REGIOPLAN

FINANCIERINGSVORMEN VAN INNOVATIES IN DE ZORG

Een verkennend onderzoek onder zorgaanbieders en financiers

- Eindrapport -

Dr. B. van den Berg
Dr. C.C. Koning
Drs. J.E. Soethout

Amsterdam, september 2008
Regioplan publicatienr. 1737

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van het ministerie van VWS.

VOORWOORD

De gezondheidszorg is sinds een aantal jaren stapsgewijs aan het veranderen van een centraal door de overheid geleide en aanbodgestuurde gezondheidszorg naar een gedecentraliseerde en gereguleerde marktwerking waar vraagsturing een leidend principe is. Met deze verandering wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een gerichtheid op kwaliteit en doelmatigheid tot stand brengen. Er is innovatiebeleid geformuleerd om de overgangsperiode van aanbod- naar vraagsturing in de zorg te overbruggen. Het kabinet heeft aanzienlijke middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van dit innovatiebeleid. De innovatiegelden moeten bijdragen aan een op ondernemerschap en innovatie gerichte cultuur in de zorg in brede zin. Om deze cultuuromslag te bevorderen, denkt het ministerie van VWS aan twee instrumenten waarmee innovatiegelden kunnen worden ingezet: de innovatievoucher en de leenfaciliteit.

Om te inventariseren hoe door zorgverleners, financiers in de zorg en zorgverzekeraars wordt gedacht over deze instrumenten, heeft Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van het ministerie een marktverkenning uitgevoerd. In het onderzoek is ook aandacht besteed aan twee reeds bestaande instrumenten: publiek-private samenwerking (PPS) en venture capital.
Het verslag van de verkenning ligt voor u. Het is tot stand gekomen dankzij de medewerking van 26 gesprekspartners die ons in interviews openhartig en coöperatief te woord stonden. Wij zijn hen daarvoor dankbaar. Een volledige lijst van respondenten is als bijlage bij dit rapport opgenomen.

We zijn bij de uitvoering van het onderzoek op plezierige en constructieve wijze begeleid door de volgende medewerkers van het ministerie van VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid (MEVA):
- Mevrouw E.C.A. Castelijns
- De heer J.R. van Diermen
- De heer A.G. Pomp

Het onderzoek is uitgevoerd door Bellis van den Berg en Jorien Soethout. Herbert ter Beek was als adviseur bij het project betrokken.

Amsterdam, september 2008

Carolien Koning
projectleider

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting I

1 Inleiding **1**
1.1 Gereguleerde marktwerking in de zorg 1
1.2 Innovatiegelden 2
1.3 Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek 3
1.4 Leeswijzer 4

2 Innovaties in de zorg **5**
2.1 Inleiding 5
2.2 Financiering van innovaties in de zorg 6
2.3 Tot slot 11

3 Innovatievouchers **13**
3.1 Inleiding 13
3.2 Draagvlak innovatievouchers 13
3.3 Typen innovaties 15
3.4 Suggesties voor het vergroten van de toepasbaarheid 15

4 Leenfaciliteit **19**
4.1 Inleiding 19
4.2 Draagvlak leenfaciliteit 19
4.3 Typen innovaties 21
4.4 Suggesties voor het vergroten van de toepasbaarheid 22

5 Publiek-private samenwerking (PPS) **25**
5.1 Inleiding 25
5.2 Draagvlak PPS 25
5.3 Typen innovaties 26
5.4 Aandachtspunten bij PPS 27

6 Venture Capital **29**
6.1 Inleiding 29
6.2 Draagvlak venture capital 29
6.3 Typen innovaties 30
6.4 Aandachtspunten bij venture capital 31

7 Conclusies en aanbevelingen **33**
7.1 Aandachtspunten bij innovaties in de zorg 33
7.2 Conclusies onderzochte financieringsvormen 34
7.3 Hoe verder? 36

Bijlagen **39**
Bijlage 1 Respondenten 41
Bijlage 2 Itemlijst en casussen 43
Bijlage 3 Suggesties voor financieringsvormen van innovaties 49
Bijlage 4 Geraadpleegde literatuur 51

SAMENVATTING

De zorgsector bevindt zich in een overgangsperiode van een centraal door de overheid geleide en aanbodgestuurde gezondheidszorg, naar een gedecentraliseerde gezondheidszorg met een gereguleerde marktwerking. Om deze overgang te overbruggen, heeft het kabinet aanzienlijke middelen beschikbaar gesteld voor innovatiebeleid. Het ministerie van VWS voorziet twee instrumenten waarmee deze innovatiegelden mogelijk kunnen worden ingezet: innovatievouchers en een leenfaciliteit. Met innovatievouchers krijgen zorgaanbieders een klein bedrag waarmee zij kennis kunnen inkopen bij kennisinstellingen. De leenfaciliteit moet zorgaanbieders in staat stellen leningen af te sluiten voor innovaties die banken niet willen of niet kunnen financieren.

