

# TNO Kwaliteit van Leven

**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

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

T +31 71 518 18 18  
F  
[info-zorg@tno.nl](mailto:info-zorg@tno.nl)

## TNO-rapport

**KvL/P&Z 2009.026**

**Systeminnovaties in de zorg**

Datum	Mei 2009
Auteur(s)	W. Davidse E.H.D. van Sandick W.J. Luijten R.J.M. Perenboom R. Mooij
Projectnummer	031.13083
Aantal pagina's	38 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2009 TNO

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
1.1	Achtergrond.....	3
1.2	Het project Systeeminnovaties in de zorg.....	4
1.3	Leeswijzer.....	4
<b>2</b>	<b>Transitiemanagement, wat is dat?</b> .....	<b>5</b>
2.1	De belangrijkste begrippen.....	5
2.2	Handreiking hoe TM in de praktijk kan worden toegepast.....	8
<b>3</b>	<b>De vernieuwingsopgave in de zorg</b> .....	<b>15</b>
3.1	Trends.....	15
3.2	Knelpunten nu en uitdagingen op lange termijn.....	15
3.3	Systeemveranderingen.....	16
<b>4</b>	<b>Bijdragen van de transitie-arena, transitie-experiment en monitoring aan de opgave in de zorg</b> .....	<b>17</b>
4.1	Wat leveren de transitie-arena en experimenten op?.....	17
4.2	Relevante vragen voor een transitie-experiment.....	18
4.3	Wat wordt met monitoring gemeten als het gaat om zorgexperimenten?.....	18
<b>5</b>	<b>Gesprekken met veld</b> .....	<b>19</b>
5.1	Huidige stelsel belemmerend voor zorginnovatie?.....	19
5.2	Wenselijkheid transitie-experiment.....	20
5.3	Waarop een transitie-experiment te richten?.....	21
5.4	Zijn er al initiatieven die relevant kunnen zijn?.....	22
5.5	Randvoorwaarden voor een experiment.....	22
<b>6</b>	<b>Beleidsontwikkelingen</b> .....	<b>25</b>
6.1	Inleiding.....	25
6.2	Belemmeringen in het huidige systeem en mogelijke verbeteringen.....	25
6.3	Risicovereveningssysteem.....	25
6.4	Vrije prijsvorming.....	26
6.5	Minder gedetailleerde omschrijving aanspraken.....	27
6.6	Kabinetsreactie op SER-advies betreffende de AWBZ.....	27
6.7	Andere financiering chronische zorg.....	27
6.8	Conclusie.....	27
<b>7</b>	<b>Voorstel voor vervolg</b> .....	<b>29</b>
7.1	Voor welke afbakening wordt gekozen voor de pilot en later het transitie-experiment?.....	29
7.2	Wat is de doelstelling van de eerste pilot?.....	32
7.3	Welke vervolgstappen?.....	32
7.4	Welke spelregels dienen te gelden binnen een dergelijke pilot?.....	33
7.5	Welke onderzoeksvragen zijn er binnen deze pilot?.....	34
7.6	Welke resultaten worden behaald aan het einde van de pilot?.....	35
7.7	Slot opmerkingen.....	35
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Gesprekspartners	
	B Bronnen en literatuurlijst	

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De zorg in Nederland staat voor een groot aantal uitdagingen. De demografische ontwikkeling beïnvloedt de vraag naar zorg drastisch (kwalitatief en kwantitatief), maar door de afnemende arbeidspopulatie zal ook het aanbod sterk beïnvloed worden. De kosten voor de gezondheidszorg beslaan door deze ontwikkelingen een steeds groter deel van de publieke middelen. Toch is het ambitieniveau in Nederland dat de kwaliteit van leven (en van de zorg) ten minste gelijk blijft, maar beter nog, zal toenemen. Ook de ontwikkelingen op ICT gebied gaan veel impact hebben.

Om op de toekomst voorbereid te zijn, zullen ingrijpende veranderingen nodig zijn in het veld van de gezondheidszorg. We hebben het dan niet alleen over technologische innovaties, maar over innovaties op vele fronten, zoals de wijze waarop samengewerkt wordt (in de sector, maar ook met bijv. het voedingsdomein, welzijn en arbeid), vergoedingssystemen, zorgconcepten etc.

Het innovatiesysteem - het netwerk van partijen in de publieke en private sector dat er aan bijdraagt dat bepaalde innovaties ontwikkeld en geïmplementeerd worden (Freeman 1987) - in de zorg functioneert verre van optimaal. Projecten worden wel opgestart, veelal ondersteund met subsidie, maar komen zeer moeizaam tot wasdom. De medisch technische innovaties komen nog redelijk van de grond, zolang ze passen binnen het financieringssysteem. Innovaties die daar niet binnen passen komen zeer moeizaam tot stand. Ook innovaties waarbij samenwerking tussen verschillende partijen plaats moet vinden stranden vaak. In hoofdstuk 3 gaan we uitgebreider in op de vernieuwingsopgaven waar de zorg voor staat.

Helder is dat de uitdagingen waar de zorg voor staat zo groot zijn dat gezocht moet worden naar vernieuwende benaderingen waarmee grote doorbraken bereikt kunnen worden.

In andere sectoren is al ervaringen opgedaan met de benadering met transitie management. In de sector Energie met de aanpak voor de Energie transitie, is al succes behaald met deze benadering.<sup>1</sup> Voor de Energiesector heeft de transitie benadering de volgende voordelen opgeleverd:

- Er is een stevige, brede publiekprivate samenwerking ontstaan, waarbij de juiste partijen aan tafel zitten.
- De betrokken partijen werken steeds meer vanuit één visie, er is steeds meer een bundeling van krachten.
- Er is een interactie op gang gekomen tussen de praktijk en het beleid, op zodanige wijze dat beleid leert van de praktijk.

De zorg en de energiesector zijn natuurlijk heel verschillende werelden met ieder hun eigen problematiek. Er zijn echter ook overeenkomsten:

- Beide sectoren hebben te maken met een complexe problematiek waar veel partijen (zowel in het publieke als private veld) mee te maken hebben.
- Het maatschappelijke belang speelt een grote rol.
- Oplossingen voor de uitdagingen waar de sector voor staat vragen een multidisciplinaire aanpak.

---

<sup>1</sup> Voor meer informatie zie [www.energietransitie.nl](http://www.energietransitie.nl)

- Er is een grote verscheidenheid aan belangen, opinies over prioriteiten; met andere woorden, er is geen eensluidende visie.

Gezien de gelijkenissen tussen de uitdagingen waar de zorg voor staat en de uitdagingen in de energiewereld verwachten wij dat de zorgsector kan leren van de kennis op het gebied van transitie management in de energiesector.

De vraag die hier centraal staat is: *hoe kan transitie management een bijdrage leveren aan de vernieuwingsopgave waar de zorg voor staat?*

## 1.2 Het project Systeeminnovaties in de zorg

TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) heeft in 2006 een rapport voor het College voor zorgverzekeringen (CVZ) geschreven over domotica en telemedicine in het verzekerde pakket. Daarin staat beschreven waar knelpunten kunnen optreden die de gewenste dynamiek in de weg staan (van Beekum et al., 2006). Deze hebben betrekking op de aanspraken, de vergoedingsstructuur, de wijze waarop toekomstige ontwikkelingen in het pakket kunnen worden opgenomen en het borgen van de kwaliteit van de zorgdiensten.

Het CVZ heeft begin 2008 TNO KvL opdracht gegeven een project uit te voeren waarin de centrale vraag luidt: welke acties zijn nodig om zorginnovatie succesvol te laten verlopen? Daarbij gaat het vooral om de verzekerde zorg. Het CVZ heeft tevens aangegeven dat de voorkeur daarbij uit gaat naar innovaties in een transitie-arena. Het grote voordeel daarvan is dat we te maken hebben met een enigszins gecontroleerde setting, zodat we na afloop beter in staat zijn te beoordelen welke factoren de uitkomsten verklaren. Dit is van belang met het oog op een meer grootschalige toepassing van de resultaten van de innovatie.

Bij de uitvoering van het project zijn twee fasen onderscheiden:

- Het ontwikkelen van een globaal (theoretisch) kader voor een transitieprogramma.
- Het voorbereiden van een pilotproject.

Voor het ontwikkelen van het kader voor een transitieprogramma is een beroep gedaan op beschikbare literatuur. Ten behoeve van het voorbereiden van de pilot zijn gesprekken gevoerd in het veld. Tijdens het project is veelvuldig overleg gevoerd met het CVZ.

## 1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 uitgebreid in gegaan op de belangrijkste concepten van Transitie management.

In hoofdstuk 3 gaan we dieper in op de vernieuwingsopgave waar de zorg voor staat. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 in op de bijdrage transitie experimenten en transitie-arena voor de zorg.

In hoofdstuk 5 wordt gekeken hoe het 'veld' aankijkt tegen het idee van structurele (systeem)veranderingen in de zorg.

In hoofdstuk 6 wordt weergegeven hoe er in het beleid tegen dit probleem wordt aangekeken, op basis van documenten.

Ten slotte wordt in hoofdstuk 7 een plan van aanpak voor een pilot gepresenteerd.

## 2 Transitie management, wat is dat?

### 2.1 De belangrijkste begrippen

In dit hoofdstuk worden eerst enkele belangrijke begrippen uit de theorie van transitie management kort toegelicht. Vervolgens wordt behandeld hoe transitie management in de praktijk kan worden ingezet.

#### 2.1.1 *Systeem en systeeminnovatie*

Een systeem is een combinatie van producten, diensten, organisaties, regels, beleid, (infra)structuur etc., die gezamenlijk de gebruiker in staat stellen een bepaalde behoefte te vervullen (gebaseerd op Mont, 1999 en Goedkoop et al., 1999).

Onder een systeeminnovatie verstaan we een oplossing die een doorbraak kan realiseren in het huidige systeem.

#### 2.1.2 *Transities*

Een transitie is een fundamentele verandering van de dominante structuur, cultuur en werkwijze op systeemniveau. Onder structuur verstaan we de institutionele opbouw, de fysieke structuur en economische structuur. Met cultuur bedoelen we het geheel van gedeelde beelden en waarden die gezamenlijk het perspectief vormen van waaruit men denkt en handelt. En met werkwijzen bedoelen we handelingen, routines, regels en gedrag (Rotmans, 2007).

Anders gezegd: een transitie is een fundamentele omslag in denken en handelen op systeemniveau om tot een duurzamer systeem te komen (Rotmans, 2007).

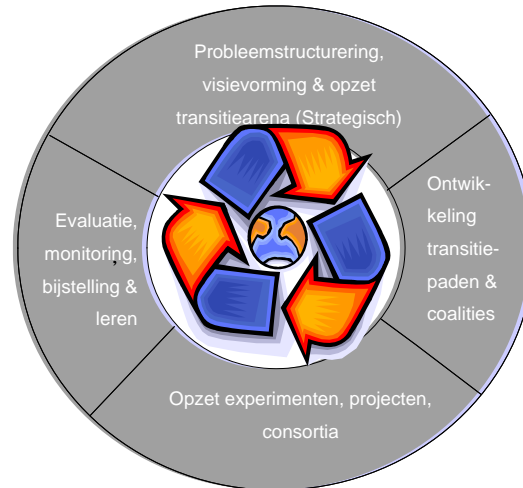
Een transitie bestaat uit verschillende systeeminnovaties die elkaar versterken.

#### 2.1.3 *Transitie Management*

Met transitie management wordt het bijsturen van een transitie bedoeld (Rotmans, 2003), richting een duurzame toekomst. Dit is een complex proces en vereist een specifieke vorm van sturing die rekening houdt met deze complexiteit. Management moet hierbij niet verward worden met top-down sturing. Transitie management is gericht op het stimuleren van structurele veranderingen door actoren in staat te stellen hun percepties, visies en acties te veranderen (Van den Bosch en Taanman, 2006).

Transitie management doet dat vooral door voorwaarden te scheppen en ruimte te creëren.

Transitie management bestaat uit vier fasen die op hun beurt weer zijn te koppelen aan verschillende sturingsniveaus, zie de volgende figuur welke gebaseerd is op het wiel van Loorbach (2007).



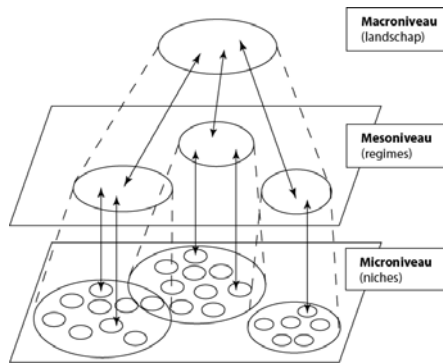
Figuur 1. Wiel van Loorbach

#### 2.1.4 *Transitiearena*

Een transitie-arena heeft tot doel het bereiken van transities te bevorderen door nieuwe gedeelde probleemdefinities te creëren en een gezamenlijke visie op de toekomst te ontwikkelen (Loorbach, 2007). De arena wordt gevormd door een (kleine) groep van personen die overtuigd zijn van de noodzaak van een radicale systeemverandering op een bepaald domein en die koploper zijn. Dit groepje initiële 'probleem'-eigenaren of 'vernieuwers' speelt een rol als 'kwartiermaker' voor het transitieproces. Zij zullen nooit het hele proces kunnen beheersen, laat staan de uitkomst bepalen, maar moeten wel bedenken wie zij in welke volgorde betrekken, en hoe het proces moet worden opgezet om de kans op verandering zo groot mogelijk te maken. Een belangrijk product van de transitie-arena is de transitieagenda. Binnen de transitieagenda worden de visie, paden voor verandering en grote vraagstukken bepaald. Dit leidt onder andere tot een portfolio aan experimenten.

#### 2.1.5 *Multi-level*

Het Multi-level concept is een analytisch model dat transities beschrijft in termen van samenhang tussen drie verschillende schaalniveaus (levels): het macro, meso- en micro-niveau. De onderscheiden schaalniveaus zijn niet ruimtelijk maar functioneel van aard. Het Multi-level perspectief op transities indiceert dat transities slechts gerealiseerd worden als ontwikkelingen op de drie verschillende niveaus bij elkaar aanhaken en elkaar versterken in één en dezelfde richting (modulatie).



