaven overstijgen de kaders en rollen van individuele organisaties in de zorg en het sociaal domein. Innoveren vanuit dat perspectief staat op gespannen voet met de huidige beleidsstrategie, die uitgaat van innovatie *met behoud van* bestaande stelsels en financieringsstructuren, en van innovatie-ontwikkeling en ‘verspreiding’ via separate programma’s en subsidies. Deze strategie creëert beweging en stimuleert initiatief. De praktijk wijst echter uit dat lokale innovatieprojecten zich niet zomaar of traag ‘verspreiden’ of ‘opschalen’; de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning past zich moeizaam aan. Bij elkaar opgeteld brengen ze ons ook niet zomaar dichterbij het oplossen van maatschappelijke opgave. Daarvoor zijn deelbelangen te sterk verankerd in de huidige stelsels en (bekostigings)structuren. Voor sector- of domeinoverstijgende innovaties is het dan ook erg ingewikkeld om tot een toekomstbestendig verdienmodel te komen, zeker wanneer er deelbelangen zijn die verlies ervaren. Bovendien hebben landelijke innovatieprogramma’s en subsidies verschillende doelen en toetsingscriteria. Het geheel is niet congruent en gericht genoeg om zichtbare voortgang te kunnen tonen op maatschappelijke opgaven. Een aantal innovatieprogramma’s voor gezondheid en zorg kent technische en wetenschappelijke criteria, die deze opgaven mogelijk zelfs vergroten. Al met al lijkt het in de huidige beleidsstrategie belangrijker *dat* je innoveert dan *waar je heen* innoveert en blijft innoveren in de praktijk vooral nog iets van innovators of ‘koplopers’.

5.2 Toekomstperspectief: een hernieuwde missiegedreven aanpak op basis van maatschappelijke opgaven

Voor een alternatieve beleidsstrategie laten we ons nog immer inspireren door de zogenoemde missiegedreven aanpak. Het was de Italiaans-Amerikaanse topeconoom Mariana Mazzucato die het idee om te innoveren vanuit missies naar Nederland

bracht. In *Mission Economics: A Moonshot Guide to Changing Capitalism* beschrijft ze hoe we de problemen van deze tijd met dezelfde moed en overtuiging zouden moeten aanpakken als de maanmissie. Dat de eerste mens op de maan liep, was een topprestatie van formaat, die mogelijk werd door een ongekende samenwerking tussen de publieke en private sector. Zulke topprestaties zijn ook nodig voor de maatschappelijke opgaven waarvoor we vandaag de dag staan.

Zoals beschreven in paragraaf 4.1 is voor het huidige Missiegedreven Topsectoren en Innovatiebeleid (MTIB) gebruik gemaakt van het gedachtegoed van Mazzucato, en zijn maatschappelijke missies opgesteld waar MTIB-innovaties aan moeten bijdragen. Deze benadering is echter onvoldoende om substantieel bij te kunnen dragen aan maatschappelijke opgaven (zie ook paragraaf 4.3 en 5.1).⁷⁷ In ons toekomstperspectief bieden missies voor gezondheid en zorg niet alleen richting aan het MTIB en de bij het MTIB behorende subsidieregelingen. De Raad ziet een hernieuwde aanpak voor zich waarbij gedragen maatschappelijke missies veel breder verankerd worden, in het beleid van het ministerie van VWS en waar nodig andere departementen. Dit gaat dan niet over het inbrengen van innovatiemiddelen vanuit die departementen, maar veel meer over inzet vanuit VWS op systeemaanpassingen (bijvoorbeeld in de bekostiging van zorg en ondersteuning) die opgavegerichte innovatie mogelijk kunnen maken. In paragraaf 5.3 werken we dit verder uit in de vorm van adviezen. Daaraan voorafgaand benoemen we hierna een aantal algemene uitgangspunten die volgens de Raad essentieel zijn bij een missiegedreven aanpak:

↳ Een duidelijke, breedgedragen en inspirerende richting op basis van maatschappelijke opgaven

De missiegedreven benadering gaat uit van een duidelijke, breedgedragen richting en een systematische toepassing daarvan. De richting wordt zo niet alleen top-down door regering en parlement bepaald, maar in gelijkwaardige samenwerking met stakeholders en rekening houdend met hun behoeften. Zij vinden elkaar in een narratief dat mensen inspireert door een gezamenlijk streven naar verbetering van het dagelijks leven van burgers, waardoor de ambities ook voor hen betekenis krijgen. Aan de hand van deze duidelijke stip op de horizon geeft de overheid partijen richting en streeft met verbeelding naar verbetering van het dagelijks leven van burgers (waardoor de ambities ook betekenis voor hen hebben).

↳ Oog voor de complexe aard van de opgaven; verbinden en leren

Het is essentieel om de complexiteit van de opgaven en de daarbij horende afhankelijkheden en onzekerheden te (h)erkennen. Er zullen dilemma's zijn, waar productief mee moet worden omgegaan. De innovaties die we nodig hebben zijn niet eenvoudig. Het zijn in zekere zin onderdelen van een transitie die vergelijkbaar is met de klimaattransitie. De onzekere en complexe context van dergelijke transities (zie tekstbox hierna) vraagt een continu lerend proces.⁷⁸ Partijen hebben een eigen rol en

verantwoordelijkheid, maar staan wel in verbinding met elkaar en met dat wat nodig is voor de maatschappelijke opgave. Dit betekent ook een gelijkwaardiger positie voor burgers. Zij kunnen van meet af aan, met een helder mandaat, meedenken en beslissen over innovaties. De bijdrage van innovatie aan dat wat voor burgers en samenleving van belang is, is ook meer zichtbaar. Overheid en veldpartijen investeren in kennisontwikkeling die bijdraagt aan dit lerende proces.

De overheid gaat bij een missiegerichte aanpak ook zelf als innoverende en lerende organisatie te werk en ontwikkelt capaciteiten en vaardigheden om missiegedreven innovaties te stimuleren. Als overheden missiegericht proberen te werken door (tijdelijke) programma's en projecten in te richten, terwijl daarbuiten gewerkt wordt binnen de oude structuren, is het risico groot dat de opgaven niet centraal komen te staan. De werkwijze van de bestaande domeinen blijft dan domineren in discussies over doelen en inzet van mensen en middelen. Dan weten individuele medewerkers niet wat de missies concreet betekenen voor hun werk en komt de vraag op een gegeven moment aan de orde of zij niet beter afgeschaft kunnen worden.

Complexiteit

Maatschappelijke opgaven zijn te zien als 'ongestructureerde' problemen. Ze zijn moeilijk te definiëren en zeer complex en hebben geen definitieve oplossing. Complexe vraagstukken verschillen van simpele, gecompliceerde of chaotische opgaven en vragen ook een andere aanpak.^{79,80}

De complexe maatschappelijke opgaven strekken zich uit over meerdere domeinen en ze zijn stevig verankerd in onze stelsels en instituties en moeilijk stuurbaar vanwege de vele actoren met uiteenlopende belangen. Hun karakter is zelden uitsluitend technisch en rechtlijnig.⁸¹ Ze hebben geen eenduidige oorzaken en gevolgen, maar zijn resultaat van meervoudige oorzaken en gevolgen die voortdurend en wederkerig op elkaar inwerken.

Transitiemanagement richt zich op de beïnvloeding van dergelijke hardnekkige maatschappelijke problemen en neemt daarvoor ook systeemverandering in beschouwing. Grondlegger Jan Rotmans stelde aan het begin van deze eeuw al dat het uitgangspunt van de aanpak van dergelijke complexe maatschappelijke opgaven niet zozeer volledige controle en beheersbaarheid van deze problemen is, zoals bij de klassieke wijze van sturing, maar veeleer het organiseren van een gezamenlijk zoek- en leerproces, gericht op duurzame oplossingen voor de lange termijn.⁸²

Transitiepatronen, zo zette hij uiteen, hebben meervoudige determinanten zoals gedrag, cultuur, technologie, economie, instituties en beleid die elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden en dus niet in afzondering kunnen worden bestudeerd, maar alleen in gemeenschappelijkheid. Maatschappelijke verandering verloopt grillig en sterk non-lineair en omvat per definitie verrassingen en discontinuïteiten. Uitgangspunt bij de aanpak van de maatschappelijke opgaven zou daarom erkenning van deze complexiteit en onzekerheid moeten zijn.

Voorwaarde voor het werken aan grote maatschappelijke opgaven en een ander type innovatie is een wijziging van het dominante kortetermijnperspectief gericht op financiële beheersing - alles uitdrukkelijk in kosten en baten - naar een breder perspectief op welzijn en respect voor mens en natuur. Het vraagt ook om een andere sturing; noch een top-down sturing door de overheid, noch een vrijmarktbenadering. Het vraagt om een samenwerking tussen alle relevante partijen in nieuwe rollen en andere omgangsvormen met ruimte voor zowel individuele creativiteit als gezamenlijke richting.

↳ Durf om systemen en financieringsstromen aan te passen

De overheid heeft de rol en de capaciteit om te sturen op systemische veranderingen die nodig zijn voor de grote maatschappelijke opgaven. Het systeem is dat wat staat: de wet- en regelgeving, de financieringsstromen, kwaliteitseisen en de afgebakende rollen van systeempartijen. Tussen de eigenschappen van het systeem en de patronen van de gewenste verandering is verbinding nodig. Hierbij passen de vragen: wat moet er gedaan worden, en hoe kunnen we de budgetten en systemen zo vormgeven dat de ambities worden gerealiseerd?

Dit vraagt om systemen met een zekere flexibiliteit, fluiditeit en ruimte voor experimenteren, leren en verbeteren; eigenschappen waar innovaties met oog voor maatschappelijke opgaven bij gedijen. Stelsels, regelgeving en verantwoording zullen die ruimte moeten bieden. Waar nodig doet de overheid aanpassingen om belemmerende verantwoordings-eisen en rechtmatigheidscontroles weg te nemen en ongewenste machtsposities te doorbreken.

Innoveren betekent (financieel) risico durven nemen, met de kans op mislukking. Calculeer dat in, bijvoorbeeld door in organisaties geld apart te houden voor vernieuwende initiatieven die in potentie kansrijk zijn, maar op niets kunnen uitlopen.

↳ Voorbij de vrijblijvendheid

De urgentie en de omvang van de opgaven zijn zo groot dat stilstand niet acceptabel is. Opgavegericht innoveren is niet vrijblijvend meer. Het is noodzakelijk dat niet alleen personen en organisaties met innovatieve ideeën, maar ook anderen meewerken vanuit de vraag: hoe kunnen wij bijdragen aan de maatschappelijke opgaven? Het is daarom belangrijk om deelbelangen niet te maskeren, maar juist te expliciteren en met elkaar uit te vinden wat nodig is en vandaaruit passend beleid op te stellen. Dit maakt het ook mogelijk om beter in te spelen op gevoelens van verlies of weerstand die organisaties kunnen ervaren bij innovaties.

De missiebenadering houdt ook in dat de overheid actie onderneemt wanneer private en publieke partijen zich niet op de lange termijn richten en onvoldoende voortgang boeken in het bereiken van concrete resultaten voor burgers. Wie uiteindelijk onvoldoende bijdraagt of wie tegenwerkt, zal dat op de een of andere manier moeten merken (voelen).

Opgavegericht innovatiebeleid in Europa

In verschillende Europese landen proberen overheden om het innovatiebeleid te gebruiken voor het aanpakken van maatschappelijke opgaven, bijvoorbeeld klimaatverandering. Onderzoek van het Rathenau Instituut laat zien dat deze beleidsverandering ook in het innovatiebeleid van de Europese Unie (EU) terug te zien is, gebaseerd op een analyse van de Europese Green Deal (de strategie van de Europese Commissie om klimaatverandering en milieuproblemen aan te pakken) en Europees beleid over kunstmatige intelligentie.⁸³ Het klassieke beleid dat vooral technologische vernieuwing en het innovatievermogen van bedrijven stimuleert, maakt in Brussel langzaam maar zeker plaats voor opgavegericht innovatiebeleid (in ieder geval in het ontwerp van het beleid).