Regioplan Beleidsonderzoek heeft in opdracht van het ministerie van VWS een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de mate van behoefte aan deze instrumenten onder zorgaanbieders en financiers. In het onderzoek is ook gevraagd naar de behoefte aan twee andere, reeds bestaande financieringsvormen: Publiek-Private Samenwerking (PPS) en venture capital.

Vooral onder eerstelijnszorgaanbieders is er draagvlak voor de innovatievouchers. Ook onder bestuurders in de VV&T en de GGZ zien sommigen mogelijkheden voor dit instrument. De behoefte aan innovatievouchers in de cure lijkt beperkt, mede doordat het bedrag niet interessant is in de ziekenhuissector. De financiers zijn over het algemeen matig positief over de vouchers.
De respondenten vinden de vouchers vooral nuttig in de eerste fase van een innovatie, bijvoorbeeld voor het opstellen van een businessplan. Ook ziet men mogelijkheden voor het implementeren van ketenaanpak en richtlijnen: voor advies hierover kan met behulp van de vouchers deskundigheid worden ingehuurd. Een belangrijke voorwaarde voor het uitgeven van de vouchers is dat het aanvragen ervan niet te veel administratieve lasten met zich meebrengt.

Over het algemeen zijn de eerstelijnszorgaanbieders ook positief over de leenfaciliteit. Verschillende van hen geven aan gebruik te zullen maken van de faciliteit. Ook bij dit instrument geldt dat in VV&T en de GGZ sommigen mogelijkheden zien voor dit instrument, bijvoorbeeld als voor de leenfaciliteit mildere acceptatiecriteria en een lagere rente gelden. Anderen vragen zich af of de leenfaciliteit een meerwaarde heeft ten opzichte van een bancaire lening. De ziekenhuisbestuurders stellen diezelfde vraag. De financiers zien vooral meerwaarde voor risicovolle innovaties of kleine zorgaanbieders. Toch vinden ook de financiers dat men voor een goed idee bij een bank terecht moet kunnen.
Veel respondenten geven aan dat bij de vormgeving van het instrument duidelijk moet zijn dat zorgverleners geen oneigenlijke staatssteun krijgen.

Vrijwel alle zorgaanbieders vinden PPS een interessante samenwerkingsvorm, waarbij de zorgaanbieder zich kan richten op het verlenen van zorg. Ook de meeste financiers zijn positief over PPS, omdat de specialismen beter worden benut.
De meest voor de hand liggende toepassing van PPS is het uitbesteden van de ontwikkeling en het beheer van vastgoed. Daarnaast worden allerlei andere facilitaire zaken genoemd die men zou kunnen uitbesteden zoals schoonmaak, voeding en beveiliging.
De bewerkelijkheid van het opstellen van ingewikkelde contracten is een nadeel van PPS. De overheid kan PPS faciliteren door onder meer btw-compensatie mogelijk te maken in de zorgsector.

De meeste zorgaanbieders en financiers staan niet afwijzend ten opzichte van venture capital. Zij vinden venture capital passen in de ontwikkelingen die de zorgsector momenteel doormaakt. Wel denken veel zorgaanbieders dat er een spanningsveld bestaat tussen de winstmaximalisatie die venture capitalists nastreven en de kwaliteit van de zorg. Naar verwachting zal venture capital leiden tot een verzakelijking van de zorgsector, waarbij meer nadruk komt te liggen op efficiency en klantgerichtheid.
Knelpunten worden vooral gezien bij het bepalen en het behalen van het rendement. Op dit moment is de zorg nog geen interessante sector voor investeerders, omdat de meeste zorginstellingen nog geen winst mogen uitkeren en omdat een langetermijnperspectief in de zorgsector ontbreekt.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er draagvlak en toepassingsmogelijkheden zijn voor innovatievouchers en de leenfacilliteit, met name in de eerstelijn en (in mindere mate) in de VV&T en GGZ. Aanbevelingen om deze instrumenten nader uit te werken, hebben vooral betrekking op de helderheid van de spelregels die zullen gelden, de eenvoud van de instrumenten en de processen er omheen (aanvraag, verantwoording) en de meerwaarde ten opzichte van bestaande mogelijkheden.