**Macro:** Hier spelen veranderingen bijv. op het gebied van politiek, cultuur, wereldbeelden en paradigma's. Op dit schaalniveau vormen trends en ontwikkelingen vaak een onderstroom en verlopen relatief traag.

**Meso:** op dit niveau is sprake van regimes, stelsels van dominante praktijken, regels en belangen die worden gedeeld door groepen actoren. Op dit niveau is veel weerstand, omdat zij de huidige situatie in stand willen houden.

**Micro:** Op microniveau ontwikkelen zich niches waarbinnen afwijkingen van het bestaande kunnen ontstaan, zoals nieuwe initiatieven en nieuwe vormen van cultuur en bestuur (Geels en Kemp, 2000; Rotmans et al., 2001).

### 2.1.6 Transitie-experimenten

Transitie-experimenten vormen een onderdeel van transitie-management.

Het is een innovatieproject met een maatschappelijke uitdaging als het startpunt voor het leren, gericht op het bijdragen aan een transitie (Van den Bosch en Rotmans, 2008).

De criteria voor succes van een transitie-experiment:

- Op operationeel niveau leren en doen. Daarbij wordt expliciet verbinding gelegd met het tactisch en strategisch niveau, om mogelijke veranderingen op alle niveaus te borgen.
- Bijdrage aan structurele maatschappelijke verandering, zowel op structuur, cultuur als werkwijze.
- De experimenten zijn gericht op problemen die van nature complex zijn en waarvan de oplossing nog onzeker is.
- In de experimenten wordt ruimte gecreëerd om te experimenteren. Dit betreft zowel juridische, organisatorische, financiële als mentale ruimte.
- Er is een gerichtheid op de middellange tot lange termijn.
- Het is een methode voor explorerend, zoekend en lerend onderzoek.
- Er wordt breed geleerd en blijft niet beperkt tot een specifiek domein ('multi domain').
- Het experiment speelt zich af in een real life context.
- Een transitie-experiment is dus meer dan 'een test in de praktijk'.

### 2.1.7 Opschalen

Opschalen is het proces waarbij de vernieuwing die ontwikkeld is in een experiment tot een structurele verandering in het systeem leidt (Van den Bosch en Rotmans, 2008).

In de praktijk betekent het werken aan opschalen het slim verbinden van transitie-experimenten en het verbinden van transitie-experimenten aan tendensen in de samenleving. Dit om extra dynamiek te creëren in de structurele veranderingen op regime niveau (Grin en van Staveren, 2007).

### 2.1.8 Transitie-monitoring

Transitie-monitoring is in de eerste plaats een hulpmiddel om al doende het transitieproces te volgen en bij te sturen. Een instrument dat onmisbaar is voor initiatiefnemers die een veranderingsproces willen bevorderen, waarin vele spelers zijn betrokken en uiteenlopende factoren de kans van slagen beïnvloeden. Bovendien zal zo'n transitieproces gedurende de lange looptijd (15 tot 20 jaar) continu in moeten spelen op trends, landelijke ontwikkelingen en maximaal gebruik moeten maken van

opgedane ervaring en voortschrijdend inzicht. Ook hierbij speelt monitoring een vitale rol.

Monitoring wordt binnen transitie management niet alleen ingezet om verantwoording af te leggen aan financiers en bestuurders. Drie andere doelen zijn minstens even belangrijk:

- *Leren en verbeteren*: een proces van voortschrijdend inzicht in een project of programma, dat leidt tot het bijsturen en verbeteren van de uitvoering door de betrokken partijen
- *Leerervaringen ontsluiten*: het voor derden toegankelijk maken van belangrijke lessen en ervaringen uit de praktijk van een project of programma
- *Communicatie*: ‘het publiek’ en ‘geïnteresseerde derden’ informeren over de voortgang van een initiatief (Grin en Weterings, 2005).

## 2.2 Handreiking hoe TM in de praktijk kan worden toegepast.

### 2.2.1 Transitie-arena

Een transitie-arena wordt gevormd door koplopers uit het veld. In de voorbeelden die nu bekend zijn wordt gestart met een beperkte groep van 10-15 personen. De groep moet ook niet veel groter worden anders is moeilijk om door inhoudelijk debat verder te komen.

De arena komt tot resultaten door spannende discussies en creatieve sessies. Goede procesbegeleiding is dan ook een belangrijk criterium voor succes.

In de literatuur (Loorbach, 2007) worden drie belangrijke criteria benoemd om arena deelnemers te selecteren:

- Type actoren (overheid, bedrijven, wetenschap, NGO's en intermediaire) en in welke mate ze tot het heersende regime dan wel tot een niche behoren. Een mix van actoren wordt aanbevolen.
- Competenties als: strategisch kunnen denken op systeemniveau, communicatieve vaardigheden en competenties om de boodschap over te brengen.
- Rol in het netwerk, (opinie makers, netwerkers, visionaire en leiders).

De arena wordt in de regel samengesteld op basis van een actoranalyse en interviews.

- De persoonlijke ambitie van de potentiële deelnemers om een bijdrage te leveren aan de transitie.

Vaak zal na de eerste fase de transitie-arena zich gaan organiseren rond deelthema's en experimenten.

Bij het proces is nog een aantal succescriteria te benoemen:

- Balans tussen diversiteit van de deelnemers enerzijds en het realiseren van een omgeving van vertrouwen en herkenning.
- Balans tussen openheid van het proces en plaatsen van het proces in de omgeving, waar straks de innovaties plaats moeten vinden.

### 2.2.2 Transitie-experimenten

Voor het opzetten en uitvoeren van experimenten is door TNO 'de MiXT<sup>®</sup>-aanpak' ontwikkeld, waarbij MiXT<sup>®</sup> staat voor: Maatschappelijke Innovatie eXperimenten. Deze MiXT<sup>®</sup>-aanpak (TNO, 2007) is vooral zinvol bij vraagstukken waarbij sprake is van een langetermijnuitdaging die op korte termijn actie vereist. Vraagstukken ook waarbij de onzekerheden dusdanig groot zijn, dat een experiment nodig is om kennis en ervaring op te doen over de aanpak en oplossingsrichtingen. Deze aanpak wordt ook



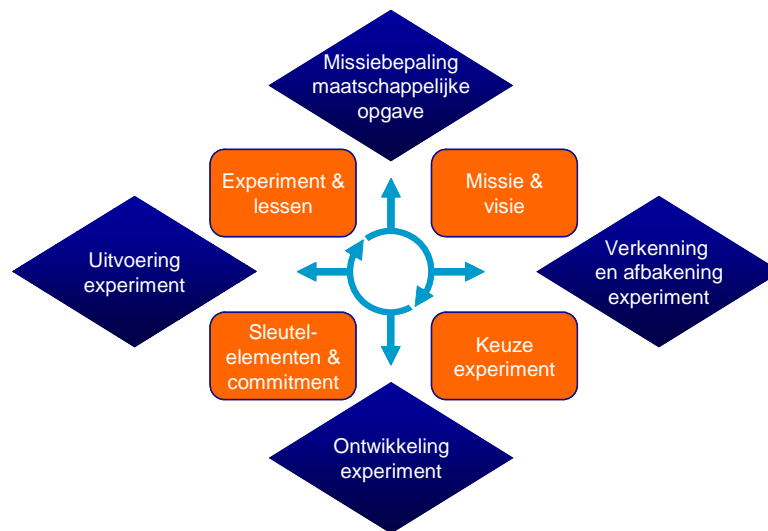
gehanteerd bij het falen van het huidige systeem waarbij een *sense of urgency* aanwezig is en betrokken actoren op zoek zijn naar concrete illustratieve oplossingen.

In deze paragraaf wordt uitgebreider op de MiXT<sup>®</sup>-aanpak ingegaan.

De MiXT<sup>®</sup>-aanpak kenmerkt zich door:

- Een **gezamenlijke** aanpak: MiXT<sup>®</sup> is sterk gericht op samenwerking en op de nauwe betrokkenheid van de relevante partijen bij een experiment.
- Een **verstrengeling van inhoud en proces**: elke stap in de aanpak heeft zowel een inhoudelijk als procesmatig doel. Bij de aanpak hangen de inhoud (de missie, de langetermijnvisie, het experiment en de oplossingen die worden aangedragen en/of ontwikkeld) en het proces (het erbij betrekken van de partijen, *commitment* krijgen, een gezamenlijke visie vormen en gezamenlijk een experiment uitvoeren) samen. Een gezamenlijk ontwikkeld toekomstbeeld is bijvoorbeeld geen doel op zich, maar o.a. een middel om perspectiefverschuiving te realiseren bij partijen.
- Een **proces van divergeren** (mogelijkheden en knelpunten verkennen) en **convergeren** (selecteren van mogelijkheden en knelpunten).
- Een **iteratief** proces: gedurende het proces worden stappen voor- en achteruit gedaan om steeds gericht op het doel te kunnen afgaan.
- Een **aanpak op verschillende niveaus tegelijk**: bij de aanpak is aandacht voor het opzetten van een experiment (microniveau). Tegelijkertijd streeft de aanpak ook expliciet naar opschaling en verbreding van de inzichten en ervaringen van de indirect betrokkenen op andere niveaus (meso- en macroniveau).

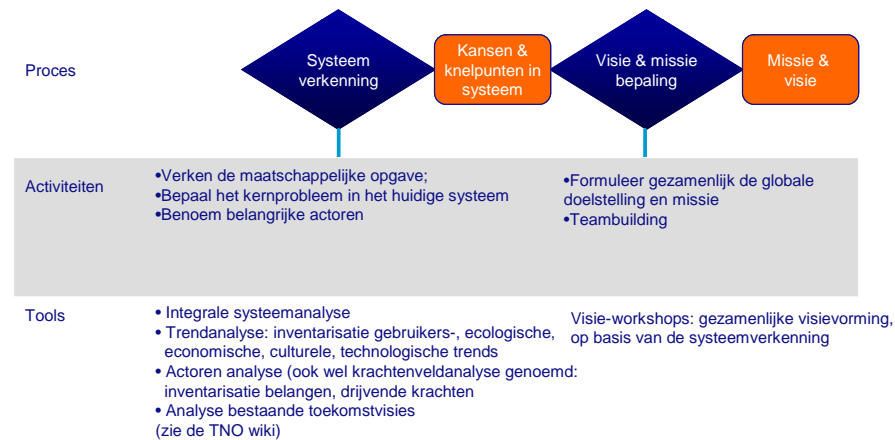
De MiXT<sup>®</sup>-aanpak kent vier fasen (zie figuur 2). De blauwe wybertjes in de figuur representeren een activiteit en de oranje rechthoeken een resultaat. Het iteratieve karakter is lastig weer te geven in één figuur. De cirkelvorm verwijst hiernaar.



Figuur 2. Overzicht van de MiXT<sup>®</sup>-fasen

### Fase 1: Missiebepaling maatschappelijke opgave

Aanpak: *Met een team van transitieprofessionals, potentiële partners en sleutelactoren, bepalen we onze missie en visie.<sup>2</sup> Aan welke maatschappelijke opgave willen we met ons experiment een bijdrage leveren? Welke kansen zien we en welke gaan we benutten? Wie zijn potentiële partners en welke rol spelen zij? Wie zijn de sleutelactoren die de randvoorwaarden voor het experiment bepalen? En, zijn zij er al bij betrokken? Wat wordt onze missie?*



Figuur 3. Missiebepaling van het maatschappelijke vraagstuk: activiteiten en tools

Na de verkenning van het systeem om een duidelijk beeld te krijgen van de reden waarom bepaalde zaken in het huidige systeem niet werken en wat een oplossing op de langere termijn in de weg staat, komt het kernteam, in dialoog met potentiële partners en sleutelactoren, tot een globale formulering van de missie ('waarvoor staan wij?'). Deze fase eindigt met een uitdagende en inspirerende missie die gedragen wordt door de partijen die betrokken willen blijven bij de ontwikkeling van het experiment. Deze partijen committeren zich ook aan de volgende fase.

<sup>2</sup> Sleutelactoren zijn actoren die binnen het domein dominant zijn en vanuit hun positie bepalen binnen welke kaders en structuren er kan en moet worden gehandeld. Zij hebben belang bij de status quo. Potentiële partners zijn bedrijven, overheden of andere organisaties die er belang bij hebben te werken aan de oplossing van maatschappelijke behoeftes. Voorbeelden van belangen zijn: een nieuwe markt of product, een beter imago, verbetering van de milieukwaliteit of van de levenskwaliteit van Nederlanders. De partners worden erbij betrokken, omdat ze hetzij deel uitmaken van het probleem, hetzij juist een aandeel kunnen hebben in de oplossing van het maatschappelijke vraagstuk.

### Leren en opschalen

In deze eerste fase van het opzetten van het experiment worden de leerdoelen gedefinieerd.

Leren kan plaatsvinden op drie verschillende 'niveaus':

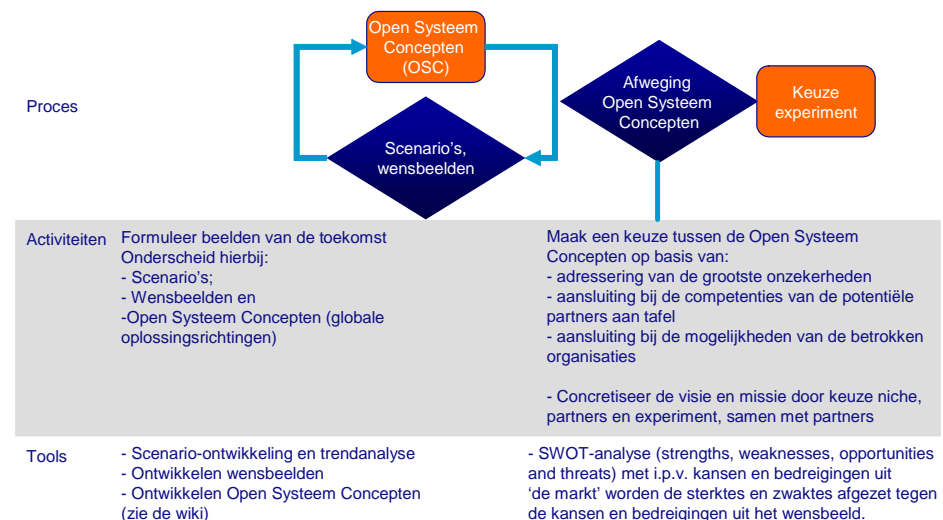
- Op het niveau van het systeem: wat wordt er geleerd over de transitie van het huidige naar het nieuwe systeem?
- Op het niveau van de actoren: welke rol spelen zij in het huidige en in het nieuwe systeem?
- Op het niveau van de gebruikte aanpak: wat werkt er wel en wat niet?