Volgens het Rathenau Instituut loopt Europa hiermee voorop en kan de Brusselse opgavegerichte benadering Nederland op een aantal vlakken inspireren: een meer richtinggevende en regisserende overheidsrol, een gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende departementen, en vroegtijdige betrokkenheid van burgers.⁸⁴ De Europese Commissie (EC) heeft de samenwerking tussen verschillende departementen geïntensiveerd. Zo eist zij dat deelprogramma's binnen Horizon Europe tonen hoe ze bijdragen aan de Green Deal.^{ac} Bovendien werkt de EC intern, in ieder geval voor de Green Deal, op een andere 'ontkokerde' manier en zijn verschillende departementen (in werkgroepen) gezamenlijk verantwoordelijk gemaakt. Het Instituut signaleert tegelijkertijd dat er verbetermogelijkheden zijn. Zo zijn de initiatieven om burgers te betrekken nog beperkt, ondanks dat burgerbetrokkenheid voor de EC een belangrijke voorwaarde is voor succesvol opgavegericht innovatiebeleid.

ac Horizon Europe bouwt voort op het succes van Horizon 2020 voor de periode 2021-2027. Met Horizon Europe wil de Europese Commissie (EC) het concurrentievermogen van Europa vergroten door wetenschap en innovatie te stimuleren. Daarnaast wil de EC het bedrijfsleven en de academische wereld uitdagen om samen oplossingen te bedenken voor maatschappelijke vraagstukken die in heel Europa spelen. Zie: <https://www.rvo.nl/subsidies-financiering/horizon-europe>

5.3 Adviezen voor opgavegerichte innovatie in de zorg en het sociaal

domein

Op basis van onze analyse en ons toekomstperspectief presenteren we in deze paragraaf adviezen langs de volgende lijnen (waar relevant benoemen we nog eens expliciet het verschil met het huidige innovatiebeleid):

- Stel breedgedragen missies op: definiëren, inspireren en blijven agenderen (5.3.1).
- Creëer gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheidsorganisaties (5.3.2).
- Maak nieuwe verdienmodellen en andere financieringsstromen mogelijk (5.3.3).
- Stel een strategie op voor het omgaan met degenen die niet (kunnen) innoveren en potentiële ‘verliezers’ (5.3.4).
- Borg kennis- en informatieverspreiding voor opgavegerichte innovatie (5.3.5).

5.3.1 Stel breedgedragen missies op: definiëren, inspireren en blijven agenderen

De Raad adviseert regering en parlement om maatschappelijke opgaven waaraan innovatie op het gebied van gezondheid en zorg zou moeten bijdragen te (her)definiëren. Zoals beschreven in hoofdstuk 2 kan bijvoorbeeld worden gedacht aan opgaven als de hardnekkige gezondheidsverschillen, de houdbaarheid van zorg en ondersteuning (in financiële, personele en maatschappelijke zin) en/of duurzaamheidsopgaven. Regering en ministeries zetten het proces om tot deze opgaven te komen in gang en creëren daarin een gelijke positie voor overheid, sector (verschillende disciplines aan boord) en samenleving. In dit proces is ruimte nodig voor politiek debat; het definiëren en prioriteren van opgaven is namelijk ook een politieke keuze.

Deze opzet verschilt volgens de Raad van eerdere pogingen – zeker op het gebied van innovatiebeleid – om maatschappelijke opgaven te definiëren. Daarin werd de agenda namelijk sterk bepaald door ministeries en bedrijfsleven, wat een te beperkte opzet is voor het realiseren van ‘maatschappijgedreven innovatiebeleid’.⁸⁵ Regering en ministeries dienen er zorg voor te dragen dat de stem van partijen *uit* die maatschappelijke, lokale context (burgers, organisaties en professionals uit zorg en sociaal domein) steviger aan boord is. Een dergelijke bredere opzet maakt het proces niet eenvoudiger. Individuele sectoren of branches hebben eigen belangen en politieke partijen staan voor verschillende waarden. Toch is het meewegen van al deze perspectieven noodzakelijk voor breder maatschappelijk draagvlak en voor het kunnen inspelen op en tegenwicht bieden aan deelbelangen.

De maatschappelijke opgaven worden vervolgens vertaald in missies die de innovatiekracht in de praktijk richting en inspiratie bieden. Die missies bieden richting en inspiratie, maar gaan nadrukkelijk niet over *welke precieze innovaties* daarvoor nodig zijn. Zoals beschreven in paragraaf 4.1 zijn er voor het MTIB reeds missies geformuleerd. We signaleren echter dat deze op veel plekken in de sector (zorg en ondersteuning) weinig leven of überhaupt niet bekend zijn. Missies zullen nadrukkelijker *met* de sector, politiek en samenleving moeten worden opgesteld en

op een zodanige manier worden geformuleerd dat meerdere perspectieven – ook die van professionals en burgers – erin zijn te herkennen. Vandaar dat we adviseren om te bezien of deze of andere missies nodig zijn voor de maatschappelijke opgaven die voorliggen.

↳ Een sterkere leer- en verbetercyclus rondom maatschappelijke opgaven

De RVS adviseert regering en ministeries om een sterkere leer- en verbetercyclus in te richten. Dit begint met het vastleggen van de maatschappelijke opgaven en missies in haar kerndocumenten (coalitieakkoorden, begrotingen en jaarverslagen, maar ook in beleidsvisies van departementen en directies zoals de *Discussienota Zorg voor de Toekomst*). Regering en ministeries leggen de opgaven en missies niet alleen vast, maar leggen ook verantwoording af in de Tweede Kamer over de wijze waarop aan de missies wordt gewerkt en welke voortgang er is. Wat is er (niet) gerealiseerd in relatie tot de missies, zowel in beleid als in de praktijk, wat zijn de plannen van betrokken partijen, en wie kan wanneer uitleg geven over resultaten en tegenslagen? Op die manier kan monitoring ook worden gebruikt om tussentijds aanpassingen te doen in beleid en beleidsinstrumenten (zie daarvoor ook paragraaf 5.3.2-5.3.5).

Deze leer- en verbetercyclus vraagt om monitoring, in een vorm die navolgbaar is voor burgers en parlement. We adviseren om dergelijke monitoring niet smal te richten op functionele doelen (hoe vaak wordt toepassing X of Y gebruikt) of alleen op specifieke innovaties. We moeten niet overmatig willen bewijzen *welke* innovaties werken, maar er veel meer *voor zorgen dát* ze gaan werken en monitoring dáárop inzetten. De RVS vindt het daarom van belang te monitoren welke voortgang wordt gemaakt op de opgaven zelf, maar evenzo op het onderliggende proces: op de ervaren ruimte (in tijd en geld) voor innovatie in de praktijk, op de mate van samenwerking en omgevingsbewustzijn, op onderlinge samenhang en op gedeeld eigenaarschap. Idealiter zet de landelijke overheid deze monitoring uit bij een onafhankelijke partij en stelt ze de resultaten beschikbaar aan parlement en samenleving. Hierbij kan de overheid voortborduren op reeds lopende monitors over de missies van het topsectoren- en innovatiebeleid, zoals monitors over gezondheid en welvaart in brede zin of over de maatschappelijke opbrengst van e-health.^{86,ad}

ad De e-health monitor toont bijvoorbeeld interessante noties vanuit maatschappelijk perspectief, zoals “Zorggebruikers verwachten dat digitale zorg kan leiden tot meer zorg thuis” of “Digitale zorg verhoogt vooralsnog de werkdruk”.

5.3.2 Creëer gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheidsorganisaties

De (langetermijn)missies krijgen een vertaalslag naar beleidsvoornemens en agenda's van ministeries en andere 'systeempartijen' die een rol kunnen spelen bij het stimuleren van opgavegerichte innovatie. De RVS adviseert regering en ministeries om zo te sturen op gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheidsorganisaties, met daarin een sterkere stem voor burgers. Zo wordt recht gedaan aan de complexiteit van maatschappelijke opgaven die zich over meerdere actoren, sectoren en domeinen uitstrekken. Dit betekent volgens de RVS niet dat overheidsorganisaties hun huidige rollen of taken zomaar loslaten, maar wel dat zij *in* hun rol meer gaan handelen ten dienste van de opgaven en missies. Hoewel dit niet zomaar vanzelf zal gaan en kan schuren met bestaande belangen, ziet de Raad verschillende mogelijkheden om gedeelde verantwoordelijkheid te versterken. Die mogelijkheden werken we hierna verder uit.

↳ Breng meer samenhang aan tussen de verschillende vormen van innovatiebeleid en algemeen VWS-beleid; geef beleidsambtenaren hiervoor vertrouwen en ruimte

De maatschappelijke opgaven en missies bieden op zichzelf een ankerpunt voor het creëren van gedeelde verantwoordelijkheid binnen de landelijke overheid, zodat de overheid meer als één overheid acteert. Iets concreter betekent dit onder andere dat de doelstellingen van innovatieprogramma's van verschillende ministeries of directies onderling worden afgestemd en in lijn gebracht met maatschappelijke missies (in plaats van dat per innovatieprogramma een eigen, soms onderling tegenstrijdig, doel wordt opgesteld). Zoals omschreven in paragraaf 4.3.3 lijkt er nu onvoldoende samenhang tussen de VWS-activiteiten, waaronder bijvoorbeeld het programma Innovatie & Zorgvernieuwing, en de activiteiten van de partijen die het missiegedreven innovatiebeleid voor Gezondheid & Zorg vormgeven.⁸⁷ Idealiter worden de activiteiten van de verschillende ministeries veel meer in gemeenschappelijkheid afgestemd op de maatschappelijke opgaven en missies.⁸⁸

Bovendien, en daaraan gerelateerd, adviseren we om aan de hand van maatschappelijke missies ook het beleid van andere VWS-directies (buiten de Programmadirectie Innovatie & Zorgvernieuwing) onder de loep te nemen. Daarbij zouden vragen centraal kunnen staan als: hoe stellen we zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren meer in positie zodat zij kunnen sturen op opgavegerichte innovatie? Wat betekenen de missies voor de criteria van Zorginstituut Nederland voor het toetsen van innovatie, en voor de beleidsregels en het toezicht van de NZa? In het vervolg van deze paragraaf en in paragraaf 5.3.3 beschrijven we een aantal van dergelijke systeemaanpassingen in meer detail.

De bestuursraad van VWS kan hier een belangrijke rol in spelen. Zij kan erop toezien dat VWS-directies een innovatieagenda opstellen én volgen, die onmiskenbaar verbonden is met maatschappelijke opgaven en waarin systeemaanpassingen een duidelijke plek hebben. Een agenda die ook niet los staat van die van andere betrokkenen, zoals andere ministeries, bij maatschappelijke opgaven. Op die manier neemt de top van het vakdepartement zelf verantwoordelijkheid en geeft zij ruimte en vertrouwen – en waar mogelijk ondersteuning – voor andere manieren van werken die nodig zijn voor een missiegerichte aanpak.⁸⁹

Die aanpak vergt namelijk een investering van de overheid als organisatie zelf, met name een investering in lerend vermogen op departementen (*absorptive capacity*). Het vraagt een open, transparante en toetsbare houding en durf om risico's te nemen en te experimenteren. Het vergt bovendien een investering in een nieuwsgierige attitude, verbindende vaardigheden en mogelijkheden om met meerdere directies te kunnen meedenken en meewerken. Of in de woorden van beleidsambtenaren zelf: om van het eigen eiland af te komen. Gedeelde verantwoordelijkheid vraagt dus ook om een andere mindset: van 'pilots buiten het systeem' en 'opschalen binnen het systeem' naar een mindset van innovatie *met aanpassing van* het systeem en de beleidsdomeinen die daar verantwoordelijk voor zijn.

↳ Toezichthouders en andere systeempartijen verbinden hun instrumenten steviger met maatschappelijke opgaven

De RVS adviseert om het perspectief van systeempartijen te verbreden en onderling meer met elkaar te verbinden. We zien een aantal mogelijkheden hiertoe. Nader onderzoek zou moeten uitwijzen of deze punten om aanpassingen vragen in de wettelijke taakomschrijving van systeempartijen.