1 INLEIDING

1.1 Gereguleerde marktwerking in de zorg

De sturingsfilosofie in de gezondheidszorg is sinds een aantal jaren aan verandering onderhevig. Van een centraal door de overheid geleide en aanbodgestuurde gezondheidszorg, streeft men nu stapsgewijs naar een gedecentraliseerde en gereguleerde marktwerking in de gezondheidszorg waar vraagsturing[1] een leidend principe is. In een optimaal presterende markt wordt door partijen gezocht naar *value for money*: naar het tot stand brengen van een product met goede kwaliteit voor een zo laag mogelijke prijs. (Prijs)prikkels en andere marktinstrumenten zouden er dan voor moeten zorgen dat de partijen in het veld aan de ene kant voortdurend op zoek zijn naar verbetering en optimalisering van werkprocessen, kwaliteit en innovatie en het te gelde maken van nieuwe kansen. Aan de andere kant mogen de marktpartijen publieke belangen in de zorg zoals betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg niet uit het oog verliezen. In dit speelveld van diverse partijen blijft het ministerie van VWS altijd systeemverantwoordelijk voor de mate en vorm van regulering in de zorg. Zij doet dit onder andere met behulp van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)[2].

In de afgelopen jaren is een aantal instrumentele hervormingen doorgevoerd om de vraagsturing gestalte te geven. Voorbeelden hiervan zijn de introductie van de Zorgverzekeringswet (ZVW) met onderliggende instrumenten als een verplicht/vrijwillig eigen risico, een verzekeringsplicht en zorgplicht en het recht om van verzekeraar te wisselen, de introductie van het persoonsgebonden budget (PGB), het van kracht worden van de Wet op de marktordening in de gezondheidszorg (WMG) en de herziening van respectievelijk de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Op een aantal deelmarkten van de zorg is inmiddels gestart met gereguleerde marktwerking: fysiotherapie en twintig procent van de ziekenhuiszorg, het zogenaamde B-segment. Dit B-segment zal in de komende jaren worden uitbereid. Op basis van een advies van de NZa heeft de minister van VWS zich voorgenomen om in 2009 voor 34 procent van de behandelingen in ziekenhuizen vrije prijzen in te voeren.[3, 4] Voor verschillende delen van de ziekenhuiszorg zoals de acute zorg en de topklinische zorg zal echter geen gereguleerde marktwerking worden ingevoerd.

[1] Vragers van zorg zijn in dit geval zowel patiënten als zorgverzekeraars.

[2] Ministerie van VWS Kamerbrief MEVAMESO2433996.

[3] NZa. Advies uitbreiding B-segment. April 2008.

[4] NRC Handelsblad, 22 juli 2008.

1.2 Innovatiegelden

In de preventie en zorg wil het ministerie van VWS een gerichtheid op kwaliteit en doelmatigheid tot stand brengen. Deze cultuuromslag is echter vooralsnog niet in voldoende mate gerealiseerd. Het ministerie van VWS heeft daarom gericht innovatiebeleid geformuleerd dat primair dient om deze overgangsperiode van aanbod- naar vraagsturing in de zorg te overbruggen. Het kabinet heeft aanzienlijke middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van dit innovatiebeleid. De innovatiegelden moeten bijdragen aan een op ondernemerschap en innovatiegerichte cultuur in de zorg in brede zin. Om deze cultuuromslag te bevorderen, denkt het ministerie van VWS aan twee instrumenten waarmee innovatiegelden kunnen worden ingezet: de innovatievoucher en de leenfaciliteit. Met behulp van deze instrumenten kan de sector wellicht de overgang van aanbodsturing naar vraagsturing overbruggen.

1.2.1 Innovatievoucher

Innovatievouchers zijn enkele jaren geleden door het ministerie van Economische Zaken geïntroduceerd in het Midden- en Kleinbedrijf (MKB). Het doel van deze vouchers is het in contact brengen van het MKB met kennisinstellingen. Organisaties ontvangen een klein bedrag waarmee zij kennis kunnen kopen bij kennisinstellingen. De innovatievouchers voor de zorgsector zouden een brug moeten slaan tussen kennisinstellingen en zorgaanbieders, zodat bestaande kennis wordt benut en eventueel nieuw onderzoek wordt uitgevoerd. Er wordt gedacht aan kleine vouchers van 2500 euro en grote vouchers met een waarde van 7500 euro. Bij de grote vouchers dienen zorgaanbieders een eigen bijdrage te leveren van minimaal 1/3 deel. Verschillende zorgaanbieders kunnen de vouchers ook stapelen om gezamenlijk tot een hoger bedrag te komen.

1.2.2 Leenfaciliteit

Een leenfaciliteit moet een zorgaanbieder in staat stellen om leningen af te sluiten voor innovaties die banken niet willen of kunnen financieren, maar welke de zorgaanbieder niet binnen het reguliere budget kan bekostigen. De innovaties worden echter wel beoordeeld op de zakelijke criteria die banken hanteren, zodat de zorgsector bekend raakt met deze criteria. De criteria worden echter in een wat mildere vorm toegepast zodat de haalbaarheid van financiering wordt vergroot. De leenfaciliteit kan bijvoorbeeld worden uitgegeven door een Zorgontwikkelingsmaatschappij (ZOM) die de innovator eventueel helpt om aan de zakelijke criteria te voldoen. Omdat het gaat om een lening die moet worden terugbetaald, heeft de innovator er belang bij dat de innovatie daadwerkelijk wordt geïmplementeerd en toegepast. Verwacht wordt dat continuering van innovaties op deze manier meer wordt gestimuleerd dan bij de klassieke subsidies.