Voor wat betreft opschaling inventariseren we in deze fase de sleutelactoren voor het maatschappelijke vraagstuk. Deze sleutelactoren kunnen helpen om veranderingen in de structuren van het systeem te bewerkstelligen en te borgen. Daarom zijn ze belangrijk voor het slagen van het experiment én voor de opschaling ervan.

### Fase 2: Verkenning en afbakening van het experiment

*Aanpak: We laten, in het gezelschap van potentiële partners en domeindeskundigen, de huidige situatie los en kijken vooruit: wat zijn mogelijke toekomstbeelden en hoe ziet een gewenst toekomstbeeld er met betrekking tot het maatschappelijke vraagstuk uit? En vooral: welke elementen die in een experiment kunnen worden uitgewerkt, kunnen hieraan bijdragen? Wat is het belang van de afzonderlijke partijen om hieraan mee te doen?*

Perspectiefverschuiving staat centraal in deze fase. Aan het einde van deze fase hebben de partners gezamenlijk een experiment gedefinieerd en zich gecommitteerd om dat experiment in eventueel volgende fases verder te ontwikkelen.



Figuur 4. Verkenning en afbakening van het experiment: activiteiten en tools

**Voorbeeld: Hoe kunnen we in de toekomst de nodige zorg leveren die tevens betaalbaar is?**

In een **scenario** rond dit vraagstuk wordt de toekomst geschetst waarin verschillende externe factoren een rol spelen. In dit geval zijn dat bijvoorbeeld: demografische factoren (steeds meer ouderen die zorg nodig hebben, steeds minder jongeren die de zorg kunnen leveren), innovaties op medisch, technisch en medisch-technologisch gebied (kunnen wij er in de toekomst veel van verwachten of zijn de ontwikkelingen slechts marginaal?), etc. Elk scenario geeft een ander extreem (maar wel 'voorstelbaar') beeld van de toekomst.

Het **wensbeeld** geeft aan wat wij wenselijk vinden binnen de grenzen van de mogelijke scenario's. Bijvoorbeeld: De ouderen zijn actief en hebben een relevante rol in de maatschappij. Ze helpen elkaar en zijn van grote betekenis bij de opvang van kinderen. De nadruk op preventie leidt ertoe dat ouderen langer gezond blijven.

Een **Open Systeem Concept** zou kunnen zijn: 'Langer zelfstandig kunnen leven en wonen'. Mensen die zorg leveren, zoals welzijnswerkers, degenen die werkzaam zijn in woningcorporaties en ontwikkelaars en leveranciers van technologie om en in de woning, spelen hierbij allemaal een rol en kunnen erbij worden betrokken.

*Leren en opschalen*

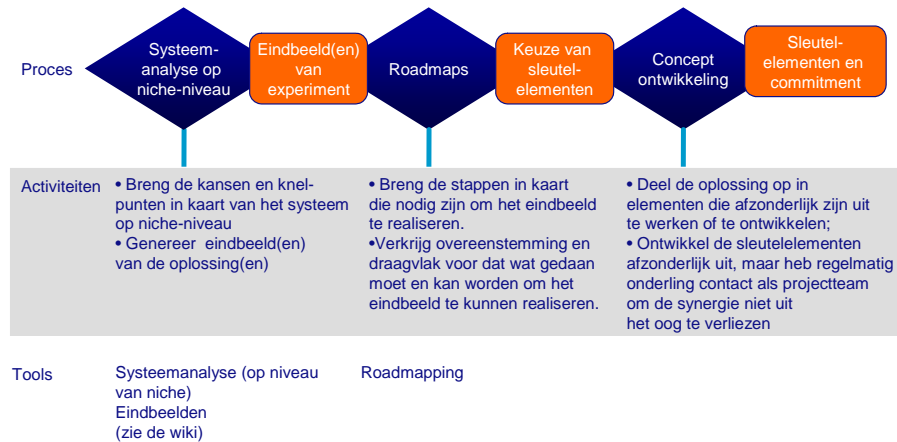
In deze fase is sprake van leren op systeemniveau. Het maken van scenario's en wensbeelden levert vaak nieuwe inzichten over mogelijke en gewenste situaties in de toekomst, omdat de beperkingen van de huidige situatie worden losgelaten. Hierdoor ontstaat vaak een ander beeld van de kansen die er zijn om de hardnekkige problemen aan te pakken. Het visualiseren van deze toekomstbeelden op zo'n manier dat zij gaan 'leven' voor alle betrokkenen, draagt bij aan het overdragen van ideeën en daarmee het leren in de groep.

De actoren die belangrijk zijn voor de opschaling van het experiment (sleutelactoren) worden betrokken bij het maken van scenario's en de wensbeelden. Als dit niet mogelijk is, is het belangrijk dat deze actoren over de gemaakte scenario's en wensbeelden worden geïnformeerd en hierop hun reactie geven.

**Fase 3: Ontwikkeling van het experiment**

*Aanpak: We brengen de mogelijkheden en knelpunten voor het experiment in kaart en bepalen de verschillende stappen die we moeten nemen om het experiment uit te voeren. Wie moeten en willen deelnemen aan het consortium dat het experiment gaat uitvoeren? Welke producten en diensten zijn nodig om het experiment uit te voeren? En welke rol moet de lokale overheid gaan spelen bij het experiment?*

Doel van deze fase is het verkrijgen van een heldere definitie van het experiment plus de keuze en ontwikkeling van sleutelementen. Sleutelementen zijn die elementen die bijdragen aan een systeemdoorbraak en verder worden uitgewerkt in het experiment.



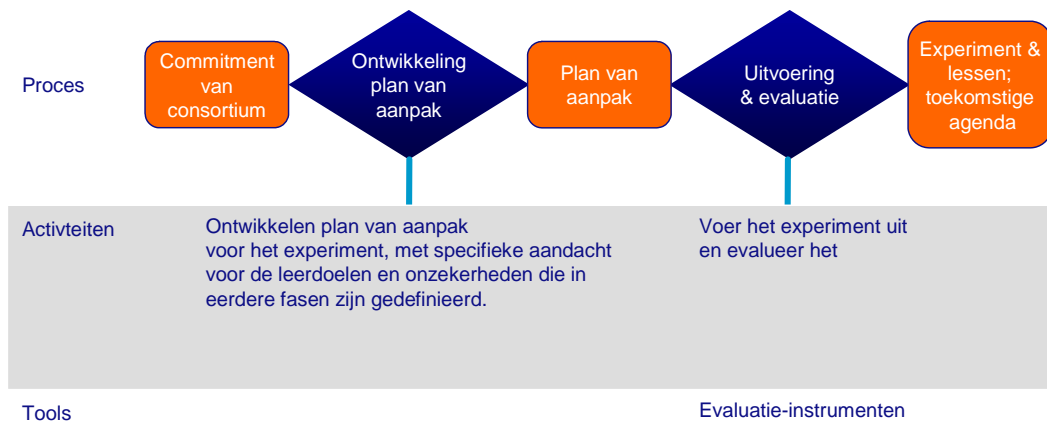
Figuur 5. Ontwikkeling experiment: activiteiten en tools

### Leren en opschalen

In deze fase ligt de nadruk van het leren op het niveau van de elementen van de oplossing en van de samenhang tussen deze elementen. De betrokkenen doen kennis op over de dynamiek in het systeem, over de manier waarop het systeem functioneert en over de elementen die bepalend zijn voor de verandering in dit systeem.

### Fase 4: Uitvoering experiment

**Aanpak:** *In deze fase voeren we het experiment daadwerkelijk uit. We kijken naar de resultaten: wat heeft er wel gewerkt en wat niet, wat zijn de mogelijke consequenties van een grootschalige toepassing en worden de ideeën overgenomen? Zoals gezegd, beogen we met de resultaten van een experiment dat deze werken als een steen in een vijver, ofwel dat de mogelijkheden en ideeën op brede schaal worden overgenomen. Denk aan bedrijven die de mogelijkheden benutten, gemeenten die soortgelijke experimenten opstarten of leerervaringen omzetten in nieuw beleid. Om dit te kunnen bereiken hebben we in de eerdere fasen het voorwerk gedaan, onder andere door ervoor te zorgen dat alle relevante partijen erbij betrokken zijn.*



Figuur 6. Uitvoering experiment: activiteiten en tools

Doel van deze fase is het zodanig uitvoeren van het experiment dat aan het licht komt wat de belangrijkste onzekerheden met betrekking tot de maatschappelijke opgave zijn.

### *Leren en opschalen*

Door het experimenteren worden nieuwe ervaringen opgedaan. Door de ervaringen uit het experiment in de praktijk van alledag toe te passen, leren niet alleen de participerende bedrijven, kennisinstellingen, lokale overheden, etc. ervan, maar kan er op grotere schaal kennis worden opgedaan. Door te experimenteren worden ideeën omgezet naar de realiteit. De partijen die ‘eerst willen zien en dan pas geloven’ kunnen nu zelf ervaren wat mogelijk is en wat niet blijkt te werken.

### 2.2.3 *Transitiemonitoring*

#### *Al doende leren*

In onze visie staat de op ‘leren en verbeteren’ gerichte monitoring niet los van de uitvoering van de transitie-initiatieven, maar maakt daar integraal onderdeel van uit. De door ons in diverse programma’s toegepaste aanpak:

- neemt de gestelde ambities als vertrekpunt en concretiseert deze in indicatoren.
- bundelt de ervaringen en inzichten van de betrokken stakeholders.
- biedt inzicht in relevante trends en ontwikkelingen.

Het is onze ervaring dat alleen op deze manier monitoring optimaal en continu bijdraagt aan de kwaliteit van de uitvoering.

#### *Op drie niveaus*

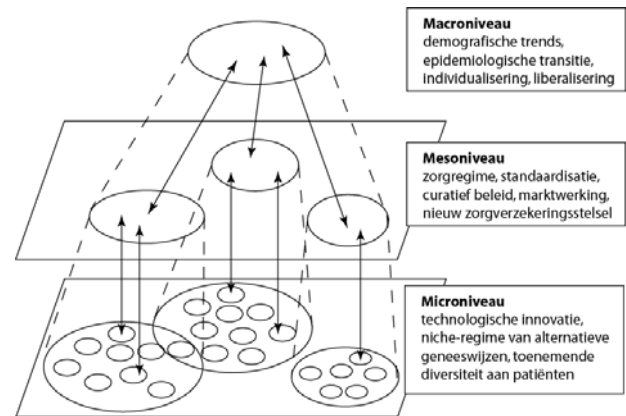
Karakteristiek voor de door ons voorgestane aanpak is de prominente plaats die ingeruimd is voor dialoog met sleutelspelers die betrokken zijn bij het transitieproces. Een dialoog vindt plaats op drie niveaus:

- Op projectniveau: vraaggesprekken met stakeholders in pilot-projecten om hun praktijkervaringen te ontsluiten en te vertalen naar een effectievere aanpak in verwante projecten.
- Op programmaniveau: interne en externe workshops om de ambities, de werkwijze en de beoogde impacts van het transitieprogramma te verhelderen en – waar nodig – verder aan te scherpen.
- Op maatschappelijk niveau: strategische reflectie met opinion leaders in de omgeving van het programma, om te allen tijde optimaal te kunnen inspelen op actuele trends en ontwikkelingen.

Monitoring op project- en programmaniveau biedt in onze ervaring heel directe aangrijpingspunten voor verbetering. In aanvulling daarop is ook monitoring op het maatschappelijk niveau voor transitie-initiatieven van vitaal belang. Allereerst om het draagvlak voor de uitvoering gedurende de lange looptijd te kunnen bevorderen. Ten tweede - en minstens zo belangrijk – biedt het de mogelijkheid om tijdens de uitvoering van het initiatief tijdig in te spelen op veranderende (markt)condities. Monitoring op maatschappelijk niveau helpt bij het herkennen van veranderingen die optreden in (markt)condities of in andere factoren die deze relatie beïnvloeden.

### 3 De vernieuwingsopgave in de zorg

Het huidige Gezondheidszorgsysteem is opgebouwd uit de lagen, zoals weergegeven in de figuur (Rotmans, 2007). Hieronder beschrijven we in het kort de belangrijkste trends in de gezondheidszorg, de knelpunten en uitdagingen voor de toekomst en de systeemveranderingen die nodig zijn om een duurzaam gezondheidszorgsysteem te verkrijgen.



#### 3.1 Trends

Een van de belangrijkste maatschappelijke ontwikkelingen die de komende decennia de zorg zullen beïnvloeden is de demografische verandering. Door de toenemende vergrijzing (vanaf 2010 begint de babyboomgeneratie te behoren tot de 65-plussers, vanaf 2020 tot de 75-plussers) zal er met name na 2020 sprake zijn van een toenemende zorgvraag. Dit komt door de leeftijdsgebonden toename van chronische en vaak ook complexere aandoeningen (multimorbiditeit). Door de demografische verandering zal tegelijkertijd de potentiële beroepsbevolking (traditioneel 20 – 65 jarigen) zowel absoluut als relatief afnemen. Dit betekent een afname van de potentiële personele capaciteit voor een zorgsector die met andere economische sectoren om de schaarse beroepscapaciteit concurreert (Duine, 2008).