Als eerste betekent dit dat in landelijke kwaliteitskaders, richtlijnen en protocollen over wat goede zorg is minder gedetailleerd wordt vastgelegd wie wat op welk moment moet doen. We roepen de betrokken partijen (vakverenigingen en koepels van zorgorganisaties, cliënten en verzekeraars) op om kwaliteitskaders meer vanuit maatschappelijke opgaven op te stellen en te toetsen of regels en protocollen voldoende ruimte bieden voor het toepassen van nieuwe werkwijzen, maar ook het afbouwen van oude werkwijzen. Zorginstituut Nederland zou zijn toetsingskader hiervoor moeten aanpassen, zodat het bij opname in het Register (overzicht van kwaliteitsstandaarden) kan toetsen of aan deze oproep gehoor wordt gegeven. In aanvulling hierop zou het Zorginstituut in advisering over toelating van innovaties tot het verzekerde pakket een breder perspectief kunnen hanteren. Niet alleen toetsen op effectiviteit en 'stand van de wetenschap en praktijk', maar ook op de bijdrage van innovaties aan maatschappelijke opgaven.

Als tweede adviseren we om de wijze van toezicht houden en verantwoorden meer te laten aansluiten bij dat wat nodig is voor opgavegerichte innovatie. Zoals omschreven in paragraaf 4.2 en 5.2 vraagt opgavegerichte innovatie om ruimte voor leer- en verbeterprocessen in zorgorganisaties. De wijze van verantwoorden zou een lerend systeem in zorgorganisaties meer kunnen ondersteunen en kan het blindstaren op naleving van normen en regels terugdringen. In het eerdere RVS-advies *Blijk van vertrouwen* hebben we dergelijke ideeën over anders verantwoorden uitgebreid uitgewerkt (zie Bijlage 3 voor een samenvatting).⁹⁰ Toezichthouders zouden bijvoorbeeld meer in gesprek kunnen gaan over hoe zorgorganisaties en financiers een maatschappelijke bijdrage leveren, en over de tijd en het vertrouwen die professionals krijgen om te werken aan opgavegerichte verandering. Een interessant voorbeeld in deze lijn is de invalshoek die de IGJ meer wil hanteren, namelijk het toezien op het lerend vermogen en omgevingsbewustzijn van zorgorganisaties.⁹¹

Als derde vraagt dit om meer verbinding tussen steunpartijen. Met andere woorden, in gezamenlijkheid optreden, beleid en strategie op elkaar afstemmen en ‘innovatieloketten’ koppelen. Regering en ministeries kunnen een sturende rol spelen in het creëren van deze verbinding.

↳ Een sterkere stem voor burgers

Het creëren van verbinding en gedeelde verantwoordelijkheid dient zich ook te richten op burgers. Het is van belang hen een sterkere stem te geven in beleid en de praktijk van zorginnovatie. Niet in plaats van de (formeel) instanties die hen (horen te) vertegenwoordigen, maar ernaast. De representatieve democratische instanties kunnen de aanwezige denkkraft van burgers meer en beter benutten.^{ae} Dat kan door lokale en bovenlokale maatschappelijke (zelf)organisaties van burgers niet vooral als ‘ontvangers’ van de voordelen van zorginnovaties te beschouwen, maar ook als generatoren daarvan. Dit kan door meer diversiteit in de uitvoeringspraktijk in tijd en ruimte te accepteren en met een meer dienende opstelling van overheid en steunpartijen, die het idealiter aandurven om voorbij de horizon van de volgende verkiezingen en hun eigen taken te kijken. Daarnaast is het voor burgerbetrokkenheid essentieel dat sectoraal werken en denken zo veel mogelijk wordt vermeden.

De RVS adviseert verder om burgerbetrokkenheid te vergroten bij de ontwikkeling en de adaptatie van innovatie die zij niet zelf genereren, maar die hen wel ten goede kan komen. Dit zou op een aantal manieren vorm kunnen krijgen. 1) Geef burgers zeggenschap bij het op- en bijstellen van maatschappelijke missies, zodat zij in zijn staat er mede-eigenaar van te worden. Dit biedt een completer beeld van de behoeften

^{ae} Burgerraden zijn hier een goed voorbeeld van. Burgerraden, door loting samengesteld uit een representatieve dwarsdoorsnede van de samenleving, zouden volgens cultuurhistoricus David van Reybrouck beter in staat zijn om besluiten te nemen over politiek gevoelige onderwerpen in het algemeen belang en voor de langere termijn. In zijn boek *Tegen verkiezingen* (2013) stelt hij dat de democratie niet goed meer functioneert en dat het aanvullen van verkiezingen met burgerberaden dit probleem kan ondervangen. Een vergelijkbaar betoog houdt Eva Rovers in haar recente boek *Nu is het aan ons*. Oproep tot echte democratie.

van burgers en samenleving waaraan innovatie zou moeten bijdragen. 2) Geef burgers een rol en verantwoordelijkheid in het maken van beleidskeuzes.^{af} 3) Geef burgers een stem in het ontwikkelen en implementeren van innovaties, niet alleen in een innovatieomgeving of als tester, maar juist ook in de dagelijkse praktijk thuis of in een zorgomgeving. 4) Geef burgers een medebepalende en meeschrijvende stem in evaluaties van innovaties, zodat zij zelf in beeld brengen wat de innovatie voor de gebruiker betekent. Momenteel zijn het steunpartijen die daarover het eindoordeel vellen en aan wie verantwoording verschuldigd is. Aan de burger/premiebetaler wordt nog onvoldoende of moeilijk navolgbare rekenschap afgelegd.

Bij dit alles is het van belang om oog te hebben voor de heterogeniteit van burgers. Deze heterogeniteit maakt het lastig om burgers als een groep te zien, maar zij kunnen juist door die diversiteit goed bijdragen aan vernieuwing, al was het alleen al door de verschillende blikken op een probleem of de oplossing ervan. Vanwege deze heterogeniteit kunnen beleidsmakers ook hun oor te luisteren leggen bij personen die zich actief inzetten in wijkinitiatieven of bij vertegenwoordigende organen van bewonersinitiatieven zoals het Landelijk Samenwerkingsverband Actieve Bewoners (LSA) of Nederland Zorgt voor Elkaar (NLZVE).

Om meer gelijkwaardigheid te bewerkstelligen tussen eindgebruikers, overheid, bedrijfsleven en kennisinstellingen is het nodig om burgers in een vroeg stadium (mede) richting te laten geven aan onderzoek en om onderzoek te financieren dat hen ook daadwerkelijk en zonder al te veel obstakels in positie brengt. De RVS adviseert om innovatieregelingen dus ook toegankelijker te maken, met name voor sociale innovators omdat zij essentieel zijn voor het realiseren van maatschappelijke opgaven. Daarnaast is het belangrijk om passende en onorthodoxe communicatiemiddelen en -vormen te vinden om de stem van moeilijk bereikbare groepen te laten weerklinken. Initiatieven om mensen met een migratieachtergrond te bereiken tijdens de coronaperiode kunnen daarbij als voorbeeld dienen (‘prikken op de markt’).

5.3.3 Maak nieuwe verdienmodellen en andere financieringsstromen mogelijk

Opgavegericht innoveren vraagt ook om nieuwe verdienmodellen en andere financieringsstromen, zodat middelen makkelijker kunnen schuiven tussen sectoren en domeinen en er minder druk is op het leveren van consulten en behandelingen (ruimte voor leren en verbeteren) (zie hoofdstuk 4). Hieronder werken we een drietal routes uit waarmee de landelijke overheid dit mogelijk kan maken: flexibilisering van wettelijke kaders, andere vormen van bekostiging en aanpassing van voorwaarden voor innovatiesubsidies.

^{af} Er zijn methoden in ontwikkeling, zoals de Participatieve Waarde Evaluatie, om dit te faciliteren en waarin ook de daadwerkelijke afwegingen (voor- en nadelen) van keuzes inzichtelijk worden gemaakt. Zie <https://www.tudelft.nl/tbm/pwe/>

↳ Vergroot financieringsmogelijkheden voor inkopers en geef hen een samenwerkingsopdracht

De RVS pleit voor meer ruimte voor financiers om zorgorganisaties en burgers passende oplossingen te bieden. Opgavegerichte innovaties gaan namelijk door grenzen van sectoren en domeinen heen. In het advies *Grenzeloos samenwerken?* adviseerde de RVS onlangs al om de financieringsmogelijkheden voor inkopers van zorg te vergroten door stelselwetten poreuzer te maken.⁹² Het recente wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking, dat zorgkantoren de mogelijkheid biedt om preventieve interventies aan te bieden aan burgers ‘in de Wlz’, is daar een goed voorbeeld van. Andere opties zijn bijvoorbeeld het inzetten van grens- of overbruggingsbudgetten of het vergroten van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren. Dit advies is in lijn met het recente pleidooi voor flexibilisering van de NZa en Zorginstituut Nederland in het kader van passende zorg.⁹³ Het flexibiliseren van financiële kaders vraagt overigens een minder strikte sturing op financiële kaders per sector en domein in het overheidsbeleid, zoals de RVS eerder al bepleitte in het advies *Opnieuw akkoord?*⁹⁴

We adviseren bovendien dat gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren de opdracht krijgen om meer gezamenlijk, vanuit maatschappelijke opgaven, zorg en ondersteuning in te kopen in plaats van te focussen op kostenbesparing of doelmatigheid binnen het eigen domein. Dit vraagt om meer onderlinge afstemming van het inkoopbeleid en mogelijk alternatieve financieringsconstructies (denk aan *shared savings*-afspraken). Hierdoor kunnen opgavegerichte innovaties die investeringen vergen in het ene domein en opbrengsten creëren in het andere domein (zie voorbeelden in paragraaf 4.3) beter van de grond komen.

↳ Inzetten op andere vormen van bekostiging

De wijze van bekostigen zou meer in het teken moeten staan van toegevoegde waarde (voor burgers en samenleving) in plaats van *hoe en door wie* zorg wordt geleverd (consulten, behandelingen). Dit laatste levert in een aantal sectoren nog altijd een enorme druk op om ‘productie te draaien’, waardoor er te weinig ruimte is voor vernieuwing en afbouw van oude routines. Als het voor organisaties niet langer (financieel) voordelig is om de eigen productie of omzet te verhogen wordt het aantrekkelijker om bij te dragen aan een maatschappelijke opgaven. We zien hiervoor 2 mogelijkheden, die overigens al langer besproken worden maar waarop meer tempo gewenst is (zoals ook benoemd door de NZa en het Zorginstituut in het advies *Samenwerken aan passende zorg*):

- Financiers en zorgaanbieders sluiten ander type contracten. Zo worden in contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders – bijvoorbeeld in de medisch specialistische zorg – al vaker financiële afspraken gemaakt (bijvoorbeeld in de vorm van een aanneemsom) die losstaan van hoeveel en welke ‘prestaties’ of behandelingen worden geleverd. Meestal zijn dit ook meerjarige afspraken, die zo meer ruimte

bieden voor het veranderen van werkwijzen en systemen. In het sociaal domein zien we dit type financiële afspraken eveneens terugkomen. Een ander interessant voorbeeld zijn afspraken in de vorm van zorgbundels voor een integraal pakket aan zorg, bijvoorbeeld voor een bepaalde aandoening of per patiëntgroep.⁹⁵ Dergelijke contractvormen zouden vaker en breder ingezet kunnen worden in de zorg en het sociaal domein, ze zijn nu nog meer uitzondering dan regel.

- VWS en NZa passen de vorm van landelijke prestaties aan. Een tweede route is zorgen dat landelijke prestaties zelf minder gefragmenteerd zijn en dat niet (alleen) de specifieke behandeling, het type professional of type aanbieder bepalend is voor of en hoeveel er betaald wordt. Zo heeft de NZa aan het ministerie van VWS gevraagd om ‘sectoroverstijgende prestaties’ in het leven te kunnen roepen, die ruimte bieden voor innovatieve oplossingen over de grenzen van sectoren heen. Ook het voorbeeld van de nieuwe bekostiging in de wijkverpleging – waar vanaf 2022 mee wordt geëxperimenteerd – past in deze trend, omdat daarin de bekostiging niet is gekoppeld aan hoe de zorg precies wordt geleverd. We adviseren om dit type aanpassingen verder te ontwikkelen en waar mogelijk ook de scheidslijnen tussen sectoren in de bekostiging te verminderen. Op het moment dat wettelijke kaders flexibeler worden gemaakt (zie hiervoor) zouden prestaties ook over domeingrenzen heen kunnen worden vastgesteld.