1.3 Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek

Het ministerie van VWS wil nagaan of, en op welke manier, de innovatievouchers en de leenfaciliteit voor de zorgsector een werkbare financieringsvorm kunnen zijn. Regioplan heeft hiervoor een verkennend onderzoek uitgevoerd onder zorgaanbieders en mogelijke financiers, waaronder zorgverzekeraars. Daarnaast is er in het onderzoek ook gevraagd naar twee andere, reeds bestaande financieringsvormen: Publiek-Private Samenwerking (PPS) en venture capital. Bij beide financieringsvormen nemen private partners risicodragend deel in investeringen in de zorg. Bij PPS zal de zorginstelling zich concentreren op het verlenen van zorg en laat andere taken door een of meerdere private partners uitvoeren. Het gaat om een langjarige contractuele relatie waarbij de zorginstelling financiële risico's overdraagt aan een private partner. Venture capital is risicodragend vermogen dat door private investeerders ter beschikking wordt gesteld aan een zorginstelling. Hierbij is de investeerder sterk rendement georiënteerd en kan zijn aandeel makkelijk verkopen.

Om een beeld te krijgen van de mate van behoefte aan deze financieringsvormen in de zorgsector, zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

1. In hoeverre bestaat bij zorgaanbieders draagvlak voor innovatieve financieringsvormen? Hoe denken zij over haalbaarheid?
2. Welke vorm(en) achten zij haalbaar? Waarom deze en waarom worden deze nu niet geboden?
3. Op welke wijze kunnen deze vormen bijdragen aan innovatie in de zorg?
4. Welke randvoorwaarden zien zij daarbij? Het kan dan bijvoorbeeld gaan om de criteria ten aanzien van de financieringsvorm, kenmerken van de zorginstelling (sector, grootte, bereik, organisatievorm) of de aard van de beoogde innovatie (medisch/conceptueel/vastgoedgerelateerd, bewezen of risicovol).
5. Welke knelpunten staan innovatieve financiering in de weg? Zijn deze knelpunten te categoriseren (bijvoorbeeld langs de lijn van de eerder genoemde criteria)?

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn 26 interviews gehouden met verschillende zorgaanbieders en financiers:[5]

Eerstelijnszorgaanbieders:
- twee interviews met huisartsen;
- één interview met een apotheker;
- drie interviews met bestuurders van eerstelijns gezondheidscentra.

Verpleging, verzorging & thuiszorg (*VV&T):*
- één interview met een bestuurder van een instelling in de gehandicaptenzorg;

[5] Een overzicht van de respondenten is opgenomen in bijlage 1.

- twee interviews met bestuurders van verpleeg- en verzorgingshuizen;
- één interview met een bestuurder van een instelling voor verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg en thuiszorg;
- twee interviews met bestuurders van thuiszorginstellingen.

GGZ:

- twee interviews met bestuurders van GGZ-instellingen.

Cure:

- één interview met een bestuurder van een revalidatieziekenhuis;
- één interview met een bestuurder van een algemeen ziekenhuis;
- twee interviews met bestuurders van academische ziekenhuizen.

Financiers:

- twee interviews met banken;
- vier interviews met investeringsmaatschappijen/'venture capitalists';
- twee interviews met bestuurders van zorgverzekeraars.

De geïnterviewde zorgaanbieders zijn veelal voorlopers op het gebied van innovatie. Een aantal innovaties die door deze zorgaanbieders zijn doorgevoerd, genieten enige bekendheid in het land. Bij de selectie van respondenten is bewust gekozen voor respondenten die als meer vooruitstrevend bekend staan, in de verwachting dat zij open en constructief een bijdrage konden leveren aan de gedachtevorming over nog niet toegepaste instrumenten.

Ter voorbereiding op het interview ontvingen de respondenten in de week voor het interview de vragen (itemlijst) en een beschrijving van de verschillende financieringsvormen met een bijbehorend voorbeeld (casus). Tijdens de interviews is eerst ingegaan op innovatiehistorie van de zorginstelling of op innovatieve projecten van financiers, en op aandachtspunten bij het initiëren en uitvoeren van innovatieve projecten. Vervolgens werd per financieringsvorm nader ingegaan op het draagvlak en eventuele suggesties voor het vergroten van het draagvlak.[6] In aanvulling op de financieringsvormen besproken in de interviews hebben verschillende respondenten suggesties gedaan voor andere financieringsvormen van innovaties in de zorg. Deze zijn opgenomen in bijlage 3.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op aandachtspunten bij innovaties in de zorg. Hoofdstuk 3 tot en met 6 beschrijven voor respectievelijk de innovatievouchers, de leenfaciliteit, PPS en venture capital de mate van behoefte aan de financieringsvorm in de zorgsector. Ook worden suggesties beschreven voor het vergroten van de toepasbaarheid van de verschillende financieringsvormen. Hoofdstuk 7 bevat conclusies en aanbevelingen.