De gezondheidszorg ontwikkelt zich voortdurend. Er komen nieuwe medische technologieën beschikbaar, nieuwe zorgconcepten en nieuwe interventies. Veel vernieuwing is gericht op zorg dicht bij huis, verkorting van de ligduur en minder invasieve interventies. Met andere woorden, de zorg verschuift van 2-de naar 1-ste lijn; van zorg in instellingen naar zorg aan of nabij huis.

#### 3.2 Knelpunten nu en uitdagingen op lange termijn

Capaciteitsproblemen enerzijds en de toenemende vraag anderzijds geven het beeld van een onbalans tussen vraag en aanbod. Om de balans weer in evenwicht te krijgen zijn innovaties nodig op technologisch, organisatorisch en bestuurlijk niveau.

Knelpunten die echter structurele vernieuwing in de zorg in de weg staan, zijn:

- De medische cultuur, die wordt gedragen door de artsengemeenschap die sterk dominant is, de structuur van specialisatie (wat leidt tot schotten) en een dominante werkwijze van klacht-diagnose-behandeling (Rotmans, 2007).
- Schotten tussen verschillende vormen van zorgverlening (nulde, eerste, tweede en derde lijn).
- Gescheiden financieringsvormen (AWBZ, ZVW en WMO).

- Het bestaan van perverse prikkels in het systeem (zoals verevening), betaling per verrichting.
- De constatering dat vernieuwingen/ innovaties niet opschalen. De initiatieven staan allemaal op zich zelf, vormen geen samenhang en hebben een kleine impact.
- De gezondheidszorg is een redelijk gesloten systeem. Er is weinig uitwisseling met maatschappelijke domeinen zoals arbeidsvoorziening, de voedingssector en welzijnzorg. Dit terwijl de relatie tussen gezondheid, welzijn, voedsel en sport steeds belangrijker worden (Rotmans, 2007).

### 3.3 **Systeemveranderingen**

De vraag rijst in hoeverre het huidige zorgsysteem duurzaam is. Wat een gewenst, duurzaam toekomstbeeld is, daar is in grote lijnen wel overeenstemming over. Zie onder andere de toekomstbeelden zoals beschreven voor het Innovatie Platform (Rotmans, 2007). Duurzaam binnen de zorgsector zou kunnen betekenen: een zorgstelsel dat financieel robuust is, economisch rendeert, toegankelijk is voor iedereen, de persoon die zorg nodig heeft centraal stelt en het accent legt op preventie in plaats van op curatie. De veranderingen van het systeem die nodig zijn om innovatie meer kans van slagen te geven, zijn samengevat in de volgende tabel:

	<b>Van</b>	<b>Naar</b>
<b>Werkwijze</b>	Verkokerd (1-ste-lijns, 2-de-lijns, etc.) Aandoening is leidend Aanbod gericht	Netwerksamenwerking Integraal Persoon is leidend Vraag gericht
<b>Cultuur</b>	Instituutsdenken Afwachtend Symptoombestrijding	Mensgericht Ondernemend Gericht op gezondheid
<b>Structuur</b>	Bureaucratisch Beperkende regels Financiering van behandeling	Toegankelijk, laagdrempelig Ruimte in de regels Financiering van gezondheid



## 4 Bijdragen van de transitie-arena, transitie-experiment en monitoring aan de opgave in de zorg

De transitie-arena, waarin een gedeelde visie wordt ontwikkeld, en experimenten waarin de visie concreet wordt gemaakt in de praktijk dragen bij aan de oplossing voor de vernieuwingsopgave.

### 4.1 Wat leveren de transitie-arena en experimenten op?

De arena en experimenten leveren het volgende op:

- Een gedeelde visie: in de arena worden mensen bij elkaar gebracht die frisse denkers zijn in het veld en gezamenlijk een visie voor de toekomst ontwikkelen. Bij de experimenten worden deze visies door partijen in de praktijk verder ontwikkeld en geconcretiseerd. Een gedeelde visie zorgt er voor dat (deel-)innovaties veel meer samenhang krijgen omdat zij (op hun eigen manier) bijdragen aan een zelfde doel.
- Nieuwe samenwerkingsverbanden: partijen worden bij elkaar gebracht en werken aan een gezamenlijk doel, waardoor nieuwe samenwerkingsverbanden zullen ontstaan.
- Meer samenhang in de initiatieven: zowel door de speciale aandacht die het verbinden van initiatieven heeft binnen de transitie-aanpak, als door de gedeelde visie, komt er meer samenhang in de initiatieven.
- Leren van elkaar: leren is een belangrijk onderdeel in de transitie-aanpak en zorgt ervoor dat initiatieven niet op zichzelf komen te staan. In de MiXT<sup>®</sup>-aanpak voor het opzetten en uitvoeren van experimenten wordt op drie niveaus geleerd:
  - binnen een experiment, waarin kennis wordt verdiept (zie ook volgende paragraaf)
  - tussen experimenten onderling, waarbij expliciet experimenten met elkaar in verbinding worden gebracht en men van elkaar kan leren;
  - op niveau van opschaling: wat moet de overheid doen, de zorginstellingen, de patiënten, verzorgers, etc. om de innovatie structureel te maken? Wat is daar voor nodig?
- Meer ruimte voor innovatie, omdat beperkende randvoorwaarden worden opgeheven. Hierdoor kunnen de initiatieven een grotere bijdrage aan de systeemverandering leveren.

Om dit te bereiken zijn procescriteria te benoemen die het succes van de arena en de experimenten bevorderen:

- Strategische inbedding
- Koppeling met andere experimenten
- Operationele kracht (sterkte partijen, commitment, motivatie, belang, competenties, kennisbundeling)
- Ruimte in het proces (budgettair, mentaal)
- Ondersteunende omgeving (afrekenmechanisme, beoordeling etc.)
- Kwaliteit leerproces.

## 4.2 Relevante vragen voor een transitie-experiment

Relevante vragen die beantwoord kunnen worden met een transitie-experiment zijn bijvoorbeeld:

- Hoe krijgt innovatie meer de ruimte? Door in een experiment bijvoorbeeld de financiële structuren anders vorm te geven kan onderzocht worden welke impact dat heeft op de innovatieruimte.
- Zijn er aanwijzingen waar te nemen die er op duiden dat de innovatie inderdaad meer kans krijgt als de (financiële) schotten worden weggenomen?
- Hoe kunnen we beter zorg verlenen?
- Leidt een nieuwe manier van werken tot meer innovatie?
- Hoe kunnen innovaties structureel worden en dus hoe schalen zij op? Welke randvoorwaarden zijn nodig om innovaties structureel te maken?

## 4.3 Wat wordt met monitoring gemeten als het gaat om zorgexperimenten?

Op basis van de doelen die worden gesteld, worden de indicatoren vastgesteld die meetbaar zijn en een indicatie geven of de doelen wel of niet worden gehaald. Een transitieproces is een langlopend proces. Gemeten kan worden hoe een nieuwe vorm van zorgverlening wordt ervaren door patiënten, familieleden, zorgverleners, etc. Ook van indicatoren als ondernemersklimaat kan door middel van interviews een beeld worden gevormd. Deze interviews geven inzicht in hoeverre er ruimte is voor vernieuwing.

## 5 Gesprekken met veld

In een (deels) parallel traject aan de meer theoretische en methodologische verkenning van systeeminnovaties in de zorg door middel van transitie management (beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 4) zijn met personen uit het veld van de zorg inventariserende gesprekken gevoerd. Deze gesprekken hadden plaats in de tweede helft van 2008. Doel was na te gaan of en in hoeverre men in de praktijk ervaart dat het huidige zorgsysteem al dan niet een belemmering vormt voor het uitproberen en breed invoeren van zorginnovatie en welke ideeën er leven voor verbetering door middel van systeeminnovaties.

Er is in de eerste plaats gesproken met de grote zorgverzekeraars omdat zij binnen het huidige systeem als het om regievoering in de zorg gaat de belangrijkste partij zijn (hoewel zeker niet de enige). Daarnaast is met enkele organisaties contact gezocht die ervaring hebben met regionale transmurale zorg. Tevens is een gesprek gevoerd met personen uit de sfeer van beleid en advisering die zich met deze materie hebben beziggehouden of nog bezig houden. In bijlage A staat een overzicht van namen en organisaties.

Wat in dit hoofdstuk staat, is naar voren gebracht door een of meer verschillende gesprekspartners. Zoals vermeld gaat het daarbij enerzijds om een inventarisatie (namelijk van belemmeringen) en anderzijds om naar voren gebrachte alternatieven en punten die daarbij van belang (kunnen) zijn. Om praktische redenen lopen beide elementen door elkaar heen in dit hoofdstuk.

### 5.1 Huidige stelsel belemmerend voor zorginnovatie?

Een grote meerderheid van de gesprekspartners is van oordeel dat het huidige (financierings)stelsel een belemmering vormt voor zorginnovatie. Daarnaast wordt beklemtoond dat de rol van cultuur zeker niet vergeten mag worden. Gesteld wordt dat het voorkomt dat men zich in de praktijk van de zorg verschuilt achter de schotten en regels om zelf geen initiatieven te hoeven nemen. Verder blijkt dat in de praktijk van alledag voor kleine problemen vaak een oplossing te vinden is. Maar de algemene opinie is dat het stelsel belemmerend werkt in een aantal opzichten.

Dat schotten in de financiering en organisatie (tussen care en cure, tussen eerste en tweede lijn) een meer integrale aanpak belemmeren, wordt vrij breed onderschreven door de gesprekspartners met verschillende achtergrond. Twee voorbeelden zijn ter illustratie in de gesprekken aan de orde gekomen. In de eerste plaats telezorg/domotica in de ouderenzorg (care sector). Daardoor kunnen ziekenhuisopnames worden voorkomen. Het tweede voorbeeld is trombolysen bij CVA (in de cure sector). Dat voorkomt of verkleint schade aan de hersenen, waardoor er minder (ernstige) beperkingen optreden in een later stadium waarin betrokkene aangewezen is op de care sector. In beide voorbeelden zien we dat investeringen (in het eerste voorbeeld in ICT-technologie, in het tweede in o.a. beeldvormende technologie) worden gedaan in een ander deel van de zorg dan waar de 'opbrengsten' zich voor doen. De organisatorische en financiële schotten belemmeren hier een integrale aanpak.

Van de zijde van zorgverzekeraars wordt gesteld dat, als men in een experimentele situatie iets aan de regelgeving zou veranderen, bijvoorbeeld in de vorm van een

regelvrije zone (een ruimte waarbinnen een transitie-experiment kan plaatsvinden), dan niet op voorhand kan worden aangegeven welke regels precies de belemmering vormen voor innovatie. Dat kan per experiment verschillen. Maar dat het gaat om het slechten van schotten in het algemeen, zowel financieel en organisatorisch, is duidelijk. Alle zorg die partijen in een experiment mogelijk (zouden) willen maken, dient bijvoorbeeld vrij onderhandelbaar te zijn, zowel qua type zorg en tarief als wie de zorg geeft<sup>3</sup> (met inachtneming van bestaande basiswetgeving als de kwaliteitwet zorginstellingen, de wet BIG, de WGBO etc.).

Het voorbeeld van de telegzorg/domotica demonstreert nog een ander knelpunt: het is momenteel onduidelijk of de basisinfrastructuur die daarvoor nodig is wel of geen onderdeel is van het verzekerde pakket. Deze situatie maakt het niet erg aantrekkelijk er in te investeren. En als men dat bijvoorbeeld in ziekenhuizen zou willen doen, is het (nog in belangrijke mate) ontbreken van vrije prijsvorming een rem op investeringen.

Daarnaast is de vraag opgeworpen of het huidige systeem optimale samenwerking tussen hulpverleners mogelijk maakt. Van verschillende zijde is opgemerkt dat vooral bij chronische aandoeningen de patiënt veel meer centraal moet komen te staan en dat hulpverleners daar omheen in een soort netwerkstructuur dienen te werken, met afspraken en al, zeker in de eerste lijn. De vraag is opgeworpen of het vereiste van concurrentie tussen hulpverleners daarmee wel in overeenstemming is. In het bijzonder vraagt men zich bij enkele zorgverzekeraars af of de bestaande 'Richtsnoeren voor de zorgsector' van de NMa, waarin wordt aangegeven welke vormen van samenwerking wel en niet zijn toegestaan, voldoende ruimte bieden.

Het huidige systeem van verevening bevat ook een aantal, met name ex-post, elementen (nacalculatie) die innovatie belemmeren, in het bijzonder bij het verplaatsen van ziekenhuiszorg naar de 1-ste lijn. Momenteel wordt gewerkt aan een bijstelling van dit systeem, zodat de verwachting is dat binnen afzienbare tijd dit probleem (in ieder geval gedeeltelijk) opgelost zal zijn. Overigens wordt het grote belang van uitsluiten van risicoselectie via de ex ante verevening juist door iedereen onderschreven.

Een andere belemmerende factor is de wijze van betaling, waarbij de uitkomst van zorg (gezondheid en/of daaraan gerelateerde kwaliteit van leven) er momenteel niet toe doet.

## 5.2 Wenselijkheid transitie-experiment

De wenselijkheid van een of meer experimenten waarin de genoemde belemmeringen worden opgeheven, wordt breed ondersteund. In de zorgsector is het begrip transitie-experiment geen gemeengoed. Vaak wordt gesproken van regelvrije zones, hoewel dit meer de ruimte is waarbinnen een experiment gestalte moet krijgen.

Belangrijk punt is dat we er met een systeemwijziging niet zijn: als de genoemde belemmeringen worden weggenomen, houdt dat niet automatisch in dat de zorg zal verbeteren. Hiervoor is een visie nodig, over wat men wil bereiken en hoe dat moet gebeuren. Vervolgens zal met een experiment moet worden onderzocht of het beoogde ook bereikt wordt. Uiteindelijk gaat het om zaken als betere kwaliteit van zorg en betere kwaliteit van leven.