↳ Verlaat eisen van cofinanciering en te hoge verwachtingen technologie

De Raad adviseert om ook via de eisen voor innovatiesubsidies andere financieringsstromen mogelijk te maken. Ten eerste zou cofinanciering door het bedrijfsleven geen noodzakelijke voorwaarde moeten zijn, zoals nu onder andere in het topsectoren- en innovatiebeleid (PPS-regeling). Het bedrijfsleven *kan* zeer welkom zijn, maar er zijn diverse belangrijke sociale en procesinnovaties die zonder het bedrijfsleven opgepakt kunnen en moeten worden.⁹⁶ Om resultaten te boeken met maatschappelijke veranderingen is het essentieel om de opgave het vertrekpunt te laten zijn, en per opgave te bekijken of het opportuun is het bedrijfsleven aan zet te laten. Voor innovatiesubsidies in de zorg en het sociaal domein is het daarom nodig om het percentage dat het bedrijfsleven moet bijdragen in de vereiste cofinanciering te verlagen.⁹⁹ Dat betekent automatisch meer publieke financiering, waarbij wel de Europese staatssteunregels in acht genomen dienen te worden.

Als tweede adviseren we EZK en VWS om in hun innovatiebeleid en subsidies een minder eenzijdige focus te hebben op technologie en digitalisering. Technologische innovatie kan aan de maatschappelijke opgaven bijdragen, maar dat hoeft lang niet altijd. Te hooggespannen verwachtingen van technologische vernieuwingen, zoals AI, kunnen ertoe leiden dat veelbelovende niet-technologische innovaties geen ruimte krijgen zich te ontwikkelen en te verspreiden. Zorg en ondersteuning zullen

ag Momenteel is het zo dat als het bedrijfsleven 40% van een project meebetaalt, er 30% TKI-toeslag bovenop komt.

altijd in hoge mate een menselijke aangelegenheid blijven. Het is volgens de Raad belangrijk meer ruimte te bieden voor experimenten en onderzoeken die aansluiten bij de kwetsbaarste groepen in de samenleving en de (praktisch geschoolde) zorgverleners die voor hen werken, of deze nu technologie gedreven zijn of niet. Meer aandacht voor sociale innovaties kan bijdragen aan het oplossen van grote maatschappelijke opgaven.

Ten derde zou op het gebied van digitalisering minder het gebruik van digitale toepassingen zelf, maar vooral de maatschappelijke waarde ervan centraal moeten staan. Dit betekent ook oog hebben voor de impact van digitalisering op kwetsbare burgers die niet zitten te wachten op digitalisering – omdat zij zich daardoor juist meer buiten de samenleving geplaatst voelen – of daar moeilijk mee om kunnen gaan (er te veel afhankelijk van worden).⁹⁷ In lijn hiermee zouden de doelstellingen van innovatiesubsidies ook minder technisch en gedetailleerd moeten zijn. Van toetsing op bijvoorbeeld het aantal patiënten dat is ingelogd in een nieuw systeem of portaal (zie paragraaf 4.3.3) naar toetsing op waarde voor burgers en samenleving en het onderliggende veranderproces.

5.3.4 Stel een strategie op voor het omgaan met degenen die niet (kunnen) innoveren en potentiële 'verliezers'

Volgens de RVS is er voldoende (beleids)inzet op het ontwikkelen van innovatie en het promoten van koplopers en goede voorbeelden. Het op grote schaal verspreiden van innovatie vraagt echter ook iets van organisaties, professionals en burgers die minder innovatief (kunnen) zijn. De hiervoor beschreven elementen op het gebied van toezicht, ruimte in regels en financiering zouden deze partijen al meer kansen en stimulansen moeten bieden om mee te veranderen.

Daarbovenop adviseren we de landelijke overheid om in haar innovatiestrategie expliciet uit te werken hoe kan worden omgegaan 'met verlies, onvermogen en weerstand'. Blijft dat uit, dan is het risico groot dat oude en nieuwe praktijken naast elkaar blijven bestaan, partijen geen keuzes (durven) maken en de (disruptieve) vernieuwing niet doorbreekt. Opgavegerichte innovaties kennen in de praktijk potentiële verliezers.^{ah} Zorgorganisaties en professionals, maar ook financiers ervaren dat ze taken kwijtraken, een andere rol moeten spelen of financieel erop achteruitgaan. Uit die verlieservaring kan weerstand voortkomen. Bij het verspreiden van innovaties en bij transitie hoort dan ook altijd de vraag hoe actoren te stimuleren zijn die zich nog niet zo (kunnen) bewegen in de richting van een gewenst maatschappelijk doel en wat een passende verhouding is tot verlies in de benodigde transitie.

^{ah} Overigens kan het voor betrokkenen beter voelen om te spreken over solidair delen, overstappen, of in jargon 'uitfaseren'.

Bij het uitwerken van deze strategie kunnen verschillende handelingsperspectieven of -scenario's worden onderscheiden. Er bestaat namelijk geen optimale methode voor het adresseren van verlies en weerstand die op alle situaties kan worden toegepast.⁹⁸ Iedere concrete situatie vraagt om het onderzoeken van het verlies en de weerstand die aan de orde zijn. De tabel hierna biedt inzicht in een aantal keuzemogelijkheden.

↳ Strategische keuzes voor de overheid bij transitie die met verlies (en weerstand) gepaard gaan

	Er iets aan doen	Er niets aan doen
Erkennen	De overheid erkent dat verlies komt door haar handelen en mitigeert gevolgen.	De overheid toont begrip en medeleven, maar doet materieel niets.
Niet erkennen	De overheid erkent niet dat zij veroorzaker van verlies is, maar komt degenen die verlies ervaren toch tegemoet.	De overheid heeft een andere beleving dan degenen die verlies ervaren en erkent deze ervaring niet en verbindt er ook geen handelen aan.

Bron: NSOB (2021). Omgaan met verlies in transitie: Voorbij een focus op koplopers.

Als de overheid verantwoordelijkheid en verlies erkent en er wat aan doet, dan zijn de actoren eerder in beweging te brengen dan wanneer zij dat niet doet. Een gezamenlijke verkenning van de verlieservaring kan ook beweging brengen. De overheid verandert of verkleint de weerstandsruijme als zij een verhouding vindt tot de verlieservaring van betrokkenen.

Beleidsmakers kunnen weerstand, onvermogen en verlies zowel inhoudelijk (bijvoorbeeld via compensatie- of uitkoopregelingen), procedureel (bijvoorbeeld door het gezamenlijk uittekenen van een transitieproces) als relationeel (bijvoorbeeld door in te zetten op een persoonlijke, betrokken omgang) adresseren. Mogelijk dat innovatieregelingen nog beter beschikbaar kunnen worden gemaakt voor het werken aan afbouw en ombouw (deimplementatie) in plaats van op het ontwikkelen van innovatie. De kabinetsplannen om boeren met een forse som geld te bewegen te stoppen met hun bedrijf om zo de uitstoot van stikstof te verminderen, zijn illustratief voor een overheid die erkent dat haar handelen tot verlies leidt en dat verlies probeert te mitigeren (optie linksboven in het kwadrant). Het is ook een optie om partijen die vernieuwing tegenwerken niet langer te financieren (rechtsonder in het kwadrant) en zo verspreiding van innovatie te forceren.

5.3.5 Borg kennis- en informatieverspreiding voor opgavegerichte innovatie

Opgavegerichte innovatie vraagt om multidisciplinaire kennis over onder andere veranderprocessen, cultuur en routines, verdienmodellen, en regels en standaarden.⁹⁹ Momenteel bestaan er al verschillende platforms en netwerken, zoals beschreven in paragraaf 4.1, waar kennisverspreiding over dit soort thema's kan plaatsvinden. De vraag is echter of deze zodanig benut worden dat ze leiden tot veranderingen in de praktijk. Volgens de Raad zijn er nog een aantal aandachtspunten met betrekking tot kennis en informatie.

Ten eerste zou kennisontwikkeling in opleidingen van zorgprofessionals en in zorgorganisaties nog meer in het teken kunnen staan van sociale aspecten van innovatieprocessen. Een ander soort kennis dus, gericht op organisatieverandering: hoe ga je als professional om met nieuwe manieren van werken, met adaptatie en met ervaringen van verlies of weerstand? Beroepsgroepen en vakverenigingen spelen hierin ook een belangrijke rol. Daarop aansluitend kunnen zorgorganisaties als werkgever in hun werving- en selectieprocedure specifiekere letten op vaardigheden van medewerkers op het gebied van 'adaptatie' (en deze medewerkers ruim baan geven voor innovatie). In de bestaande platforms waar kennis wordt gedeeld en verspreid zou nog meer aandacht mogen zijn voor het verleggen van financieringsstromen en nieuwe verdienmodellen.

Ten tweede is er de kennis bij overheden en financiers zelf. Als het rijk, gemeenten of verzekeraars onvoldoende investeren in het ontwikkelen van kennis, dan neemt hun kennisachterstand ten opzichte van andere stakeholders toe. Dit gaat dan niet zozeer om kennis over de inhoud van specifieke innovaties, maar meer over hoe je verandering stimuleert in de praktijk, hoe je omgaat met weerstand (paragraaf 5.3.4) en hoe je via zorginkoop kunt sturen op maatschappelijke opgaven. Het is (tot een zeker niveau) nodig om te investeren in kennis om niet te afhankelijk van externen te worden. Een partij die verantwoordelijk is om kennis en ervaring uit het verleden en in andere sectoren te verzamelen en aan anderen beschikbaar te stellen, zou helpen om niet telkens opnieuw het wiel te hoeven uitvinden. Ook zou er nog veel te winnen zijn met het bij elkaar brengen van kennis en praktijk en het organiseren van feedbackloops daarvoor. Het sterker verbinden van 'Zorg voor innoveren' (het centrale aanspreekpunt vanuit de overheid om start-ups en scale-ups te informeren, adviseren en verbinden) en het Nederlandse Implementatiecollectief (voor productie en verspreiding van implementatiekennis) zou daarvan een voorbeeld kunnen zijn.^{ai}

ai Bovendien zou de subsidieregeling voor implementatiecoaches (ook ondergebracht bij ZonMw/Zorg voor innoveren) hieraan gekoppeld kunnen worden zodat geaccrediteerde implementatiecoaches de NIC-kennis toepassen in trajecten die zich vanuit ondersteuningsbehoefte melden bij Zorg voor innoveren.

Ten derde wijzen we op het toegankelijk maken van data en systemen in de dagelijkse praktijk van zorg en ondersteuning. We adviseren om, ook ter ondersteuning van opgavegerichte innovatie, onnodige belemmeringen voor het veilig delen van data tussen organisaties weg te nemen. Zo vraagt de afstemming tussen zorgorganisaties om het beter en makkelijker kunnen delen van gegevens dan nu mogelijk is. De overheid kan hierbij een belangrijke rol spelen, mogelijk door eerder aan te sluiten bij internationale standaarden, de ontsluiting van onderdelen van systemen wettelijk af te dwingen of te bekijken of zij centrale voorzieningen eventueel zelf kan organiseren. Het Informatieberaad Zorg probeert al een tijd een duurzaam informatiestelsel te ontwikkelen, zodat gegevens slimmer en veilig kunnen worden uitgewisseld.¹⁰⁰ De omvang en urgentie van de maatschappelijke opgaven vragen echter om meer snelheid.

Het uitwisselen van data is bovendien van belang in het kader van kennis en onderzoek ten behoeve van innovatie. Daarbij zijn de internationale FAIR data principes van waarde.¹⁰¹ Dat wil zeggen dat data vindbaar, toegankelijk, uitwisselbaar en herbruikbaar zijn. Door deze uitgangspunten toe te passen is waardevolle kennis te verbinden, te benutten en wordt interdisciplinariteit gefaciliteerd. FAIR data principes zouden onderdeel moeten zijn van een breed gedragen nationale datastrategie, die het mogelijk maakt om data op allerlei plekken te laten ontstaan en (her)gebruiken.