[6] Voor de complete itemlijst en de casussen verwijzen we naar bijlage 2.

2 INNOVATIES IN DE ZORG

2.1 Inleiding

Zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven, is de zorgsector een markt in ontwikkeling. Bij een dergelijke ontwikkeling past het dat innovaties worden bedacht en uitgevoerd. Het gaat dan niet alleen om zuiver medische innovaties – die vanwege voortgaand wetenschappelijk onderzoek meer continu plaats zullen vinden – maar vooral ook om innovaties die te maken hebben met de *organisatie* van zorg: het aanbieden van andere vormen/-combinaties van zorg en het bieden van zorg tegen lagere kosten, in kortere tijd of van hogere kwaliteit.
Dergelijke initiatieven tot innovatie worden wel ontplooid, maar ze blijken niet of slechts na lange tijd te worden overgenomen door andere instellingen.[1, 2] In de literatuur worden verschillende redenen genoemd waarom deze adoptie momenteel niet goed van de grond komt.[3] Ook uit de interviews die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, komen aandachtspunten bij innovaties in de zorg naar voren.

In het onderzoek zijn twee respondentgroepen te onderscheiden: de zorg-verleners en de zorgfinanciers/-verzekeraars. Daarbinnen zijn weer verschillende subgroepen te onderscheiden, bijvoorbeeld naar deelsector in de zorg en naar aard van de financier. Bij de vraag naar aandachtspunten bij innovaties in de zorg blijken de antwoorden van de verschillende groepen sterk overeen te komen. Daarom wordt hier over hun antwoorden gezamenlijk gerapporteerd. Daar waar wel enige nuance te maken is naar de achtergrond van de respondenten, wordt dit in de tekst weergegeven.

Eerst wordt ingegaan op de vraag in hoeverre financiering een drempel vormt om te innoveren in de zorg. Daarna wordt een aantal gerelateerde aandachtspunten beschreven, die wij hebben ingedeeld naar drie hoofdgroepen: aandachtspunten die te maken hebben met *regelgeving*, aandachtspunten die betrekking hebben op de *aard van de sector* (onder andere de structuur van de sector) en aandachtspunten die te maken hebben met de *cultuur* in de zorgsector.

[1] Schuring R.W., W.H. van Harten (2004). Verspreiding van kennis verloopt moeizaam. Medisch Contact 59 (22): 908 – 911.

[2] Raad voor Volkgezondheid en Zorg (2005). Van weten naar doen. Den Haag.

[3] O.a. Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.

2.2 Financiering van innovaties in de zorg

Een deel van de respondenten meent dat financiering geen drempel vormt om te innoveren in de zorg. Het gaat hierbij zowel om financiers als om zorgaanbieders. Bij de zorgaanbieders zijn voornamelijk respondenten in de cure deze mening toegedaan, al vindt ook een deel van de respondenten in de VV&T en GGZ en in de eerstelijn dat financiering geen drempel vormt. Zij stellen dat met de juiste ondernemers en/of managers en met een goed begrip van de sector het goed mogelijk is om succesvol te investeren in zorginnovaties. Zij geven aan dat zorgaanbieders voor financiering van innovaties terechtkunnen bij de bank, bij de zorgverzekeraar of bij andere investeerders. Deze mening tekenden wij op bij financiers die door middel van private equity en venture capital investeren in de zorg, maar ook bij een aantal zorgaanbieders in de cure en de VV&T.
Het feit dat een deel van de respondenten financiering *op zich* niet als een belemmering ziet, betekent echter niet dat het volgens hen gemakkelijk is om zorginnovaties te financieren. Deze respondenten geven aan dat het vanwege regelgeving steeds lastiger wordt om in innovaties in de zorg te investeren.
De respondenten die financiering wel als expliciet knelpunt noemen om te innoveren, geven dit eveneens aan. Het gaat dan om zaken als gemaximeerde tarieven en steeds meer geoormerkte gelden. Ook ontbreken voldoende voorwaarden om een gezond ondernemersklimaat in de zorg te creëren. Deze en andere aandachtspunten worden hieronder besproken.

2.2.1 Regelgeving

Een belangrijk aandachtspunt vormt de regelgeving in de zorg. Dit geldt voor de verschillende deelsectoren en wordt door zowel zorgaanbieders als door financiers en verzekeraars als een grote drempel voor innovatie ervaren.