Over de hoofdcontouren van een dergelijke visie bestaat ruime overeenstemming. Het gaat om integrale zorg, in een netwerkstructuur met de patiënt in het centrum, gericht

---

<sup>3</sup> De Zorgverzekeringswet kent functionele aanspraken.

op het verbeteren van de gezondheid en daaraan gerelateerde kwaliteit van leven. Voor zorgverzekeraars heeft dit betrekking op de totale groep verzekerden. De patiënt staat centraal en wordt aangesproken op zijn of haar eigen verantwoordelijkheid, bijvoorbeeld met betrekking tot leefstijl. Binnen de curatieve zorg wordt met diabeteszorg op enkele plaatsen al geprobeerd een netwerkmodel in praktijk te brengen. Dat zou geïntensiveerd moeten worden, en zou ook bij andere aandoeningen toegepast moeten worden. In deze visie wordt ook het belang van communicatie en samenwerking tussen hulpverleners beklemtoond.

Op verschillende plaatsen, bij zorgverzekeraars en in het veld, is men al bezig concrete voorstellen te ontwikkelen die uitgaan van ideeën als hiervoor aangegeven.

### 5.3 **Waarop een transitie-experiment te richten?**

Tijdens de gesprekken zijn verschillende varianten ter sprake gekomen: uitgaan van belangrijke aandoeningen, of een geografische eenheid als invalshoek kiezen of juist een meer functionele benadering (bijvoorbeeld telezorg gericht op zelfredzaamheid).

Over het algemeen is men van oordeel dat in een experiment het beste kan worden gekozen voor één of enkele chronische aandoeningen met een zeer groot beslag op de zorg. Genoemd zijn in dit verband dementie, depressie, diabetes, COPD en hartfalen. Deze chronische aandoeningen zijn niet alleen maatschappelijk van grote betekenis, maar maken een relatief groot deel uit van de werkzaamheden van (vrijwel) alle hulpverleners in de zorg. Een experiment gericht op deze aandoeningen heeft dus grote impact.

Als gewerkt wordt met een beperkt aantal belangrijke chronische aandoeningen moet het mogelijk zijn een gedeelde visie te ontwikkelen die gericht is op wat men wil bereiken (in termen van gezondheid en kwaliteit van leven) en organisatie. Zorgstandaarden zouden kunnen worden ontwikkeld die ook als basis dienen voor zorginkoop door zorgverzekeraars

Een experiment met een of meer van de genoemde aandoeningen dient zich niet alleen te richten op de cure en care maar, indien van toepassing, ook op preventie/leefstijl. Dat gebeurt nog weinig. Op het gebied van diabeteszorg is men in dit opzicht het verst. Er zijn in Nederland momenteel ca. 35 diabeteszorggroepen; er is daar één hoofdaannemer die de zorg regelt en financiert (men werkt met een transmurale DBC). De samenwerking is geformaliseerd. Het zicht op het nakomen van afspraken is echter vrij beperkt. Alle diabetesprojecten spelen zich af in de cure sector. Hier zou verbreding moeten plaatsvinden naar de care sector en naar preventie (in de zin van het voorkomen van verergering, tertiaire preventie dus; primaire preventie blijft in de visie van de gesprekspartners een verantwoordelijkheid van de overheid).

Een functionele invalshoek werd eenmaal genoemd. Daarbij gaat het om een grootschalige uitrol van een telezorgtoepassing, gericht op een van de genoemde chronische aandoeningen, waarmee tot nu toe op relatief kleine schaal is geëxperimenteerd. Punt hierbij is dat goed nagegaan moet worden waar bestaande regels gewijzigd zouden moeten worden voor een experiment.

Een geografische eenheid (bijvoorbeeld een gemeente of een hele regio) als primaire invalshoek nemen wordt alom gezien als moeilijk. Men zou in deze variant voor een heel scala aan aandoeningen en gezondheidsproblemen afspraken (zorgstandaarden)

moeten maken en dat wordt een zeer complexe aangelegenheid. Overigens wordt er in suggesties voor een experiment ook uitgegaan van een forse schaalgrootte (zie later).

En mengvorm is ook denkbaar en genoemd: een combinatie van niche en regio, namelijk binnen een – redelijk omvangrijke – regio kiezen voor één of meer van de genoemde aandoeningen. Het geheel is dan overzichtelijk, vaak is er één (dominante) zorgverzekeraar die als regievoerder kan optreden, en indien het gebied niet te klein is, kan ook goed onderzocht worden wat het effect is van specifieke interventies.

Welke invalshoek ook wordt gekozen, het is van belang in een experiment optimale mogelijkheden te creëren voor geheel nieuwe organisatievormen. Genoemd zijn bijvoorbeeld de ‘anderhalve lijn’ en een observatorium in de eerste lijn.

#### **5.4 Zijn er al initiatieven die relevant kunnen zijn?**

Tijdens de gesprekken is een aantal initiatieven genoemd waarmee men probeert ideeën over een meer integrale zorg in praktijk te brengen. Het gaat daarbij vaak om projecten die met subsidies gefinancierd worden en dus niet structureel ingebed zijn bij zorgverzekeraars en in organisaties. Veel van deze initiatieven zijn monosectoraal (alleen cure) en worden op relatief kleine schaal uitgevoerd. De partijen waarmee gesproken is zijn nog niet betrokken bij min of meer grootschalige experimenten gericht op integrale zorg (cure, care, preventie). Zoals vermeld is men relatief het verst met zorgexperimenten bij diabetes.

Zoals eerder werd aangegeven zijn enkele gesprekspartners wel betrokken bij het voorbereiden van concrete grootschalige experimenten.

#### **5.5 Randvoorwaarden voor een experiment**

Tijdens de gesprekken is een aantal punten aan de orde gekomen waarvan nu reeds kan worden aangenomen dat het belangrijke randvoorwaarden zijn voor een experiment of experimenten (in het veld spreekt men vaak van experimenteren met of in regelvrije zones).

##### *Algemene randvoorwaarden:*

- Draagvlak in de regio, bij alle partijen, is noodzakelijk. Het opleggen van andere werkwijzen en organisatievormen door één partij lukt niet. Om de kans van slagen te bevorderen en de aanlooptijd te verkorten verdient het aanbeveling zoveel mogelijk aan te sluiten bij initiatieven die nu al enigszins de richting uit gaan van een integraal experiment.
- De deelnemende partijen moeten een gedeelde visie op kwaliteit van zorg hebben (bijvoorbeeld blijktend uit een door alle partijen onderschreven zorgstandaard). In de paragraaf over de wenselijkheid van een transitie-experiment is een eerste contour van een visie beschreven. Deze kan door betrokken partijen nader worden ingevuld.
- Patiëntenorganisaties dienen een actieve rol te spelen in het experiment
- Alle deelnemers dienen zich te verplichten op een actieve wijze mee te werken aan een evaluatie van het proces en van de (intermediaire) uitkomsten (die openbaar gemaakt worden).
- Alle deelnemende partijen dienen zich op bestuurlijk niveau te committeren, niet alleen aan het experiment, maar ook aan de bovengenoemde visie en evaluatie.
- De doorlooptijd moet voldoende zijn. Als het gaat om een experiment met tientallen deelnemers en een redelijke schaalgrootte, moet gedacht worden aan enkele tot

misschien wel vele jaren. In de praktijk blijkt het bijvoorbeeld minstens een jaar te duren voordat verschillende typen hulpverleners gestructureerd kunnen samenwerken. Het is een zaak van langere adem om een project voor te bereiden, draagvlak te creëren, afspraken te maken, toe te groeien naar andere rollen en daadwerkelijk veranderingen door te voeren. Deze veranderingen moeten bovendien de kans krijgen te beklijven voordat er sprake kan zijn van zicht op de meerwaarde (effecten).

- De verantwoordelijkheidstoedeling moet duidelijk geregeld zijn. Dit geldt zowel voor de regie over de inhoudelijke aspecten van de zorg als voor die over organisatie en financiering. Er moet rekening gehouden worden met verschillende belangen op korte en lange termijn.
- De financiering van deelnemende partijen is een belangrijk punt. In dit verband is het belangrijk rekening te houden met inkomstenderving, bijvoorbeeld van ziekenhuizen als zorg verplaatst gaat worden naar de eerste lijn. Daar moet een oplossing voor komen, anders doen ze niet mee. Dit is vooral een korte termijn probleem. Op de lange termijn, met een toename van de zorgvraag in combinatie met de arbeidsmarktproblematiek, ziet iedereen in het veld dat alleen meer complexe patiënten thuis horen in het ziekenhuis. Dit punt van inkomstenderving is waarschijnlijk ook van toepassing op andere partijen.
- Wat de betaling van hulpverleners/aanbieders betreft, dient bezien te worden of en zo ja, in welke mate het mogelijk is deze te betalen naar de mate waarin ze gezondheidswinst realiseren (uitkomsten of intermediaire uitkomsten). De precieze betalingsmodaliteiten in een experiment dienen vooraf geregeld te worden. Hierbij is ook van belang aandacht te besteden aan extra betalingen versus de reguliere. Wanneer bijvoorbeeld huisartsen betaald krijgen voor extra inspanningen in het kader van 'netwerkzorg' en deze `zorg gaat een substantieel deel uitmaken van de totale zorg die zij leveren, dan heeft dat consequenties voor de intensiteit van de 'reguliere' zorg.
- Er moet rekening mee worden gehouden dat een experiment niet lukt of niet de gewenste resultaten heeft. Voor die situatie is een fall back scenario nodig. Hiervoor is het bijhouden van een dubbele boekhouding wellicht noodzakelijk. Het is denkbaar dat een experiment in de loop van de tijd wordt aangepast en er uiteindelijk anders uitziet dan gepland. Deze mogelijkheid moet open gehouden worden.
- Wat betreft de schaalgrootte van een experiment lijkt het erop dat het beste gemikt kan worden op een forse schaal. Als men de meerwaarde (gezondheidswinst op het niveau van (deel)populaties) wil meten is een forse omvang noodzakelijk.
- Het is evident dat de regels van een experiment ook gelden voor de verzekerden van een niet-deelnemende zorgverzekeraar. Dit houdt in dat deelnemende en niet-deelnemende zorgverzekeraars afspraken moeten (kunnen!) maken hierover. Dit punt maakt dat een experiment relatief eenvoudiger is op te zetten in een regio met een dominante zorgverzekeraar.
- Bij het opzetten van experimenten dient er rekening mee gehouden te worden dat de experimenten bij succes opschaalbaar zijn.
- Ten slotte nog een punt met betrekking tot financiering. Desgevraagd geven de zorgverzekeraars aan dat er in experimentele situaties geen extra geld nodig is (wel voor de projectleiding en de proces- en uitkomstevaluatie). Door andere gesprekspartners wordt deze stelling onderschreven.

*Specifiek voor de overheid:*

- Indien het voor een experiment nodig is dat bestaande regels worden gewijzigd of buiten werking gelaten, is politieke steun nodig (VWS). Zonder deze steun en daaruit voortvloeiende concrete voornemens zal in het veld geen enkele partij bewegen.
- Juridisch moet een en ander goed geregeld worden.
- Het vorige punt is onder andere essentieel als aannemelijk gemaakt wordt dat concurrentie in de eerste lijn op de deelmarkt zorgverzekeraar - aanbieder moet komen te vervallen vanwege de noodzaak tot intensieve samenwerking. Dit punt geldt niet alleen voor VWS maar ook voor de NMa/NZa.
- Een eis om deelnemers te krijgen zou wel eens kunnen zijn dat als een experiment slaagt, de deelnemers dan vooraf de garantie moeten hebben dat ze door kunnen gaan met de nieuwe werkwijze. Dit betekent dat een experiment niet vrijblijvend is, integendeel. Ook deze eis geldt niet alleen voor VWS maar ook voor de NMa/NZa.
- Efficiencywinst mag niet afgeroomd worden, maar dient in de zorg te blijven. Van verschillende zijden wordt gesteld dat dezelfde of zelfs betere kwaliteit kan worden geleverd met dezelfde hoeveelheid geld. Een goede prikkel om dit te realiseren is dat men besparingen in de eigen populatie verzekerden mag investeren. Voor de zorg binnen een transitie experiment dienen geen extra middelen te worden uitgetrokken, behalve wellicht voor bepaalde aanloopkosten en voor een evaluatie.



## 6 Beleidsontwikkelingen

### 6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is aangegeven welke behoeften in het veld leven met betrekking tot systeeminnovatie. Een aantal zaken dat in het veld leeft (zie vorig hoofdstuk) komt ook terug in uitspraken en recente) beleidsvoornemens of gedachten daarover, welke de minister van VWS heeft gepresenteerd over zorgvernieuwing en zaken die daarmee samenhangen. Dit hoofdstuk heeft betrekking op dezelfde periode als die waarin de gesprekken in het veld zijn gevoerd (tweede helft 2008).

### 6.2 Belemmeringen in het huidige systeem en mogelijke verbeteringen

Ten aanzien van de bekostiging van de eerste en tweede lijn merkt de minister van VWS op dat de schotten hiertussen belemmeringen opwerpen voor innovaties. “De eerste lijn (fysiotherapeuten, huisartsen etc.) wordt op een andere manier bekostigd dan de tweede-lijnsziekenhuizen. Verzekeraars lopen meer risico over de zorg die in de eerste lijn wordt aangeboden dan over de zorg die een ziekenhuis aanbiedt. Het loont voor hen te vaak juist niet om te investeren in de eerste lijn en daarmee de zorg als het ware naar mensen toe te brengen. Er is nog te weinig sprake van substitutie van het ziekenhuis naar de eerste lijn, terwijl de patiënt daar soms wel bij zou varen” (VWS, 2008a).