Ter illustratie: een specifieke toepassing van de adviezen

Ter illustratie schetsen we in deze tekstbox hoe de adviezen eruit kunnen zien als ze worden toegepast op een specifieke opgave. We kiezen als voorbeeld de maatschappelijke opgave op het gebied van 'personele houdbaarheid'. Het gaat nadrukkelijk om een grove schets. Een gedetailleerde uitwerking, in termen van beleids- en financieringsinstrumenten, valt buiten de scope van dit advies.

Breedgedragen missies die definiëren, inspireren en blijven agenderen

Voor het definiëren van een missie over personele houdbaarheid is een beeld nodig van de behoeften van burgers en van (formele en informele) zorgverleners. Wat zijn hun behoeften op het gebied van gezondheid en zorg, gegeven de toenemende krapte op de arbeidsmarkt in de zorg en het sociaal domein? Naast de stem van burgers en zorgverleners zal onder andere ook de stem van zorgbestuurders als werkgevers een belangrijke plek moeten krijgen.

Het bij elkaar brengen van deze en andere perspectieven kan dan leiden tot een maatschappelijke missie die door de politiek wordt bekrachtigd. Missie II van het huidige topsectoren- en innovatiebeleid kan een voorbeeld zijn van een missie voor deze opgave: "Zorg wordt 50% meer in de eigen leefomgeving geboden, samen met het netwerk rond mensen." De missie geeft dus niet aan welke precieze innovaties in de praktijk nodig zijn, maar geeft wel aan waar innovaties aan bij dienen te dragen.

In het kader van de leer- en verbetercyclus wordt de voortgang gemonitord, gerapporteerd en verantwoord aan de Tweede Kamer. Bij deze missie zijn burgers en zorgverleners daarvoor een belangrijke bron van informatie. Vragen die in de monitor aan bod kunnen komen: In welke mate kan zorg in de eigen omgeving worden geboden en krijgen zorgverleners met het netwerk van burgers daar de ruimte en middelen voor? Zo niet, wat is er nodig voor bijsturing?

Creëer gedeelde verantwoordelijkheid tussen overheidsorganisaties

Deze opgave vraagt om gedeelde verantwoordelijkheid bij een aantal ministeries, zoals het ministerie van VWS (beleid om zorg thuis te ondersteunen), het ministerie van EZK (subsidiecriteria van het algemene innovatiebeleid verbinden met de missie) en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) (borgen dat in het arbeidsmarktbeleid rekening wordt gehouden met informele zorg). Systeempartijen toetsen vanuit hun rol of regels voldoende ruimte bieden om zorg in de eigen leefomgeving vorm te geven. Bijvoorbeeld, Zorginstituut Nederland kan erop toezien dat kwaliteitskaders, minder dan nu, specificeren waar en door wie zorg wordt geleverd en dus meer op het wat. Ook kunnen de missies als criterium worden toegevoegd voor het toetsen van innovaties (voor toelating tot het pakket of voor financiering door een zorgverzekeraar). De IGJ kan als toezichthouder aan zorgorganisaties vragen hoe zij het samenspel tussen professionals en het netwerk van burgers ondersteunen (en hoe zij zorgprofessionals daarvoor tijd en ruimte bieden).

Maak nieuwe verdienmodellen en andere financieringsstromen mogelijk

In lijn met de missie toetst de NZa of bekostigingsvormen voldoende ruimte creëren om zorg in de leefomgeving van burgers te bieden. Anders gezegd, de bekostiging zou minder dan nu financiële prikkels (regels) moeten bevatten om zorg zo veel mogelijk in een zorginstelling te houden. Aangezien de missie raakt aan de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars én gemeenten, zullen zij gezamenlijk een financieel plan moeten opstellen voor hoe kosten en baten over domeinen heen herverdeeld zouden kunnen worden. Denk bijvoorbeeld aan een investering van de gemeente in ondersteuning thuis waardoor de hoeveelheid zorg in een instelling afneemt (baten voor de zorgverzekeraar).

Voor eventuele innovatiesubsidies bij deze missie wordt de doelstelling gehanteerd dat zorg meer in de leefomgeving van burgers wordt geboden. *Hoe* dit gebeurt is dan geen leidend criterium. Met andere woorden, of digitale middelen, inzet van andere zorgverleners of bijvoorbeeld nieuwe samenwerking tussen formele en informele zorg hieraan bijdraagt, is aan de praktijk. Een bijpassende vereiste kan zijn dat het netwerk van burgers expliciet een stem heeft in het innovatieproject.

Stel een strategie op voor het omgaan met degenen die niet (kunnen) innoveren en met potentiële 'verliezers'

Welke partijen verlies of weerstand ervaren als gevolg van innoveren voor deze opgave en missie is niet zomaar te zeggen. Mogelijk dat zorgverleners weerstand ervaren doordat zorg op een andere locatie of meer digitaal wordt verleend, anders dan ze gewend zijn, of doordat de rol van informele zorgverleners groeit. Ook zorgorganisaties kunnen weerstand ervaren, bijvoorbeeld vanuit de idee dat er omzetverlies optreedt. Het is aan beleidsmakers en systeempartijen om hier expliciet een strategie voor op te stellen, bijvoorbeeld openlijke erkenning, financiële compensatie (denk aan een transitiefonds) of anderszins.

Borg kennis- en informatieverspreiding voor opgavegerichte innovatie

Kennis en informatie ten behoeve van deze missie dient onder andere in te spelen op het versterken van het netwerk rondom de burger. Zo is kennis nodig over hoe een netwerk rondom burgers te creëren als dat niet direct aanwezig is en over manieren om formele en informele zorgverleners beter te laten samenwerken. Ook zouden systemen het mogelijk moeten maken om relevante informatie te delen tussen burger, netwerk en zorginstellingen.

Tot slot

In de zorg en het sociaal domein is veel innovatiekracht en initiatief aanwezig. Tegelijkertijd zijn de opgaven voor deze domeinen dusdanig groot - denk aan de personele houdbaarheid of het verminderen van gezondheidsverschillen - dat doorgaan op dezelfde weg geen optie is. De RVS bepleit met dit advies om maatschappelijke opgaven richtinggevend te laten zijn voor iedereen, in praktijk en beleid, die zich met innovatie bezighoudt. Betere afstemming tussen nu verkokerde overheidsonderdelen is essentieel om te sturen op innovaties waaraan de samenleving behoefte heeft. Bovendien betekent dit vroegtijdige inbreng van burgers, en niet-vrijblijvende betrokkenheid van het zorgveld, innovators en overheid.

Het hanteren van lonkende perspectieven en heldere missies zorgt daarbij voor inspiratie en beweging. Ook vragen de maatschappelijke opgaven een lange adem. Het is de kunst te blijven focussen op de richting en deze te verbinden aan aanpassingen in beleid en financiering die nodig zijn om koers te houden. Wil een missie succesvol zijn, dan moet die mensen raken, breed gedragen zijn en levend worden gehouden, gevolgen hebben voor partijen en in zichtbare verbeteringen voor grote groepen burgers resulteren. Niet in de laatste plaats voor hen die het meest kwetsbaar zijn.

Bijlage 1 – Lijst geraadpleegde personen

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Individuele gesprekken en interviews

Naam	Organisatie
Bart Bakker Jord Neuteboom Susanne Smits	Anders denken, doen en organiseren (ADDO)
Jacco Pols Evelyn Visschedijk	Garage2020
Bart Malenstein Marcel Dirkes	Quin Dokters
Marie-José van Gardingen	CZ
Bertien Dumas Jan Tebbens Netteke Ludwig	(voorheen) Menzis
Marit Tanke	VGZ
Sanne van Soelen	Zelfstandig, voorheen Zilveren Kruis-Achmea
Pauline Poel	Zelfstandig, voorheen Zilveren Kruis-Agis
Gert-Jan van der Hout	Gemeente Rotterdam
Gelle Klein Ikkink Nienke Zwennes Chris Flim Liliane de Ruiters-Nanninga	Ministerie van VWS
Hugo Solleveld	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Bernard Creutzburg Harm Lieverdink Willemien Alting	Nederlandse Zorgautoriteit
Teresa Cardoso Ribeiro	Zorginstituut Nederland
Cora Kreft	Algemene Rekenkamer
Henk Smid	Adviseur ZonMw

Merik Seven	ZonMw
Joop Koppenjan	Erasmus Universiteit
Duco Bannink	Vrije Universiteit Amsterdam
Kirsten van Spronsen Hanna Groen Nico van Meeteren Ernst Nagel	(voorheen) Health~Holland
Jaap Maljers	Incision Group
Marjolein Geurts	BeBright
Daan Roosegaarde	Studio Roosegaarde
Job Eijsink	Isala Ziekenhuis
Hans van Oers	Universiteit Tilburg, voorheen ministerie van VWS
Alexander Hoogendoorn	Het Wijkbedrijf De Middellander, Zorgvrijstaat
Wouter Boon	Copernicus Instituut Universiteit Utrecht
Matthijs Janssen	Universiteit Utrecht
Cindy Hobert	OZOverbindzorg

Online bijeenkomst 19 januari 2022 met experts uit de praktijk

Naam	Organisatie
Judith Veenkamp	Stichting Waag
EGge van der Poel	Jheronimus Academy of Data Science (JADS)
Martijn de Groot	Radboudumc
Arien Storm	Lentis GGZ Groningen
Nardo van der Meer	Catharina Ziekenhuis
Jolanda Buwalda	Omring
Lia van Doorn	Hogeschool Utrecht
Amber Geurts	Rathenau Instituut

Online bijeenkomst 26 januari 2022 met vertegenwoordigers landelijke overheid en systeempartijen

Naam	Organisatie
Nico van Meeteren	Health~Holland
Kirsten van Spronsen	Health~Holland
Johan Rijnveld	Nederlandse Zorgautoriteit
Chris Flim	Ministerie van VWS
Teresa Cardoso Ribeiro	Zorginstituut Nederland
Sjaak Wijma	Zorginstituut Nederland
Mike Leers	Nederland Zorgt voor Elkaar
Jan Smelik	Nederland Zorgt voor Elkaar
Thijs van Mierlo	Landelijk Samenwerkingsverband Actieve Bewoners (LSA)
Gert-Jan van der Hout	Gemeente Rotterdam
Clemence Ross	Ministerie van EZK
Eric van der Hijden	Zilveren Kruis
Marit Tanke	VGZ
Walter Brummelhuis	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
Reinder Tamminga	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Bijeenkomsten die zijn bijgewoond ter inspiratie voor dit advies:

- Bijeenkomst met RVS-talentennetwerk VeRS over 'Kunst van het innoveren' (februari 2021)
- Innovatieontbijt van Dutch Health Leaders Foundation (8 februari 2021)
- Leersessie van de Proeftuin Ruwaard (23 maart 2021)
- Fordisme in de zorg, bijeenkomst naar aanleiding van Gupta-rapport *Voorkom de volgende golf* – over arbeidsbesparende innovatie (9 juni 2021)
- Symposium Leren, werken en innoveren in de dementiezorg (18 november 2021)
- Rondetafelbijeenkomst 'VWS en EZK: een ongemakkelijk huwelijk of twee pijlers voor een optimaal life science & health ecosysteem?' (2 december 2021)

Bijlage 2 – Eerdere adviezen van RVS, RVZ en CEG

We hebben 7 eerdere adviezen van de RVS, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) over innovatie bekeken (zie de uitgebreide tabel hierna). De volgende innovaties zijn in deze rapporten bestudeerd: internet, e-health, *bewezen* verbeteringen in werkwijzen, *arbeidsbesparende* innovatie, kunstmatige intelligentie en zorg op afstand. In alle rapporten wordt de vraag gesteld wat de overheid moet en kan doen om genoemde innovaties te stimuleren, sneller te verspreiden, risico's weg te nemen. Soms is de vraag iets algemener: Wat moet er gebeuren om...?

We zien een aantal rode draden terugkomen in de adviezen die zijn gegeven. De overheid moet zorgen voor (ICT-)infrastructuur en passende bekostigingsvormen. Ook wordt aandacht gevraagd voor het informeren, ondersteunen en scholen van burgers en zorgprofessionals. Van organisaties en bestuurders wordt gevraagd om veranderingen in cultuur te bewerkstelligen (leer af te stappen van bestaande werkwijzen) en leiderschap te tonen. Het gebrek aan onderzoek en evidence over de (kosten)effectiviteit komt ook meerdere malen terug, al wordt in een van de rapporten beschreven dat dit een minder bepalende factor is.