Duur van regelingen

Regelingen in de zorg volgen elkaar (te) snel op en worden vaak aangepast. Hierdoor is voor zorgaanbieders en potentiële investeerders het toekomstperspectief in de zorg te onzeker om te investeren in een innovatie. Men mist een langetermijnvisie op basis waarvan de sector zich kan ontwikkelen. Door sommige respondenten wordt de overheid een onbetrouwbare partner genoemd, wat het voor investeerders een onaantrekkelijke sector maakt. Ook bestaat er wantrouwen ten opzichte van de bedoelingen waarmee regels worden opgesteld. Wijzigingen in regelgeving worden bijvoorbeeld gezien als verkapte bezuinigingen.

Winst uitkeren

Naast de vele stelselwijzigingen in de zorgsector, maakt ook het feit dat de meeste zorginstellingen geen winst mogen uitkeren de zorgsector niet interessant voor particuliere investeerders.

Aard van regelingen

Binnen het brede spectrum van de zorg hebben de respondenten te maken met verschillende wetten, regels en financieringssystemen. Men meldt dat regels elkaar soms tegenwerken of dat de regelgeving juist prikkelt om níet te

investeren in innovaties die kunnen leiden tot een meer efficiënte werkwijze en lagere zorgkosten. Als voorbeeld wordt de AWBZ genoemd, waarin het aantal uren geleverde zorg wordt vergoed. Dat stimuleert niet om op zoek te gaan naar werkwijzen waarbij zorg in minder uren kan worden geleverd. Voor de thuiszorg zou het bijvoorbeeld een enorme besparing kunnen betekenen als verzorgers contact hebben met de patiënten thuis via een videocamera. De thuiszorg wordt echter bekostigd op basis van uren 'achter de voordeur'. De contacturen 'screen-to-screen' worden niet vergoed. Een thuiszorginstelling die dit soort innovaties doorvoert, is dus een dief van zijn eigen portemonnee.[4] In de interviews zijn door respondenten vergelijkbare voorbeelden aangedragen.

Voor-financiering

Ook de voorfinanciering in de AWBZ levert problemen op. Dit maakt het lastig om veel te investeren in een innovatie waarmee je groei van activiteiten verwacht. Dat zorgt er immers voor dat nog grotere bedragen moeten worden voorgefinancierd door de zorgaanbieder en dat is niet altijd mogelijk.

Maximum

De maximumtarieven vastgesteld door de NZa brengen onzekerheid met zich mee, doordat onduidelijk is of het toekomstige tarief voldoende zal zijn om de innovatie te bekostigen en of de maximale vergoeding toereikend zal zijn. Door maximering van de tarieven is bovendien de 'speelruimte' voor innovaties bepaald. Volgens respondenten is deze speelruimte te beperkt voor marktwerking: er is geen 'rek' om iets nieuws te ontwikkelen of uit te proberen.

Geoormerkt geld

Om misbruik van algemene middelen tegen te gaan, zijn voorwaarden gesteld aan de besteding van budgetten. Dit spreekt volgens de respondenten voor zich, maar het brengt ook met zich mee dat de innovatiemogelijkheden beperkt zijn. Geoormerkt geld kan immers niet zomaar aan andere zaken worden besteed, wat het moeilijk maakt om te innoveren met transities, taakherschikking en nieuwe organisatievormen. Het is op zich wel mogelijk, maar het vergt langdurige procedures om toestemming te krijgen.

Btw-compensatie

Verschillende respondenten noemen tevens het feit dat er geen btw-compensatie mogelijk is in de zorgsector als drempel voor vernieuwende samenwerkingsvormen. Als men wil samenwerken met personeel van een private organisatie, dan dient men daar btw voor te betalen. Dit is dus negentien procent duurder. Voor (goed gedocumenteerde) activiteiten zou volgens de respondenten een vrijstelling moeten gelden.

Bureaucratie

Een aantal respondenten geeft aan dat zij worden belemmerd om te innoveren door de bureaucratie waar zij mee te maken krijgen. Zo moet over te veel zaken verantwoording worden afgelegd en zijn procedures te sterk 'dichtgeregeld'.

[4] Kok L.M., C.M.E. Biermans, L.R. Groot e.a. (2005). Morgen zonder zorg(en)?, SEO Economisch Onderzoek, Amsterdam.

Faillissement

Marktwerking in de zorg brengt met zich mee dat zorgondernemers ook failliet kunnen gaan. Ondanks het feit dat dit behoort tot een gezond ondernemersklimaat, kan dit ertoe leiden dat risicomijdende investeerders (banken) minder zullen investeren in de zorg.