De minister noemde verschillende initiatieven om verbetering te brengen. Zo sprak hij over de noodzaak van een “netwerk van zorgaanbieders (een netwerk dat over de echelons heen werkt).” Verder noemde hij de noodzaak van een meer functionele bekostiging van de zorg, en stelde prioriteit te geven aan de ontwikkeling van zorgstandaarden, op basis waarvan kwaliteitsindicatoren ontwikkeld zullen worden “zodat patiënt/cliënt en zorgverzekeraar ook daadwerkelijk weten welk netwerk van zorgaanbieders (een netwerk dat over de echelons heen werkt) de beste kwaliteit en begeleiding biedt.” Naast een netwerkstructuur beklemtoonde hij het belang van preventie en zelfmanagement bij chronisch aandoeningen.

### 6.3 Risicovereveningssysteem

In zijn brief aan de Tweede Kamer over het risicovereveningssysteem bevestigt de Minister zijn voornemen de “ex post compensatiemechanismen zo snel en zo ver mogelijk af te bouwen als verantwoord is” (VWS, 2008 B).

De minister maakt in deze brief wel een paar kanttekeningen: “Doelstelling van de risicoverevening is het creëren van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt, waarbij risicoselectie niet lonend is. Het doel bij de vormgeving van het risicovereveningssysteem is dat er voldoende prikkels bestaan voor doelmatige zorginkoop. Beide doelen moeten in ogenschouw genomen worden in de wijze waarop met ex post compensatiemechanismen kan worden omgegaan. Afbouw van ex post compensaties is mijn inziens gewenst in verband met prikkels voor zorginkoop. Maar dit mag niet leiden tot een toename van prikkels voor risicoselectie en verstoring van het gelijke speelveld van zorgverzekeraars op de verzekeringsmarkt.” De minister geeft aan dat hij van mening is dat in 2009 al een forse stap gezet wordt met de afbouw ervan. De verwachting is dat substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn hierdoor beter mogelijk wordt.

## 6.4 Vrije prijsvorming

DBC's kunnen vallen in twee categorieën: het A-segment of het B-segment.

*A-segment:* De prijzen van DBC's in het A-segment worden landelijk vastgesteld en zijn in elk ziekenhuis gelijk. Daarboven wordt een verrekeningspercentage in rekening gebracht. Dit verrekeningspercentage is ook wettelijk bepaald en is per ziekenhuis verschillend.

*B-segment:* Over de prijzen van DBC's in het B-segment wordt onderhandeld tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Daardoor kunnen de prijzen per ziekenhuis verschillen. In het B-segment vallen de relatief eenvoudige en planbare ingrepen, dus niet de acute of spoedeisende zorg. Voorbeelden hiervan zijn: aandoeningen aan amandelen, liesbreuk, spataderen, knie- en heupslijtage, nierstenen en staar.

Het is de bedoeling dat DBC's en vrije prijsvorming in de komende jaren van steeds groter belang worden. Het B-segment zal steeds verder worden uitgebreid, waardoor meer ziekenhuiszorg aan de vrije markt zal worden overgelaten. De minister hecht sterk aan vrije prijzen in de zorg. "Vrije prijzen die inzicht geven in kosten. Want als er vrije prijzen zijn, dan gaan zorgondernemers kostprijzen bepalen. Met daarnaast meer transparantie rond de kwaliteit van de zorg die geboden wordt. Op die manier willen wij werken aan een context waarin innovatie loont en wordt aangemoedigd" (VWS, 2008a). Een onderzoek van de NVZ, die zelf voorstander is van verdere invoering van vrije prijsvoering, geeft aan dat er geen aanwijzingen zijn voor een extreme ontwikkeling van verwachte nadelen zoals volumegroei/prijsstijgingen van het B-segment en het afwijzen van 'zwaardere' patiënten. Anderzijds komen voordelen naar voren als transparante onderhandeling over kwaliteit, kosten en toegankelijkheid, gunstige ontwikkeling van de kostenprofielen van de belangrijkste DBC's, verbetering van registratie en uitkomsten van kwaliteit en betere marktordening in het B-segment.

In 2008 was het gedeelte van onderhandelbare DBC's in het B-segment al uitgebreid van 10% naar maximaal 20% van de totale ziekenhuiszorg. Onder andere ook in verband met de ingrijpendheid van doorvoering van deze beloningssystematiek zal de uitbreiding van het B-segment voor 2009 zich beperken tot maximaal 34%. Deze uitbreiding wordt voor 2009 meteen gekoppeld aan een toename van de taakstelling voor beide segmenten gezamenlijk met €15 miljoen. Op aanwijzing van de minister heeft de NZa de nieuwe beleidsregels voor 2009 opgesteld.

Het grootste deel van de zorg (A-segment) zal ook in 2009 nog bekostigd blijven via het 'oude' budgetteringssysteem (FB). Met name geldt dit voor zorg die nog onvoldoende vertaald is naar DBC's, zorg die zich niet goed leent voor vrije prijsvorming en zorg waarbij prestaties geen duidelijk verband hebben met de zorg voor de patiënt.

Zowel de verdere uitbreiding van het B-segment als de structurele toename van de taakstelling zijn lopend beleid voor de komende jaren.

In combinatie met de afbouw van de ex-post verevening (zie hierboven) leidt dit tot het verdwijnen van perverse prikkels en tot meer substitutie van de tweede naar de eerste lijn. "Bedacht moet worden dat het juist B-DBC's zijn die in aanmerking komen voor substitutie naar de eerste lijn. Vanuit het risicovereenigingssysteem is de prikkel om dergelijke zorg in de tweede lijn te leveren nu dus vrijwel verdwenen. Over de kosten van B-DBC's wordt immers nog maar 15 procent nagecalculeerd. Mijn voornemen is om per 2010 deze narecalculatie af te bouwen naar 0 procent, waarmee de risicodragendheid exact gelijk wordt tussen eerstelijnszorg en B-DBC's en de belemmeringen voor substitutie vanuit de risicoverevening zijn weggenomen" (VWS, 2008 b).

## 6.5 Minder gedetailleerde omschrijving aanspraken

Het beleidsvoornemen is aanspraken op zorg meer in functionele zin en dus minder gedetailleerd te gaan omschrijven. De minister heeft bijvoorbeeld aangegeven dat de aanspraak op geneesmiddelen meer algemeen omschreven zal worden (VWS, 2008c). Een belangrijke plaats in dit nieuwe beleid wordt ingenomen door richtlijnen. Wel blijft de mogelijkheid bestaan bepaalde geneesmiddelen uit te sluiten van vergoeding (negatieve lijst). Ook ten aanzien van Dieet voor Medisch Gebruik is het voornemen aanspraken te koppelen aan richtlijnen. Richtlijnen nemen een belangrijker plaats in het beleid in. In dat kader is van belang dat de minister en staatssecretaris van VWS een 'Regieraad kwaliteit van de zorg' willen instellen die een rol gaat spelen bij richtlijnontwikkeling en –implementatie (VWS, 2008d).

Wat hulpmiddelen betreft is de minister voornemens de aanspraak op basis van functiebeperking te omschrijven; het opheffen of verminderen van functiebeperkingen komt daarbij centraal te staan. De minister noemt daarbij expliciet dat dit meer ruimte biedt voor innovatie binnen de hulpmiddelensector (VWS, 2008e).

## 6.6 Kabinetsreactie op SER-advies betreffende de AWBZ

De Sociaal-Economische Raad heeft een advies opgesteld over de toekomst van de AWBZ (SER, 2008). De staatssecretaris van VWS heeft laten weten dat het kabinet het SER-advies over de AWBZ op hoofdlijnen overneemt (VWS, 2008f). Het kabinet wil onder meer de positie van de cliënt versterken door deze meer keuzemogelijkheden te geven, ook ten aanzien van het wonen. Delen van de AWBZ (o.a. de reactiveringszorg) kunnen worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Het gaat niet om een grote stelselherziening zoals eerder bepleit door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ, 2008).

## 6.7 Andere financiering chronische zorg

Minister Klink heeft in het tv-programma Buitenhof en later in een brief aan de Tweede Kamer aangegeven de zorg voor mensen met chronische aandoeningen als diabetes, hartfalen en COPD anders te willen gaan financieren (VWS, 2008 G). Doel is te komen tot meer integrale zorg. De bedoeling is dat er per aandoening, in totaal ca. vier of vijf, één hoofdcontractant komt, vermoedelijk de huisarts, en dat die gaat werken met onderaannemers. De financiële schotten in de curatieve sector tussen eerste- en tweede lijn kunnen hiermee verdwijnen. Een en ander zou in 2010 moeten ingaan.

Op 22 december 2008 heeft de minister in een brief aan de Tweede Kamer concrete voorstellen gedaan om per 1 januari 2010 van start te kunnen gaan met een functionele bekostiging van een viertal chronische aandoeningen: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen. Deze aandoeningen zijn mede gekozen omdat hiervoor (binnenkort) zorgstandaarden beschikbaar zijn.

## 6.8 Conclusie

Een nadere beschouwing van de ideeën die tijdens de gesprekken in het veld naar voren zijn gekomen (hoofdstuk 5) en de lijnen die zijn uitgezet door de minister en staatssecretaris van VWS (zie dit hoofdstuk) moge duidelijk maken dat er veel overeenstemming is. Vanuit beide kanten wordt onderkend dat er schotten in (het financieringssysteem van) de zorg zijn, die innovaties belemmeren of op zijn minst vertragen. Het systeem heeft perverse prikkels en waar in het veld gevraagd wordt om

schotten op te heffen en perverse prikkels te verwijderen blijkt uit de beleidsvoornemens dat daar door de minister ook zo over gedacht wordt. Tegelijk blijkt dat men in het veld al verder wil gaan met integratie van cure en care dan uit de beleidsvoornemens naar voren komt.

In de beleidsvoornemens wordt vaak al gesuggereerd dat de veranderingen direct het gehele zorgstelsel moeten betreffen, zoals dat voor alle burgers in Nederland functioneert.

Tijdens de gesprekken in het veld wordt echter gepleit voor experimenten met (systeem)innovaties, in een regelvrije zone. Uit die transitie-experimenten kan blijken wat de beste oplossing voor geconstateerde problemen is. Experimenten bieden de mogelijkheid om bij te stellen waar het mis gaat en verder te gaan met zorginnovatie en daaruit lering te trekken voor het stelsel in zijn totaliteit. Na een transitie-experiment moet dan de uitrol over Nederland en het zorgstelsel volgen. In het volgende hoofdstuk wordt een deel van het proces om te komen tot concrete transitie-experimenten met behulp van een transitie-arena beschreven.

## 7 Voorstel voor vervolg

Het CVZ en TNO KvL hebben voor de start van onderhavig project afgesproken dat een eventueel vervolg zal bestaan uit een pilot en een daarop volgend transitie-experiment. In dit hoofdstuk presenteren we een plan van aanpak daarvoor. Dit plan is enerzijds gebaseerd op algemene inzichten betreffende het opzetten van transities (hoofdstukken 2-4), anderzijds is het – in het bijzonder daar waar het gaat om praktische keuzen - in hoge mate gebaseerd op de gesprekken die in het veld zijn gevoerd (hoofdstuk 5). Deze praktische keuzen komen aan de orde bij het beantwoorden van onderstaande vragen.

In dit hoofdstuk worden de volgende vragen beantwoord:

- Voor welke afbakening wordt gekozen voor de pilot en het transitie-experiment (niche, geografische locatie, combinatie van beide, technologie)?
- Wat is de doelstelling van de eerste pilot/transitiepad?
- Beschrijving van de pilot: om welk transitiepad/welke innovaties gaat het? Hoe dient de nieuwe constellatie eruit te zien?
- Welke spelregels dienen te gelden binnen een dergelijke pilot?
- Welke onderzoeksvragen zijn er binnen deze pilot?
- Welke resultaten worden behaald aan het einde van de pilot?

Voor de beantwoording van deze vragen kunnen twee wegen worden bewandeld:

- Top-down een concreet en min of meer gedetailleerd plan van aanpak presenteren (inclusief een keuze voor deelnemende partijen) zowel voor de pilot als voor het daarop volgende experiment.
- Tijdens de pilot een transitie-arena organiseren waarin alle keuzes, die tot dan nog open zijn gelaten, gemaakt worden door de deelnemers. Geïnteresseerde partijen kunnen door middel van een tenderprocedure inschrijven voor het daarop volgende experiment.

Bij de start van het project is ingezet op de lijn van de eerste mogelijkheid. De gevoerde gesprekken en de theorie daarentegen wijzen duidelijk de kant uit van de tweede mogelijkheid.

Vandaar dat we in dit hoofdstuk de middenweg bewandelen: een aantal essentiële keuzes kan nu reeds gemaakt worden, maar de concrete invulling van de pilot en het transitie-experiment wordt tijdens de pilot ter hand genomen.

### 7.1 Voor welke afbakening wordt gekozen voor de pilot en later het transitie-experiment?

Tijdens de gesprekken is uitvoerig gesproken over de primaire invalshoek waarvoor bij een transitie-experiment gekozen dient te worden. Op grond van deze gesprekken adviseren wij als invalshoek primair die van de aandoening te kiezen. Een hele regio als primaire invalshoek is te complex en zou ook een moeilijk uitvoerbaar experiment impliceren. Uitgaan van een technologie als primaire invalshoek daarentegen is te beperkt. Vandaar het voorstel om bij een experiment uit te gaan van een of enkele aandoeningen in een nader te bepalen regio .

De vraag is welke aandoeningen in aanmerking komen. Unaniem is men van oordeel dat gekozen zou moeten worden voor aandoeningen met een groot en stijgend beslag op de zorg. Een transitie-experiment heeft dan een duidelijke impact. Bovendien gaan

partijen als aanbieders in een transitie-experiment een andere rol spelen, en algemeen vindt men dat dit alleen van de grond komt als die andere rol een substantieel deel van de werkzaamheden betreft. Dit is alleen het geval bij enkele veel voorkomende chronische aandoeningen. Tijdens de gesprekken zijn genoemd depressie, diabetes, dementie, COPD en hartfalen. Benadrukt werd tevens dat het in een experiment zou moeten gaan om integrale zorg, dus niet alleen in de cure maar ook in de care en met veel aandacht voor preventie. Genoemde aandoeningen zijn deels dezelfde als die waarvoor de minister van VWS per 1 januari 2010 een functionele bekostiging geregeld wil hebben in de cure: diabeteszorg, COPD-zorg, cardiovasculair risicomanagement en zorg voor hartfalen. Bij al deze aandoeningen gaat het om een relatief groot en stijgend beslag op de zorg.