Naam advies (jaar); adviesvraag	Inhoud van het advies
<i>Patiënt en Internet</i> (RVZ, 2000): "Welke activiteiten moeten worden ondernomen om de kansen te vergroten en de bedreigingen te beperken? Wat is hierbij de taak van de rijksoverheid? Wat moeten andere actoren doen?"	Actiepunten voor overheid en veldpartijen: Realiseer toegang tot internet (onderwijs, voorlichting, publiek aanbod in instellingen). Bied relevante informatie aan op internet en promoot die (door aanbieders en wetenschappelijke verenigingen, gezondheidsportaal). Faciliteer het omgaan met informatie en communicatie (voorlichting, webconsulten door artsen, helpdesks). Omgaan met aanbod van diensten (voorlichting over risico's).
<i>E-health in zicht</i> (RVZ, 2002): "Op welke punten is anticiperend, stimulerend of regulerend optreden van de overheid gewenst? Op welke punten is het veld aan zet? Welke maatregelen moet de overheid treffen?"	Er bestaat een grote kloof in de zorg tussen wat mogelijk is met e-health en wat in de praktijk wordt toegepast. Dit komt door belemmeringen in marktstructuur, financiering en wet- en regelgeving. Adviezen: • Overheid: stel technische standaarden op voor veilige elektronische uitwisseling van gegevens. Wijs hiervoor een onafhankelijke autoriteit aan. • Richt een fonds in voor ontwikkeling en implementatie van e-health. Met borging dat zorgverzekeraars succesvolle voorbeelden contracteren. • Zoek nieuwe vormen van bekostiging voor e-health. • Veldpartijen: verander cultuur (scholing, promotie) en creëer bewijs over de meerwaarde van e-health (technology assessment).
<i>Van weten naar doen; snelle verspreiding van bewezen verbeteringen</i> (RVZ, 2005): "Wat is nodig om de oorzaken van trage verspreiding weg te nemen? Op welke wijze kan de rijksoverheid direct of indirect bevorderen?"	Het (sneller) verspreiden van verbeteringen in de zorg is een complex proces. Welke factoren een trage adoptiesnelheid veroorzaken verschilt per situatie, sector en type verbetering. De RVS adviseert de overheid om van 3 gebieden prioriteit te maken, in het verlengde van het beleid gericht op vraagsturing en gereguleerde concurrentie: Financiële regels mogen geen belemmering vormen voor adoptie van bewezen verbeteringen (denk aan het aanpassen van dbc's of van zorgarrangementen in de AWBZ). Beloon voorlopers en straf achterblijvers. De prestaties van individuele aanbieders moeten transparant en openbaar worden gemaakt. Dit zet achterblijvers ertoe aan om zich aan te passen. Stimuleren van <i>patient empowerment</i> , zodat patiënten de benodigde 'externe druk' op zorgaanbieders kunnen uitoefenen. Ook van belang is een andere cultuur, uitproberen, en adequate opleidingen gericht op vernieuwing en kwaliteitsverbetering. Dit is vooral een taak voor het veld en minder voor de overheid.

<p><i>Ruimte voor arbeidsbesparende innovaties in de zorg (RVZ, 2010):</i></p> <p>“Hoe kan de verspreiding van arbeidsbesparende innovaties in de zorg worden gestimuleerd, opdat deze innovaties optimaal kunnen worden benut voor het dreigend arbeidstekort in de zorg?”</p>	<p>Bestuurders voelen nog onvoldoende urgentie om in te zetten op arbeidsbesparende innovatie. Bepaalde innovaties verspreiden zich inmiddels (domotica in gehandicaptenzorg en e-mental health in ggz), andere minder (onder andere zelfmanagement en zorg op afstand).</p> <p>Vele factoren spelen hierbij een rol. Denk aan financiële noodzaak, financiële prikkels, gedrevenheid van zorgbestuurders en professionals (zorgverleners raken gemotiveerd door kwaliteitsverbetering, niet door arbeidsbesparing), onbekendheid met mogelijkheden, vasthouden aan bestaande werkwijzen, opleiding.</p> <p>Adviezen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overheid en verzekeraars: creëer geormerkt geld voor arbeidsbesparende innovaties met meetbare doelstellingen. • Lever gezamenlijke inspanning en structurele bekostiging voor verspreiding van zorg op afstand. • Stimuleer bestuurlijk leiderschap, bijscholing, professionele autonomie en organisatieontwikkeling.
<p><i>Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte (RVS, 2017):</i></p> <p>“Wat zou de rijksoverheid moeten en kunnen doen om de implementatie van e-health te versnellen?”</p>	<p>Rijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neem initiatief om in hoofdlijnenakkoorden met veldpartijen afspraken te maken over de implementatie van e-health. • Geef partijen (meerjarig) ruimte en (financiële) zekerheid. • Realiseer een ‘e-health snelweg’ door aanbieders en leveranciers van ICT-systemen te verplichten dat data uit de verschillende systemen gemakkelijk uitwisselbaar zijn en dwing dit af. <p>Zorgaanbieders en zorginkopers:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kom gezamenlijk tot een visie op zorgverbetering door middel van e-health, en gebruik die voor meerjarenafspraken over de financiering. • Verleid patiënten met (financiële) voordelen bij gebruik van digitale zorg. <p>Zorgprofessionals en patiënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maak het gebruik van e-health bespreekbaar. • Verhoog de kennis over e-health. • Participeer in onderzoek om effecten te valideren.

<p><i>Waarde(n)volle zorgtechnologie: Kansen en risico's van kunstmatige intelligentie in de zorg (RVS, 2019):</i></p> <p>“Hoe kunnen we de kansen van AI benutten en de risico's voor deze publieke belangen beperken?”</p>	<p>Eerste spoor (lange termijn):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overheid: analyseer steeds effecten van AI op publieke belangen en de maatregelen om die te blijven borgen. • Overheid: stimuleer kennis, debat en opinievorming over AI. • Zorg dat er in opleidingen aandacht is voor AI. <p>Tweede spoor (direct):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overheid: stel kwaliteitseisen aan AI-toepassingen. • Overheid: stel uitgangspunten op waaraan nieuwe AI-toepassingen moeten voldoen voor toelating. • Ga Europees samenwerken en neem initiatief opdat opvattingen worden gehoord. • Overheid: merk AI-toepassingen (bijvoorbeeld diagnose-systemen en PGO's) in de zorg aan als diensten van algemeen economisch belang en stel op die manier eisen. • Overheid: zorg ervoor dat burgers altijd hun gegevens terug kunnen krijgen.
<p><i>De ethiek van e-health. Overkoepelende boodschap bij de drie CEG-signalementen over e-health (CEG, 2020).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsapps en wearables bij preventie: gebruik van apps roept dilemma's op die vragen om een terughoudende rol van de overheid; kritisch toezicht op kwaliteit en impact in termen van medicalisering en toename van gezondheidsverschillen is gewenst. • Robotisering in de langdurige zorg staat in de kinderschoenen. Er is praktijkervaring nodig met wat robotisering betekent voor de relatie zorgverlener-zorgontvanger. Zie robots nog niet als een uitontwikkeld product. • Sensoren in de thuissituatie: er is meer onderzoek nodig naar praktijkervaringen van verschillende doelgroepen. Overheid: investeer in gedegen langetermijnonderzoek. Er zijn afspraken/handleidingen voor mantelzorgers nodig over autonomie en privacy. En waarden als betrokkenheid en betekenisvol contact moeten geborgd blijven.
<p><i>Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis (RVS, 2020):</i></p> <p>“Wat is er nodig om de snelle en zinvolle ontwikkelingen op het gebied van digitale zorg op afstand die nu (ten tijde van de coronacrisis) worden ingezet, ook in de toekomst op een goede manier te continueren?”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Overheid: stel landelijke doelstellingen en prioriteiten op waar digitale zorg aan moet bijdragen. • Overheid: creëer duurzame vormen van bekostiging en contractering. • Overheid: creëer ruimte (wettelijk, bekostiging, toezicht, onderzoek) voor vernieuwende initiatieven buiten de bestaande aanbieders om. • Heb meer aandacht voor actief leren en evalueren in de praktijk met benodigde ondersteuning voor professionals.

Bijlage 3 – Anders verantwoord

In het RVS-advies *Blijk van vertrouwen* bepleit de RVS een radicale omslag van de huidige verantwoordingspraktijk.¹⁰² Het advies biedt een antwoord op het onbehagen over de huidige manier van verantwoord in de zorg. Zorgverleners zijn leveranciers geworden van verantwoordingsinformatie die onvoldoende bijdraagt aan betere zorg en ondersteuning en belemmert een dynamische praktijk gericht op continu leren en verbeteren.

Dit vraagt een breuk met de wijze van verantwoord die in de afgelopen decennia is opgebouwd en die is gebaseerd op harde criteria, richtlijnen en protocollen (een normatief kader) waar iedereen zich aan behoort te houden. De uitdaging is om subjectieve kwaliteitservaring nu ook een plek te geven; niet in de plaats van, maar naast het normatieve kader van ‘aan de normen voldoen’, tellen, meten en vergelijken aan de hand van normatieve indicatoren.

Zorgverleners en bestuurders zouden daarom moeten investeren in teamreflectie en visitatie, en ze zouden feedback van externe partijen als toezichthouders moeten benutten. Daarbij gaat het om uitwisseling van ervaringen (narratieven) en leren van elkaar. Interne toezichthouders zouden bestuurders actiever moeten bevragen op hoe zij medewerkers om verantwoording vragen, en externe toezichthouders zouden actiever de verbinding moeten zoeken met de zorgverleners. Op die manier kunnen externe toezichthouders hun taken afstemmen op de eigen verantwoording van zorgverleners en zo goed mogelijk inzicht krijgen in het werk van zorgverleners en de waarden die zij en hun patiënten of cliënten belangrijk vinden.

Deze nieuwe manier van verantwoord, meer gebaseerd op vertrouwen, stelt zorgverleners in staat om op basis van feedback de eigen werkwijzen aan te passen of anderen te laten zien hoe het ook kan. Het draagt bij aan gezamenlijke besluitvorming door patiënt of cliënt en zorgverlener en het zorgt ervoor dat zorgprofessionals kunnen inspelen op de specifieke context van de zorgvraag.

De door de Raad bepleite kanteling heeft ook consequenties voor het systeem van wetenschappelijk onderzoek. Het benutten van extern bewijs in de lokale situatie is meer dan een kwestie van implementeren. Het zou onderdeel moeten zijn van een leerproces waarbij de invloed van contextfactoren op uitkomsten van zorg expliciet wordt gemaakt. Onderzoekers en financiers van gezondheidsonderzoek moeten daarom meer aandacht besteden aan de invloed van de context van de praktijk waarin zorg wordt verleend. Dit kan bijvoorbeeld door het benutten van lokale praktijkgegevens en door het combineren van kwantitatieve en kwalitatieve methoden in hetzelfde onderzoek.

Ook in de advisering over het pakketbeheer zou Zorginstituut Nederland rekening moeten houden met de context waarin de zorg wordt geboden en met andere kennisbronnen dan wetenschappelijk bewijs. Dat kan bevorderd worden door het betrekken van professionals, patiënten en burgers. Dat goede zorg louter op basis van empirische data valt te grondvesten is een illusie, stelt de RVS in weer een ander advies, *Zonder context geen bewijs*.¹⁰³

Eenduidig wetenschappelijk bewijs doet onvoldoende recht aan het morele en persoonlijke karakter van goede zorg. De vraag wat goede zorg is, moet daarom een zaak van permanente dialoog zijn. De aandacht voor het meten van indicatoren, verantwoording afleggen en transparantie is doorgeschooten, vindt de Raad. Dat leidt tot een statische weergave van de werkelijkheid. De Evidence Based Medicine-beweging heeft ertoe geleid dat zorgverzekeraars proberen om alleen bewezen zorg te vergoeden. Beter zou het zijn de wetenschappelijke bewijsvoering te verbreiden vanuit de kennis die in de praktijk wordt verkregen met opgavegerichte innovaties. Voor aandacht voor de context van een behandeling is veelal kwalitatief onderzoek nodig.