2.2.2 Aard van de sector

Zichtbaarheid effecten

De effecten van een zorginnovatie zijn niet altijd zichtbaar. Leiden de innovaties tot een verbetering van de kwaliteit van zorg of tot kostenverlaging en stijging van de arbeidsproductiviteit? Vaak is dat niet evident omdat er geen systematisch onderzoek naar wordt gedaan. Respondenten geven aan dat het niet prikkelt om te innoveren als niet duidelijk is wat de meerwaarde ervan is voor je eigen organisatie. Eén respondent geeft aan graag meer kosteneffectiviteitsanalyses te willen uitvoeren om inzichtelijk te maken wat innovaties opleveren. De ervaring is echter dat het zeer lastig is om voor dit soort onderzoek financiering te krijgen. Een andere respondent verwacht dat marktwerking zal leiden tot een prijzenslag met negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de zorg zolang de prijs-kwaliteitverhouding van zorgdiensten niet transparant is.

Geen winstoogmerk

Eén van de kenmerkende verschillen met de commerciële sector is dat in de zorgsector een groot deel van de zorginstellingen geen winstoogmerk heeft. Het is dus voor deze instellingen in beginsel geen overlevingsvoorwaarde om een innovatieve voorsprong te behouden dan wel te veroveren. Bij het ontbreken van dergelijke concurrentie is echte marktwerking volgens de respondenten niet mogelijk.

Kennis delen

Daarnaast vereist de aard van de zorgsector dat innovaties die de zorg ten goede komen, worden gedeeld met anderen. Het is immers ethisch niet verantwoord om anderen dergelijke vernieuwingen te onthouden. Marktwerking en daarbij de prikkel tot innoveren drijft echter voor een belangrijk deel op de relatieve voorsprong die een instelling met een innovatie kan behalen op concurrenten. Door de innovatie te delen, verliest men het concurrentievoordeel dat men met de innovatie heeft opgedaan.

Ondernemers

Zowel door zorgaanbieders zelf als door financiers en verzekeraars wordt dan ook gemeld dat in zorgorganisaties ondernemerschap nagenoeg ontbreekt. Men is in de zorgsector niet gewend aan het schrijven van solide bedrijfsplannen op basis waarvan investeringsbesluiten kunnen worden genomen. Ook zijn zorgverleners die willen innoveren in de regel bezig met innovaties die de zorg prettiger maken, in plaats van met zakelijke innovaties die leiden tot een betere bedrijfsvoering.

Management

Ook maakt de kwaliteit van het management soms dat investeerders huiverig zijn om geld te steken in een innovatie. De sector vraagt om managers die zowel kunnen omgaan met medische professionals die gewend zijn te werken met budgetsystemen, als met financiers en verzekeraars. Volgens de respondenten zijn dergelijke managers schaars.

Laag schaalniveau	Zorgaanbieders zijn vaak gericht op hun eigen praktijk, waarbij zij vooral uitvoerend te werk gaan. Deze gerichtheid maakt dat de meeste innovaties op een laag schaalniveau plaatsvinden, met als gevolg dat verschillende aanbieders tegelijkertijd hetzelfde wiel uitvinden.
Hoge werkdruk	De gerichtheid op de dagelijkse praktijk, waarin vaak een hoge werkdruk geldt, maakt ook dat er weinig ruimte 'in het hoofd' is om met innoveren bezig te zijn.
Marges	De meeste respondenten geven aan dat marges in de zorg dermate klein zijn dat het voor investeerders niet interessant is om een innovatie te financieren. Bovendien zorgen geringe marges ervoor dat zorgaanbieders geen geld kunnen reserveren voor innovaties. Hierbij geldt nadrukkelijk de opmerking dat in bepaalde deelsectoren de marges veel kleiner zijn (thuiszorg) dan in andere deelsectoren (particuliere zorg, onderdelen van de cure). Opvallend is dat andere respondenten aangeven dat de marges wel groot genoeg zijn om de zorgsector interessant te maken voor investeerders. Het ontbreken van financiële ruimte om te innoveren wordt ook gekoppeld aan het eerder genoemde punt van gemaximeerde tarieven: in DBC's en ZZP's is geen ruimte voor productontwikkeling.
Transparantie	De zorgsector geldt als een sector met een onoverzichtelijk karakter. Er zijn veel verschillende aanbieders, wetten, regels en financieringsstromen. Dit maakt dat slechts een klein aantal mensen de sector goed doorziet. Voor financiers is dit een aandachtspunt, wanneer zij overwegen te investeren in een innovatie. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk hoe de innovatie op termijn kan worden gefinancierd en of de voorgestelde innovatie daadwerkelijk van toegevoegde waarde zal zijn in de sector. Het ontbreken van dit overzicht maakt het ook lastig om andere partijen zoals lokale overheden of verzekeraars voor een innovatie te enthousiasmeren.
Complexe organisaties	Met name organisatorische veranderingen zijn lastig op experimentele basis uit te voeren. En innovaties waarmee niet makkelijk kan worden geëxperimenteerd in een organisatie, zullen niet snel worden overgenomen. Bij veranderingsprojecten zijn veelal veel verschillende partijen betrokken. Het doorvoeren van een dergelijke innovatie is daarmee complex en zal niet 'zomaar' van de grond komen. Dit punt wordt overigens in samenhang genoemd met de regelgeving en verschillende financieringsstromen waarmee men te maken heeft binnen de zorgsector. Als bijvoorbeeld een organisatorische innovatie bestaat uit het inzetten van een fysiotherapeut uit een verpleeghuis in een eerstelijnscentrum, dan levert dit ingewikkelde verrekeningen op vanwege verschillende financieringsstromen. Dit belemmert dergelijke samenwerking en kennisdeling.
Structurele financiering	Uit onderzoek blijkt dat het ontbreken van structurele financiering dan wel van een betaaltitel (Nza-tarief) na de projectperiode verhindert dat een innovatie beklijft of wordt overgenomen door andere zorgorganisatie (Desain e.a. 2008; Koopman en Schers, 2008). Ook enkele respondenten noemen dit als aandachtspunt bij innovaties in de zorg. Dit punt hangt samen met de eerder