In principe is een clustering van chronische aandoeningen mogelijk gezien de overeenkomsten in de zorg:

- Diabetes, astma/COPD en chronisch hartfalen
- Depressie en angststoornissen
- Dementie

Voor al deze aandoeningen geldt dat er in een transitie-experiment gewerkt kan worden aan het doorbreken van bestaande structuren en schotten en tot andere werkwijzen, leidend tot meer inzet van arbeidsbesparende technologie, een verschuiving van de 2-de naar de 1-ste lijn, en van professionele zorg naar zelfzorg en -management. Dit laatste sluit goed aan op de het feit dat de chronische zorg is gestandaardiseerd en dat vanwege het langdurige karakter van deze ziektebeelden patiënten beter in staat zijn tot zelfzorg en -management en bovendien de noodzaak daartoe steeds groter zal worden, gezien de verwachte personeelskrapte.

Voor diabetes, astma/COPD en chronisch hartfalen is daarbij telezorg en -monitoring van bijzonder belang. De verandering, zoals in een transitie-experiment wordt beoogd, richt zich dan op de ontwikkeling van medische en zorgkennis en daarbij behorende vaardigheden, bijvoorbeeld door middel van medische websites, digitale levensstijldagboeken en coaching, en het inzetten van monitoring.

Voor depressie en angststoornissen zijn E-mental-health programma's van speciale betekenis, zowel voor preventie als behandeling.

De laatste decennia heeft de ontwikkeling van effectieve behandelvormen voor depressie en angststoornissen een hoge vlucht genomen. Daarnaast is er binnen de geestelijke gezondheidszorg de afgelopen jaren een scala aan online interventies ontwikkeld voor deze aandoeningen. Behalve voorlichtende en preventieve informatie over veel voorkomende psychische stoornissen zijn er op internet tal van kennis- en zelftesten te vinden. Internetgebruikers kunnen chatten met hulpverleners. En mensen die echt hulp willen bij hun psychische problematiek kunnen bij steeds meer aanbieders terecht voor een online behandeling. In veel gevallen kan dat anoniem en gratis. Zo worden via internet nieuwe doelgroepen bereikt door de GGZ.

De preventie en behandeling van depressie en angststoornissen staan voor een nieuwe fase met uitdagingen. Kwaliteit, (kosten) effectiviteit en vergoeding staan hierbij centraal. Wat betreft de vergoedingen kant adviseert de NZa alle ambulante zorg in 2010 te bekostigen op basis van DBC's. Tegelijkertijd worden vrije prijzen mogelijk voor de behandeling van depressie en angststoornissen.

Bij dementie gaat het daarbij vooral om ondersteuning van de mantelzorg, nieuwe woonvormen en de inzet van domotica. Dementie vormt een toenemende uitdaging

voor de zorg omdat deze aandoening een groot en toenemend beslag op de zorg legt, vooral in personele zin (meer nog dan bij andere chronische aandoeningen). Dementie is een aandoening (verzameling aandoeningen) waarvan de prevalentie sterk toeneemt met de leeftijd. Dat betekent dat het relatief vaak gaat om mensen die ook een of meer andere chronische aandoeningen hebben (bijvoorbeeld de hiervoor genoemde). Als ergens de noodzaak bestaat van integrale netwerkzorg dan is het hier wel. Een pilot/transitie-experiment biedt bij uitstek de mogelijkheid dit te ontwikkelen en uit te proberen. Dementiezorg in ruime zin, dus inclusief multimorbiditeit, beslaat het hele scala aan zorgtypen –organisatie en –financiering (WMO, AWBZ, ZVW).

Bijkomend voordeel van dementiezorg als onderwerp in een transitie-experiment is dat er een bestaande infrastructuur is om integrale netwerkzorg (care en cure) op grotere schaal te organiseren.

Bestaande initiatieven (LDP, koploperregio's, activiteiten in kader transitie langdurige zorg) zijn kleinschalig en vaak monosectoraal; de ervaring is dat opschaling mislukt door systeemfalen (organisatorische en financiële schotten e.d., zoals beschreven in hoofdstuk 5).

Hoewel dat in het kader van onderhavig project, dat zich (vooral) richt op de verzekerde zorg, niet direct van belang is, is het bij dementiezorg mogelijk om ook aanpalende sectoren bij de transitie te betrekken.

Als we over netwerkzorg bij dementie spreken wordt het volgende globale toekomstbeeld breed onderschreven<sup>4</sup> dat kan dienen als inspiratiebron voor het transitie-experiment. In een pilot/transitie-experiment kan daar naar toe gewerkt worden. Het aantal dementerenden zal de aankomende decennia verdubbelen, terwijl de zorgcapaciteit tegelijkertijd zal afnemen. Er zal de komende jaren meer aan vroegdiagnostiek worden gedaan en als gevolg daarvan meer vraag komen naar vroegtijdige ondersteuning, informatief en emotioneel. Meer en meer zal dat plaats hebben in de thuisomgeving in plaats van in het ziekenhuis (waar deze ondersteuning maar mondjesmaat wordt geboden). Ook worden kleinschalige woon-zorgvormen intramuraal ontwikkeld. Domotica en zorg op afstand worden veel meer ingezet. De overgang van de zorg (voor mensen met dementie en vaak ook met andere chronische aandoeningen) tussen ziekenhuizen, de eerste lijn en verzorgings-/verpleeghuizen dient veel soepeler te worden dan nu mogelijk is. In de beleidssfeer vereist dit een integrale planning/ketenplanning in plaats van per sector. Er komt meer (formele) aandacht voor cliëntensysteem/mantelzorg, ook in sfeer van vergoeding, en planning van professionele zorg. Omdat de zorg zoveel mogelijk thuis wordt gegeven is de relatie met hulp thuis (WMO<sup>5</sup>) en de inrichting van de openbare ruimte<sup>6</sup> van groot belang.

Realisatie van dit toekomstbeeld wordt belemmerd door systeemfalen (zie hoofdstuk 5) en door cultuurverschillen in de zorg.

In de volgende paragrafen wordt antwoord gegeven op de andere door het CVZ gestelde vragen. Qua doelstelling, vervolgstappen, spelregels en onderzoeksvragen zijn er geen wezenlijke verschillen tussen de aandoeningen. De ene aandoening zit relatief meer in de care sector en de andere meer in de cure sector, maar daar staat tegenover dat de prevalentie van alle genoemde aandoeningen stijgt met de leeftijd en we in de praktijk te maken hebben met veel multimorbiditeit. Als daar rekening mee gehouden wordt manifesteren al deze aandoeningen zich zorgbreed.

---

<sup>4</sup> Dit toekomstbeeld werd tijdens een invitational conference eind 2008 bevestigd. Hierbij waren deelnemers aanwezig vanuit Alzheimer Nederland, Vilans en TNO. Daarnaast namen Bère Miesen (dementiedeskundige) en een ervaringsdeskundige deel.

<sup>5</sup> Dit rapport richt zich op de verzekerde zorg; om deze reden valt de Wmo er buiten.

<sup>6</sup> Hiervoor geldt hetzelfde

## 7.2 Wat is de doelstelling van de eerste pilot?

Het doel van de pilot is drieledig. Ten eerste het concretiseren van een toekomstbeeld met betrekking tot de te kiezen aandoening(en) om tot een plan van aanpak te komen voor het daarop volgende experiment. In de tweede plaats het bijdragen aan het creëren, door VWS, van experimenteerruimte. En in derde plaats het organiseren van een tenderprocedure voor dat experiment.

Doel van het experiment zelf is ten eerste na te gaan of dat toekomstbeeld feitelijk te realiseren valt en ten tweede of dat een betere gezondheid/kwaliteit van leven als uitkomst heeft. De precieze, toetsbare doelstelling wordt tijdens de pilot vastgesteld.

## 7.3 Welke vervolgstappen?

Zoals in de inleiding aangegeven, is het niet mogelijk in detail aan te geven hoe het transitiepad er precies uit komt te zien. In hoofdlijnen kunnen de volgende vervolgstappen worden onderscheiden.

### 7.3.1 Pilot

De pilot bestaat uit de volgende onderdelen:

#### **Transitie-arena**

Uitgaande van de te kiezen aandoening(en) en de nog te beschrijven spelregels (zie paragraaf 7.4) zal een transitie-arena (in de vorm van één of meer bijeenkomsten van 'denkers') worden georganiseerd, waarin de voorbereiding ter hand wordt genomen van het formuleren van een transitie-experiment

Aspecten die in deze arena worden besproken en vervolgens uitgewerkt zijn:

- Nadere visieontwikkeling en concretisering van het toekomstbeeld(en).
- Nagaan welke zaken ontwikkeld dienen te worden met het oog op een transitie-experiment (bijvoorbeeld een zorgstandaard). Voor diabetes bestaat al een zorgstandaard; voor COPD, cardiovasculaire aandoeningen en depressie worden zorgstandaarden ontwikkeld. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de ervaring die in andere, vaak kleinschalige en/of monosectorale, initiatieven is opgedaan.
- Nagaan welke ruimte gecreëerd dient te worden in of naast het huidige stelsel. In dit kader kan bijvoorbeeld een ex-ante evaluatie worden uitgevoerd waarbij de consequenties van keuzes tevoren worden ingeschat.
- Leren van de lopende (vaak kleinschalige en monosectorale) initiatieven.
- Uitwerking en indien nodig aanvulling van de globale spelregels (zie verderop).
- Het na de pilot ondersteunen van het transitie experiment gedurende de looptijd (leren, barrières wegnemen, samenhang aanbrengen tussen lopende initiatieven).
- Het indien nodig leveren van een bijdrage aan het verkrijgen van politieke steun voor een experiment, inclusief wat er bij succes dient te gebeuren na het experiment.

Tijdens onderhavig project is reeds een algemene lijst van potentiële deelnemers aan deze transitie-arena opgesteld.

Op grond van de bevindingen van de transitie-arena wordt een voorstel geformuleerd voor een transitie-experiment. Daarbij wordt ook nagegaan hoe een uitvoeringsorganisatie t.b.v. het experiment gestalte dient te krijgen. Dit kan een bestaande of een nieuw samen te stellen organisatie zijn. Tevens wordt een concreet plan voor een proces- en uitkomstevaluatie opgesteld.



### ***Organiseren tenderprocedure***

De uitvoeringsorganisatie organiseert een tender procedure, waarbij veldpartijen kunnen inschrijven voor een transitie-experiment. Het kan zijn dat gekozen wordt voor verschillende dealexperimenten.

De potentiële deelnemers aan een experiment zijn gebonden aan het in de transitie-arena te concretiseren toekomstbeeld en aan de spelregels, hebben als primaire invalshoek de gezondheid en kwaliteit van leven en verplichten zich deel te nemen aan een evaluatie. Partijen dienen aan te geven hoe ze de betreffende zorg gaan organiseren, op welke wijze zij de gezondheid en kwaliteit van leven kunnen verbeteren en op welke wijze zij denken zich aan de spelregels te kunnen houden (zie verderop). Ook dienen zij te motiveren welke precieze ruimte gecreëerd dient te worden c.q. welke regels tijdens het experiment buiten werking dienen te worden gelaten. Tevens moet worden aangegeven welke partijen samenwerken, hoe de organisatie is en wie de regie heeft. De uitvoeringsorganisatie toetst de daadkracht van de partijen, in het bijzonder de hoofdaannemer, die nodig is om een experiment tot een goed einde te brengen. De uitvoeringsorganisatie stelt formeel de exacte criteria op waaraan in te dienen voorstellen getoetst worden, mede op basis van de uitgangspunten die in de transitie-arena geformuleerd zijn.

Het is van belang dat iedereen met innovatieve ideeën een kans krijgt mee te doen aan een experiment. Daarom wordt hier geopteerd voor een open procedure.

#### **7.3.2 *Feitelijke transitie-experiment***

Het transitie-experiment kan van start gaan als een partij of consortium van partijen voldoet aan de door de uitvoeringsorganisatie gestelde eisen.

#### **7.4 Welke spelregels dienen te gelden binnen een dergelijke pilot?**

Ten behoeve van de pilot zijn geen spelregels noodzakelijk, behalve dan de bereidheid van deelnemers aan de transitie-arena actief te participeren in de uitwerking van de hier gepresenteerde ideeën.

Spelregels zijn wel nodig voor het experiment. Tijdens de pilot worden ten behoeve van het transitie-experiment onderstaande spelregels/randvoorwaarden nader uitgewerkt. Dit gaat niet verder dan strikt noodzakelijk is, aangezien we zoveel mogelijk ruimte en dus vrijheid willen voor de deelnemers aan het experiment.

Enkele spelregels/randvoorwaarden kunnen reeds nu geformuleerd worden:

- Uitgangspunt is dat het optimaliseren van de gezondheidstoestand van de populatie het einddoel van het transitie-experiment moet zijn . Dit is richtinggevend bij zorgactiviteiten tijdens het experiment .
- De huidige (wettelijke) eisen met betrekking tot kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid blijven zoals ze zijn. Ook wetten als de BIG en de WGBO blijven gewoon gelden. Wat tijdens het transitie-experiment verandert betreft de organisatie, de samenwerkingsverbanden en de financiering.
- De deelnemende partijen moeten een gedeelde visie op/opvatting over kwaliteit van zorg hebben (bijvoorbeeld blijktend uit een door alle partijen onderschreven zorgstandaard).Deze visie dient rekening te houden met het in de transitie-arena te concretiseren toekomstbeeld.
- Alle deelnemende partijen dienen zich op bestuurlijk niveau te committeren, niet alleen aan het experiment en de daarvoor af te spreken verantwoordelijkheidstoedeling en dergelijke.
- Er komen voor het transitie-experiment geen extra financiële middelen ter beschikking (wel voor de pilot, de uitvoeringsorganisatie en de evaluatie).