Literatuurlijst

- 1 RVS (2021). *Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 2 RVS (2021). *Gezondheidsverschillen voorbij – Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 3 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- 4 RIVM. [↳ https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/CO₂-uitstoot-zorgsector-verminderen](https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/CO2-uitstoot-zorgsector-verminderen)
- 5 WRR (2022). *Kiezen voor houdbare zorg*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, p. 147 voor cijfers over olopemde wachttijden in de ggz; Zie ook berichten over opnamestop van onder andere Parnassia ([↳ https://www.skipr.nl/nieuws/parnassia-verlengt-opnamestop-voor-haagse-clienten-psyq-en-i-psy/](https://www.skipr.nl/nieuws/parnassia-verlengt-opnamestop-voor-haagse-clienten-psyq-en-i-psy/)) en Jeugdbescherming Brabant ([↳ https://www.bd.nl/tilburg-e-o/dertig-kinderen-in-regio-tilburg-in-wachtkamer-na-opname-stop-jeugdbescherming-brabant~a3bcbe4d/](https://www.bd.nl/tilburg-e-o/dertig-kinderen-in-regio-tilburg-in-wachtkamer-na-opname-stop-jeugdbescherming-brabant~a3bcbe4d/)).
- 6 Pelgrim, C. (2021). 'Hoe twee wethouders in Heerlen en Rotterdam de ongelijkheid proberen te bestrijden'. In: *NRC Handelsblad*, 14 juli 2021.
- 7 Algemene Rekenkamer (2020). *Resultaten verantwoordingsonderzoek 2019 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI). Rapport bij het jaarverslag*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
- 8 Inspectie der Rijksfinanciën (2017). *Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie. Interdepartementaal beleidsonderzoek naar innovatie in de zorg*. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën; *Nederlands Tijdschrift voor Brilljante Mislukkingen*, maart 2021; juni 2020; november 2018, december 2017.
- 9 *Nederlands Tijdschrift voor Brilljante Mislukkingen*, maart 2021; juni 2020, november 2018, december 2017; Putters, K. en Janssen, M. (2011). *Investeren in innovatie: 'The next step'*. *Clingendael European Health Forum*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- 10 RVS (2020). *Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 11 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 12 RIVM Gezonde levensverwachting | Opleiding | Volksgezondheid en Zorg ([↳ vzinfo.nl](https://vzinfo.nl))
- 13 RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij – Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; RVS (2021). *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving; Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 14 RVS (2021). *Wissels omzetten voor een veerkrachtige samenleving; Vier prioriteiten voor de nieuwe kabinetsperiode*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; Kwaliteitsraad (2021). *Advies Kwaliteitsraad Passende Zorg; Naar aanleiding van Passende Zorg Dialoog*.

- 15 WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- 16 Quarsie, J., Pas, R. van der, Fanoy, E. en Hazel, P. van den (2021). 'De impact van klimaatverandering op gezondheid.' In: *Nederland Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2021;165:D6245; Rikkert, M.O., Jambroes, M. en Opstelten, W. (2021). 'Zorgprofessionals voor het klimaat. Oproep tot actie voor een gezondere wereld.' In: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2021;156:D6317.
- 17 Gupta Strategists (2019). *Een stuur voor de transitie naar duurzame gezondheidszorg. Kwantificering van de CO₂-uitstoot en maatregelen voor verduurzaming*. Amsterdam: Gupta Strategists; Malik, A., Lenzen, M., McAlister, S. en McGain, F. (2018). *The carbon footprint of Australian health care*. *Lancet Planet Health*. 2018;2:e27-35.
- 18 RIVM. [↳ https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/CO₂-uitstoot-zorgsector-verminderen](https://www.rivm.nl/green-deal-duurzame-zorg/CO2-uitstoot-zorgsector-verminderen)
- 19 [↳ https://innovatie-site.nl/soorten-innovatie/](https://innovatie-site.nl/soorten-innovatie/)
- 20 [↳ https://guusschrijvers.nl/vernieuw-de-zorg-evalueer-met-statistiek-en-verhalen-en-verduurzaam-het-goede/](https://guusschrijvers.nl/vernieuw-de-zorg-evalueer-met-statistiek-en-verhalen-en-verduurzaam-het-goede/)
- 21 Vogelenzang, J.V.M. (2017). 'Systeeminnovaties 2.0.' In: *Sturen in een verweven dynamiek. Perspectieven op complexiteit en oriëntaties voor beleid*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.
- 22 [↳ https://www.iqhealthcare.nl/media/124532/rapport-doelmatige-innovatie-in-de-zorg-dec-2016.pdf](https://www.iqhealthcare.nl/media/124532/rapport-doelmatige-innovatie-in-de-zorg-dec-2016.pdf)
- 23 [↳ https://www.peterjoosten.net/innovatie-gezondheidszorg/#voorbeelden](https://www.peterjoosten.net/innovatie-gezondheidszorg/#voorbeelden)
- 24 Hessels, L. Tjong Tjin Tai, S-Y en Deuten, J. (2020). *De belofte van opgavegericht innovatiebeleid. – Een analyse van Europees innovatiebeleid voor de Green Deal en kunstmatige intelligentie*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- 25 Diercks, G., H. Larsen & F. Steward (2019). Transformative innovation policy: Addressing variety in an emerging policy paradigm. In: *Research Policy*, 48(4), 880-894.
- 26 LivingLab Beweegvriendelijk Vinkhuizen ([↳ https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/sport-en-bewegen/programmas/project-detail/living-labs-sport-en-bewegen/livinglab-beweegvriendelijk-vinkhuizen/verslagen/](https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/sport-en-bewegen/programmas/project-detail/living-labs-sport-en-bewegen/livinglab-beweegvriendelijk-vinkhuizen/verslagen/)).
- 27 Christensen, C.M., Raynor, M.E., McDonald, R. (2015). 'What Is Disruptive Innovation?' In: *Harvard Business Review*, december 2015. <https://hbr.org/2015/12/what-is-disruptive-innovation>
- 28 [↳ https://www.icthealth.nl/nieuws/zorginnovatie-radicaal-incrementeel-of-alleen-verbeteren/](https://www.icthealth.nl/nieuws/zorginnovatie-radicaal-incrementeel-of-alleen-verbeteren/)
- 29 Christensen, C.M., Raynor, M.E., McDonald, R. (2015). 'What Is Disruptive Innovation?' In: *Harvard Business Review*, December 2015.
- 30 [↳ https://kry.health/](https://kry.health/)
- 31 Inspectie der Rijksfinanciën (2020). *Innovatieve samenleving. Brede maatschappelijke heroverweging*. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- 32 NZa (2018). *Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. BR/REG-19158*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit ([↳ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289778_22/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_289778_22/)).
- 33 [↳ https://www.zorgvoorinnoveren.nl/](https://www.zorgvoorinnoveren.nl/)

- 34 VWS (2020). *Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing*. Kenmerk 1743677-210049-IenZ; VWS (2021) *Kamerbrief Motie de Vries digitale en hybride zorg*. Kenmerk 3267686-1017600-IenZ.
- 35 Inspectie der Rijksfinanciën (2017). *Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie*. Interdepartementaal beleidsonderzoek naar innovatie in de zorg. Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- 36 VWS (2020). *Voortgangsrapportage Innovatie & Zorgvernieuwing*. Kenmerk 1743677-210049-IenZ.
- 37 [↳ https://www.informatieberaadzorg.nl](https://www.informatieberaadzorg.nl)
- 38 TK (2021/2022) Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2022. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 35 925 XVI, nr. 1.
- 39 VWS (2021). *Kamerbrief Motie de Vries digitale en hybride zorg*. Kenmerk 3267686-1017600-IenZ.
- 40 VWS (2020). *Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de zorg*. Kamerstuk 27529, nr.218 ([↳ https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27529-218.html](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-27529-218.html)); NZa (2020). *Zorgkantoren, pak meer de verantwoordelijkheid en regie in de regio* ([↳ https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/12/15/nza-zorgkantoren-pak-meer-de-verantwoordelijkheid-en-regie-in-de-regio](https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2020/12/15/nza-zorgkantoren-pak-meer-de-verantwoordelijkheid-en-regie-in-de-regio)).
- 41 IGJ (2021). *Advies Gepast Gebruik*. Kenmerk 1796125-215682-Z. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- 42 IGJ (2019). *Toetsingskader IGJ. Inzet van e-health door zorgaanbieders*. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- 43 Velzing, E.J. (2013). *Innovatiepolitiek: Een reconstructie van het innovatiebeleid van het ministerie van Economische Zaken van 1976 tot en met 2010*. Proefschrift. Eburon.
- 44 [↳ https://www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/kennis-en-innovatieagenda-2020-2023-gezondheid-en-zorg.pdf](https://www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/kennis-en-innovatieagenda-2020-2023-gezondheid-en-zorg.pdf)
- 45 [↳ https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/10/15/kamerbrief-over-missiegedreven-topsectoren-en-innovatiebeleid](https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/10/15/kamerbrief-over-missiegedreven-topsectoren-en-innovatiebeleid)
- 46 Health~Holland. *Gezondheid & Zorg, Kennis- en Innovatieconvenant 2020-2023*. HH KIC (health-holland.com) en Staatscourant (2019) nr. 64553. *Kennis- en Innovatieconvenant 2020-2023* ([↳ https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-64553.html](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2019-64553.html)).
- 47 Staatscourant 2019 nr. 64553-n1, 5 december 2019. *Rectificatie Kennis- en Innovatieconvenant 2020-2023*.
- 48 Staatscourant 2019 nr. 64553-n1, 5 december 2019. *Rectificatie Kennis- en Innovatieconvenant 2020-2023*.
- 49 Boon, W. en Sloots, F. (2018). *Monitoring pilot versnellingsmakelaars. Evaluatie ondersteuning van opschaling eHealth-innovaties*. Universiteit Utrecht.
- 50 Rathenau Instituut (2020). *Maak werk van opgavegericht innovatiebeleid*. Bericht aan het parlement. Den Haag: Rathenau Instituut.
- 51 Wevers, C. en Gijsbers, G. (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg*. TNO.
- 52 Velzing, E.-J. (2013). *Innovatiepolitiek: Een reconstructie van het innovatiebeleid van het ministerie van Economische Zaken van 1976 tot en met 2010*. Proefschrift. Eburon.

- 53 Inspectie Rijksfinanciën (2017). *Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie*. Interdepartementaal beleidsonderzoek naar innovatie in de zorg (IBO). Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- 54 Wevers, C. en Gijsbers, G. (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg*. TNO innovation for life.
- 55 L. Hessels & J. Deuten (2013). *Coördinatie van onderzoek in publiek-private samenwerkingsverbanden*. SciSA rapport 1328. Den Haag: Rathenau Instituut.
- 56 Velzing, E.-J. (2013). *Innovatiepolitiek: Een reconstructie van het innovatiebeleid van het ministerie van Economische Zaken van 1976 tot en met 2010*. Proefschrift. Eburon.
- 57 Rathenau Instituut (2020). *Maak werk van opgavegericht innovatiebeleid*. Bericht aan het parlement 3 december 2020.
- 58 Wevers, C. en Gijsbers, G. (2013). *Innoveren voor gezondheid. Technologische en sociale vernieuwing in preventie en zorg*. TNO innovation for life.
- 59 Vollebregt, B. (2018). 'Na twintig jaar solliciteren heeft de autistische Ivar eindelijk een baan.' In: *Trouw*, 24 februari 2018.
- 60 Interviews Werk als beste Zorg | Sterk Door Werk
- 61 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 62 Wijck, F. van (2021). 'De menselijke maat in dementiezorg.' In: *De Eerstelijns*, september 2021.
- 63 Werk als beste Zorg - Alles is gezondheid
- 64 NZa (2021). *NZa reactie op dialoognota ouder worden 2020-2040*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit ([↳ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_638339_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_638339_22/1/)); NZa (2021). *Samenwerking, regie en heldere keuzes zijn noodzakelijk voor enorme uitdagingen. Uitvoering Wlz 2020-2021*. NZa-Magazines 06 ([↳ https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/06/samenwerking-regie-en-heldere-keuzes](https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/06/samenwerking-regie-en-heldere-keuzes)); NZa (2020). *Advies Bekostiging wijkverpleging 2022. Van kwantiteit naar kwaliteit*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit ([↳ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323323_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_323323_22/1/)); NZa (2021). *Convenant bekostiging, wijkverpleging 2022-2026*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit ([↳ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_650943_22/1/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_650943_22/1/)).
- 65 Burgerbetrokkenheid bij sociale wijkteams. Handreiking voor adviesraden sociaal domein ([↳ https://www.wmoraad-sittardgeleen.nl/wp-content/uploads/2016/06/AVI-Handreiking-Burgerbetrokkenheid-bij-sociale-wijkteams.pdf](https://www.wmoraad-sittardgeleen.nl/wp-content/uploads/2016/06/AVI-Handreiking-Burgerbetrokkenheid-bij-sociale-wijkteams.pdf)); Wilde, R. de (2021). 'Mooi die inspraak via een burgerberaad, maar zorg dan wel voor een helder mandaat.' In: *De Volkskrant*, 14 september 2021.
- 66 Heijmans, M. Brabers, A.E.M. en Rademakers, J. (2018). *Health literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel; RVS (2020). *Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij complexe zorgvragen*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 67 ZonMw (2020). *Ervaringsdeskundigheid een stap verder. Signalement*. Den Haag: ZonMw.
- 68 ZonMw en Health~Holland (2021). *Citizen science voor gezondheid en zorg* ([↳ https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/citizen-science-voor-gezondheid-en-zorg/](https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/citizen-science-voor-gezondheid-en-zorg/)).

- 69 Health~Holland. TKI Life Science & Health. *TKI-LSH Match regeling voor publiek-private samenwerking in 2022* (↪ <https://www.health-holland.com/sites/default/files/downloads/TKI-LSH-Match-Call-2022-Nederlands.pdf>).
- 70 ZonMw (2020). *Het verschil maken. Met kennis werken aan een goede gezondheid voor iedereen. Beleidsplan 2020-2024*. Den Haag: ZonMw.
- 71 RVS (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- 72 Zorginstituut Nederland (2015). *Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. Diemen: Zorginstituut Nederland (↪ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2015/01/15/beoordeling-stand-van-de-wetenschap-en-praktijk>).
- 73 Abma, I. Hove, K. ten, Ranke, S., Rovers, M. Adang, E., Jeurissen, P. en Wees, P. van der (2016). Nijmegen: Talma Institute; Inspectie Rijksfinanciën (2017). *Vernieuwing in de zorg, zorg voor implementatie*. Interdepartementaal beleidsonderzoek naar innovatie in de zorg (IBO). Den Haag: Inspectie der Rijksfinanciën.
- 74 TK (2021/2022) Missiegedreven topsectoren- en innovatiebeleid. Bijlage bij brief van de minister van Economische Zaken. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 15 oktober 2021
- 75 ↪ <https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/openstaande-subsidieoproepen/detail/item/citizen-science-voor-gezondheid-en-zorg/>
- 76 TK (2021/2022) Missiegedreven topsectoren- en innovatiebeleid. Bijlage bij brief van de minister van Economische Zaken. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 15 oktober 2021
- 77 Frenken, K., Hekkert, M. en Janssen, M. (2021). *Betrek alle ministeries en samenleving bij aanjagen innovatie via missies*. ESB, 106(4799), 2021; Janssen, M. (2020) *Post-commencement analysis of the Dutch 'Mission-oriented Topsector and Innovation Policy' strategy*. Rapport Mission-Oriented Innovation Policy Observatory, 9 november.
- 78 CEG (2020). *De ethiek van e-health. Overkoepelende boodschap bij de drie CEG-signalelementen over e-health*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid; RVS (2020). *Zorg op afstand dichterbij? Digitale zorg na de coronacrisis*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 79 Braithwaite, J., Churrua, K., L.A. Ellis, L.A., Long, J., Clay-Williams, R., Damen, N., Herkes, J., Pomare, C. en Ludlow, K. (2017). *Complexity Science in Healthcare. Aspirations, approaches, applications and accomplishments*. Sydney: Australian Institute of Health Innovation.
- 80 Snowden D.J. en M.E. Boone (2007). 'A Leader's Framework for Decision Making.' In: *Harvard Business Review*, vol. 85, nr. 11, p. 1-10.
- 81 Hekkert, M., Vooren, A. van der, en Wesseling, J. (2018). 'Maatschappelijke missies en innovatiebeleid: hoe gaan ze samen?' In: *Me Judice* (↪ www.mejudice.nl), 13 november 2018.
- 82 Rotmans, J. *Maatschappelijke innovatie. Tussen droom en werkelijkheid staat complexiteit (rede)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam en Drift.
- 83 Hessels, L. Tjong Tjin Tai, S-Y en Deuten, J. (2020). *De belofte van opgavegericht innovatiebeleid. – Een analyse van Europees innovatiebeleid voor de Green Deal en kunstmatige intelligentie*. Den Haag: Rathenau Instituut.

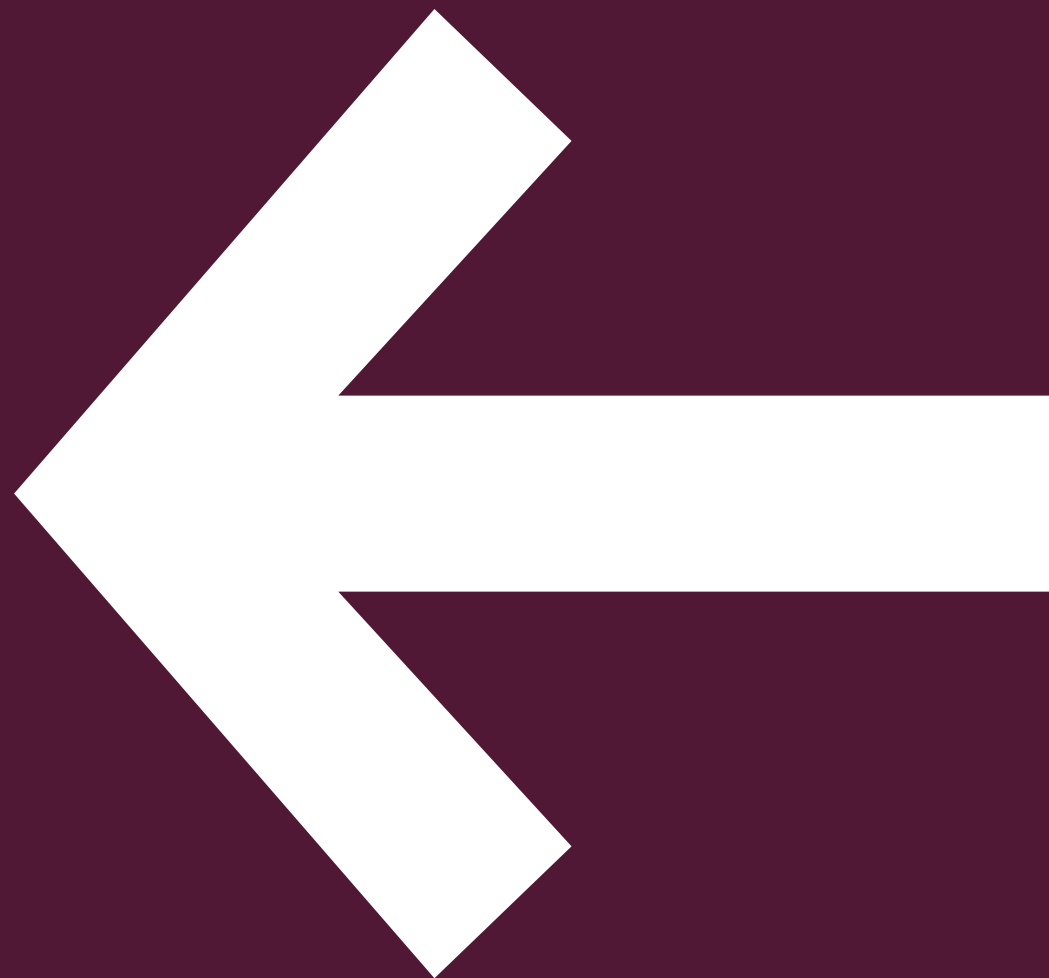
- 84 Hessels, L. Tjong Tjin Tai, S-Y en Deuten, J. (2020). *De belofte van opgavegericht innovatiebeleid. – Een analyse van Europees innovatiebeleid voor de Green Deal en kunstmatige intelligentie*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- 85 Rathenau Instituut (2020). *Missiegedreven innovatiebeleid vraagt samenwerking tussen lokaal en nationaal niveau*. Bericht aan het Parlement. Den Haag: Rathenau Instituut; TK (2021/2022) Missiegedreven topsectoren- en innovatiebeleid. Bijlage bij brief van de minister van Economische Zaken. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021/2022, 15 oktober 2021.
- 86 RIVM. *Monitor missies Gezondheid en Zorg* (↪ <https://vzinfo.nl/monitor-missies-gezondheid-en-zorg>); RIVM/CBS/GGD-GHOR. *De Gezondheidsmonitors* (↪ <https://monitorgezondheid.nl/>); CBS. *Monitor Brede Welvaart & de SDG's 2021* (↪ <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2021/20/monitor-brede-welvaart-de-sdg-s-2021>); RIVM (2022). *E-healthmonitor 2021. Stand van zaken digitale zorg*. Bilthoven: RIVM (↪ <https://www.rivm.nl/e-health/monitor>).
- 87 Health~Holland. *Kennis- en Innovatieagenda 2020-2023. Gezondheid & Zorg*. Den Haag: Health~Holland.
- 88 Frenken, K., Hekkert, M., en Janssen, M. (2021). *Betrek alle ministeries en samenleving bij aanjagen innovatie via missies*. ESB, 106(4799), 2021.
- 89 Frenken, H., Hekkert, M. en Janssen, M. (2021). *Betrek alle ministeries en samenleving bij aanjagen innovatie via missies*. In: ESB, 106 (4799), 15 juli 2021.
- 90 RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 91 IGJ (2021). *Advies Gepast Gebruik*. Kenmerk 1796125-215682-Z. Den Haag: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- 92 RVS (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 93 NZa en Zorginstituut Nederland (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*.
- 94 RVS (2021). *Opnieuw akkoord? Adviezen voor een passende inzet van bestuurlijke akkoorden in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 95 NZa en KPMG (2021). *Leidraad ontwikkeling en implementatie zorgbundels*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- 96 Frenken, H., Hekkert, M. en Janssen, M. (2021). *Betrek alle ministeries en samenleving bij het aanjagen van innovatie via missies*. In: ESB, 106 (4799), 15 juli 2021; Brief Gaston Remmers. Reflectie op de call 'Citizen Science voor Gezondheid en Zorg' aan V. Timmerhuis (ZonMw) en N. van Meeteren (LSH), 10 juni 2021.
- 97 RVS (2020). *Hoor mij nou! Samen Begrijpen, Proberen, Reflecteren en Leren bij complexe zorgvragen*. Den Haag, Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 98 NSOB (2021). *Omgaan met verlies in transities: Voorbij een focus op koplopers*. Den Haag: Nederlandse School voor Openbaar Bestuur.
- 99 Rathenau Instituut (2020). *Maak werk van opgavegericht innovatiebeleid*. Den Haag: Rathenau Instituut.

- 100 Informatieeraad video-interview met Erik Gerritsen | Video |
Informatieeraad Zorg
- 101 [↳ https://data.overheid.nl/ondersteuning/open-data/beleid en GOFAIR](https://data.overheid.nl/ondersteuning/open-data/beleid-en-gofair) ([↳ https://www.go-fair.org/resources/internet-fair-data-services/#:~:text=This%20is%20a%20basic%20'mantra,participate%20in%20the%20growing%20IFDS\).](https://www.go-fair.org/resources/internet-fair-data-services/#:~:text=This%20is%20a%20basic%20'mantra,participate%20in%20the%20growing%20IFDS).)
- 102 RVS (2019). *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- 103 RVS (2017). *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Vorbereiding en publicaties

De commissie die dit advies heeft voorbereid bestaat uit de raadsleden Jan Kremer, Pieter Hilhorst en Ageeth Ouwehand en adviseurs Richard Heijink en Antoinette Reerink.

Kijk voor een volledig overzicht van alle RVS-publicaties op: [↳ www.raadrvs.nl](http://www.raadrvs.nl)



Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060

mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl

Raad 
Volksgezondheid
& Samenleving



@raadRVS