- Door aan het experiment deelnemende partijen gemaakte winst mag vrijelijk worden besteed.

Daarnaast zijn er enkele punten die waarschijnlijk van (groot) belang worden tijdens het experiment. In de pilot/arena kunnen deze punten nader uitgewerkt worden. Ook is het mogelijk dat men in de tenderprocedure van inschrijvende partijen eist dat ze aangeven hoe ze deze punten denken vorm te geven of wat ze concreet veranderd zouden willen zien (bijvoorbeeld welke wettelijke regeling buiten werking gelaten zou moeten worden en waarom). De volgende punten lijken in ieder geval van belang:

- De concrete organisatie van het transitie-experiment en de precieze verantwoordelijkheidstoedeling. Dit laatste betreft zowel de regie over de inhoudelijke aspecten van de zorg als de organisatie en de financiering.
- De looptijd van het transitie-experiment. Er dient rekening mee te worden gehouden dat deze aanzienlijk zal zijn. Er zal waarschijnlijk sprake zijn van een substantiële aanlooptijd: het duurt enige tijd voordat nieuwe zaken van start gaan en soepel gaan lopen. Vervolgens kent het experiment een doorlooptijd: er moet ruime tijd zijn om veranderingen te laten beklijven etc.
- De financiële kanten van een experiment. Hierbij kan gedacht worden aan:
  - Een eventuele voorziening voor inkomensverlies van deelnemende aanbieders
  - Daarnaast zal waarschijnlijk iets van een zorgstandaard/transmurale DBC (in ruime zin) ontwikkeld moeten worden (voor enkele belangrijke aandoeningen zijn die al ontwikkeld dan wel in ontwikkeling);
  - De prijsvorming: juist in een transitie-experiment dient die zoveel mogelijk vrij te zijn
  - Er moet misschien nog gekeken worden naar het vereveningssysteem (ex post nacalculatie); wellicht gaat de beleidsontwikkeling onder regie van het ministerie van VWS zo snel dat dit bij de start van het transitie-experiment geen probleem meer is.
- Omdat het een experiment betreft dat zich richt op het zorgsysteem zelf is in geval van nood (bijvoorbeeld omdat kwaliteit of kwantiteit/toegankelijkheid van zorg niet meer gegarandeerd kan worden) ook een fall back scenario nodig. Er moet rekening gehouden worden met onverhoedse uitkomsten van het experiment. Indien de resultaten niet naar wens zijn moet óf het systeem in oude toestand hersteld kunnen worden óf (indien een point of no return is gepasseerd) aanpassingen gedaan worden. Voor terugval naar het oude systeem is wellicht het bijhouden van een dubbele boekhouding nodig.
- Teneinde de communicatie in de keten/het zorgnetwerk te verbeteren dienen aan het experiment deelnemende partijen afspraken te maken over communicatie en informatie-uitwisseling. Tijdens de pilot wordt bekeken of op dit punt iets ontwikkeld moet worden (tijdens de pilot) of dat dit aan de partijen in het experiment wordt overgelaten.

## 7.5 Welke onderzoeksvragen zijn er binnen deze pilot?

Binnen de pilot wordt vanzelfsprekend nog geen proces- en/of uitkomstanalyse uitgevoerd, maar wordt - door de uitvoeringsorganisatie - een gedetailleerd analyseplan gemaakt voor het experiment dat na de pilot wordt uitgevoerd. In ieder geval zullen in dat analyseplan uitkomstmaten worden opgenomen voor gezondheid en daaraan gerelateerde kwaliteit van leven (niet alleen van de betrokken patiënt, maar indien van toepassing, ook van het cliëntsysteem).

Tijdens de pilot wordt voor de start van het transitie-experiment een inschatting gemaakt van de benodigde duur van het experiment. Als we effecten op de

gezondheidstoestand/kwaliteit van leven willen meten is een relatief lange doorlooptijd vereist. Wanneer het mogelijk is door middel van indicatoren intermediaire effecten vast te stellen kan volstaan worden met een minder lang lopend experiment. Een en ander hangt mede af van de in te dienen voorstellen in de tenderprocedure.

Naast de effectmeting is het van belang om het transitie-experiment te monitoren op een aantal andere dimensies/vragen. Welke relevante ontwikkelingen doen zich voor die van invloed kunnen zijn op de uitwerking van het experiment? Welke (onverwachte) barrières doen zich voor die de realisatie van het experiment in de weg staan, en welke interventies kunnen ondersteunen om deze barrières op te lossen? Welke interventies zijn er nodig om de resultaten uit het experiment op te schalen naar een brede implementatie, indien dit wenselijk blijkt? Wat zijn overige relevante leerervaringen uit het experiment?

#### **7.6 Welke resultaten worden behaald aan het einde van de pilot?**

Wij zien twee belangrijke uitkomsten van de pilot. In de eerste plaats de beslissing, door het ministerie van VWS, om al dan niet de benodigde beleidsruimte (inclusief tijdelijke aanpassing van wet- en regelgeving) te creëren. En de tweede belangrijke uitkomst, die afhangt van het eerste punt, is het aanwijzen van het winnende voorstel in de tenderprocedure.

#### **7.7 Slot opmerkingen**

Ten slotte enkele opmerkingen over de kans van slagen van een pilot en transitie-experiment. Tijdens de gesprekken in het veld is uitvoerig gesproken over het afgeven van een commitment. Onze conclusie op grond van de gesprekken is dat er sprake is van een grote belangstelling voor systeeminnovatie. Deze belangstelling bestaat niet alleen bij de personen met wie wij hebben gesproken. In hoofdstuk 6 werd aangegeven dat ook de minister van VWS in zijn beleidsontwikkeling een flink stuk in dezelfde richting denkt. Ook anderen die zich met innovatie bezig houden constateren dezelfde knelpunten en opteren voor hetzelfde soort oplossingsrichtingen (zie bijvoorbeeld het recente rapport 'Zorg op afstand met behulp van ICT', Nictiz 2008).

Veldpartijen, zo is onze inschatting, zijn zeker bereid een actieve bijdrage te leveren aan systeeminnovatie. Hierbij lijkt het ons wel evident dat geen enkele speler echt zal bewegen voordat de ruimte voor een transitie-experiment wordt gecreëerd. Dat dient te gebeuren door de minister van VWS. Maar in beginsel is er sprake van veel enthousiasme en een grote belangstelling. Bij de uitwerking van de hier gepresenteerde ideeën tijdens de pilot een ook het transitie-experiment dient niet alleen aandacht geschonken te worden aan de principe belangstelling, maar zeker ook aan belangen die immers kunnen verschillen (vooral op de korte termijn).

Het Zorg Innovatie Platform (ZIP) focust op patiëntgerichte netwerkzorg die leidt tot arbeidsbesparing. De aard van de innovaties die kunnen bijdragen aan deze focus kan heel divers zijn. Het ZIP richt zich met name op de volgende drie invalshoeken. Op de eerste plaats innovaties waarbij ICT en techniek centraal staan. En innovaties die door veranderingen in de organisatie, cultuur of leiderschap leiden tot patient empowerment en arbeidsbesparing. Een derde invalshoek is die waarin de versterking van de professional centraal staat. De doelgroepen waarop het ZIP zich met name richt zijn chronisch zieken en de care (met name ouderen).

Deze prioriteiten sluiten goed aan bij de voorstellen die in dit hoofdstuk worden beschreven.

## A Gesprekspartners

M. Bontje, RvB UVIT  
J. Dijkers, directeur AGIS (participaties en deelnemingen)  
R. van Ettinger, huisarts-ondernemer (o.a.) GOED Ridderkerk  
W. Gruisen, manager zorgbeleid en zorginnovatie CZ  
J. P. Kasdorp, projectleider RVZ  
M. Kuin, RvB, RvB De Friesland  
H. P. Kuipers, directeur NDF  
P. Lakerveld, directeur Salland (Pegasus Kennis)  
E. van Leussen, innovatiemanager Achmea  
M. van Leeuwen, directeur Stichting Transmurale Zorg Den Haag en omstreken  
G. Ligthart, praktijk voor senioren geneeskunde, Leiden  
H. Nienhuis, manager strategische zorginnovatie Menzis  
A.G. Pomp, medewerker VWS/ZIP  
N. Pruijssers, medewerker CVZ  
H. M. A. Stroeks, hoofd dienst ketenzorg Catharina ziekenhuis Eindhoven  
R. Zwiers en H. S. Benedictus, medewerkers SER

## B Bronnen en literatuurlijst

Andringa, J. & R. Weterings (2006), *Competenties van Transitieprofessionals*, Utrecht: Competentiecentrum Transities

Beekun T van, R. Perenboom, M. Smit & M. Schoone (2006). Domotica en telemedicine in het verzekerde pakket: naar nieuwe besluitvormingsprocessen? Een aanzet voor debat. Leiden, TNO KvL

Bosch, S. van den & M. Taanman,(2006). How Innovation Impacts Society. Patterns and mechanisms through which innovation projects contribute to transitions. Paper presented at the Innovation Pressure Conference, 15th -17th March, Tampere, Finland

Bosch, S. van den & J. Rotmans (2008), Deepening, Broadening and Scaling up, A framework for steering transition experiments, KCT-publicatie (*nog in ontwikkeling*)

Duine, A. 2008; *Visiedocument systeemveranderingen gezondheidszorg*; Intern memo ten behoeve van project Systeemverandering in de zorg, volgnr: 28037070, College van Zorgverzekeringen, Diemen

Freeman, C (1987). Technology Policy and economic performance: Lessons from Japan. London, Printer Publisher LTD

Geels, F.,W. & R. Kemp. (2000), *Transities vanuit sociotechnisch perspectief*, achtergrondrapport voor de studie 'Transities en Transitie management' van ICES en MERIT ten behoeve van NMP-4, UT Enschede & MERIT, Maastricht

Goedkoop, M.J., C.J.G. van Hale, H.R.M. te Riele & P.J.M. Rommens (1999), *Product Service Systems. Ecological and Economical Basics*, Report of PiMC, Storm C.S. and Pré Consultants, in assignment of the Dutch Ministeries of Environmental and Economical Affairs, Den Haag

Grin, J & R. Weterings (2005) *Reflexive monitoring of projects for system innovations: Nature, competences and learning context*. Congres paper Bonn oktober 2005

Grin, J. & A. van Staveren (2007); *Werken aan systeeminnovaties. Lessen uit de praktijk van het Innovatie Netwerk*, Van Gorcum, Assen

Kemp, R. & S. van den Bosch (2006), *Transitie-experimenten, praktijkexperimenten met de potentie om bij te dragen aan transities*, TNO en Drift (Dutch Research Institute for Transitions)

Loorbach, D. (2007) *Transition management New Mode of governance for sustainable devolpement*, International Books Utrecht

Loorbach, D. (2008), *Policy innovation in isolation?*, Erasmus University Rotterdam

Mont, O. (1999), *Product-Service Systems, Shifting corporate focus from selling products to selling product-services: a new approach to sustainable development*, AFR-report nr. 288. Lund University, Lund

Rotmans, J., R. Kemp & M. Asselt (2001), 'More evolution than Revolution. Transition Management in Public Policy', *Foresight* 3(1): 15-31

Rotmans, J. (2003), *Transitiemanagement: Sleutel voor een Duurzame Samenleving*, Assen: Van Gorcum

Rotmans, J. (2007), *Duurzaamheid: van onderstroom naar draaggolf*, Erasmus Universiteit Rotterdam

RVZ (2008). Beter zonder AWBZ? RVZ advies 08/01. Den Haag, 2008

Sandick, E. van & R. Weterings (2008); *Maatschappelijke innovatieexperimenten*; TNO

SER (2008). Advies Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. Den Haag, 18 april 2008

TNO (2007), '*Handreiking MiXT<sup>®</sup>, een praktische handreiking voor maatschappelijke innovatie*' [brochure]

VWS (2008a). Toespraak Minister VWS, 1 september 2008, Universiteit Twente. Innovaties in zorg goed voor de Nederlandse economie. [Http://minvws.nl/toespraken/meva/2008/innovaties-in-zorg-goed-voor-de-nederlandse-economie.asp](http://minvws.nl/toespraken/meva/2008/innovaties-in-zorg-goed-voor-de-nederlandse-economie.asp)

VWS (2008b). VSO over brief risicovereveningssysteem, Kamerstuk 25 november 2008. [Http://minvws.nl/kamerstukken/z/2008/vso-over-brief-risicovereveningssysteem.asp](http://minvws.nl/kamerstukken/z/2008/vso-over-brief-risicovereveningssysteem.asp)

VWS (2008c). Nadere invulling langetermijnvisie geneesmiddelenvoorziening. Kamerstuk, 3 juli 2008. [Http://minvws.nl/kamerstukken/gmt/2008/nadere-invulling-langetermijnvisie-geneesmiddelenvoorziening.asp](http://minvws.nl/kamerstukken/gmt/2008/nadere-invulling-langetermijnvisie-geneesmiddelenvoorziening.asp)

VWS (2008d). Regie op richtlijnen. Kamerstuk, 31 oktober 2008. [Http://www.minvws.nl/kamerstukken/mc/2008/regie-op-richtlijnen.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/mc/2008/regie-op-richtlijnen.asp)

VWS (2008e). Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg. Kamerstuk, 10 november 2008. [Http://minvws.nl/kamerstukken/gmt/2008/beoordelingskader-hulpmiddelenzorg.asp](http://minvws.nl/kamerstukken/gmt/2008/beoordelingskader-hulpmiddelenzorg.asp)

VWS (2008f). Zeker van zorg, nu en straks. Kamerstuk, 13 juni 2008. [Http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2008/zeker-van-zorg-nu-en-straks.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/lz/2008/zeker-van-zorg-nu-en-straks.asp)

VWS (2008g). De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Kamerstuk, 22 december 2008. [Http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/de-patient-centraal-door-omslag-naar-functionele-bekostiging.asp](http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2008/de-patient-centraal-door-omslag-naar-functionele-bekostiging.asp)