beschreven onduidelijkheid van financieringssystemen. Onduidelijkheid over de toekomstige vergoeding van een innovatie maakt dat men huiverig is om eraan te beginnen.

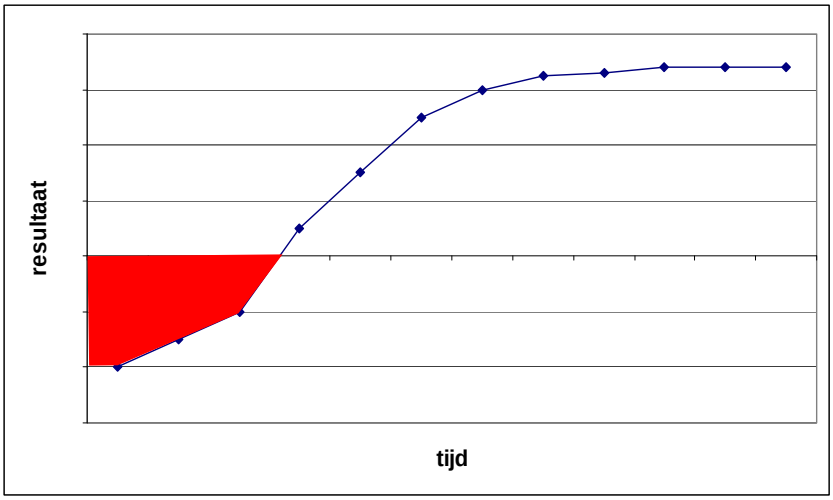
Afhankelijkheid zorverzekeraar

Ook vragen zorgaanbieders zich af of de zorgverzekeraar bereid is de innovatie te vergoeden. Veel zorgaanbieders zijn voor een groot deel van de geleverde zorg afhankelijk van één zorgverzekeraar.

Eigen kapitaal

Als een zorgverzekeraar niet wil investeren in de innovatie, kan een zorg-aanbieder een bancaire lening overwegen. Zowel financiers als zorgverleners noemen echter het ontbreken van (voldoende) eigen kapitaal bij zorgverleners als belangrijk knelpunt om een bancaire lening af te kunnen sluiten. Banken hanteren vaak een solvabiliteitscriterium van tien procent tot vijftien procent. Zorginstellingen kunnen vaak niet voldoen aan dit criterium. Het ontbreken van eigen vermogen/het niet kunnen krijgen van een lening betekent dat het voor de zorgaanbieder niet mogelijk is om de eerste periode waarin de innovatie wordt toegepast, te overbruggen. In deze periode kost een innovatie door-gaans geld, in plaats van dat deze geld oplevert. Deze periode is met rood aangegeven in figuur 2.1.

Figuur 2.1 Ontwikkeling financieel resultaat van een innovatie in de tijd



2.2.3 Cultuur

Open voor verandering

De zorgsector kenmerkt zich door een cultuur waarin veranderingen argwanend worden bekeken. Na een lange opleiding bekwamen medici zich steeds verder op basis van routine. Een innovatie waardoor vervolgens een ‘nieuw kunstje’ moet worden geleerd, wordt dan niet altijd warm ontvangen. Ook wordt traditioneel veel waarde gehecht aan de status en autonomie van de professional. Dit maakt dat men niet de gewoonte heeft om elkaar aan te spreken op werkwijzen en mogelijkheden om iets op een andere manier te doen. Hierbij speelt volgens een aantal respondenten angst voor substitutie

een rol: men vreest dat de eigen bekwaamheid door een vernieuwing minder belangrijk of zelfs overbodig wordt. Wetenschappelijke onderbouwing en autoriteit zijn daarom des te belangrijker om een innovatie van de grond te krijgen. De autonomie van de medisch professional staat soms ook een goede samenwerking met het management van een zorgorganisatie in de weg. Dit kan belemmerend werken op de innovatiekracht van de organisatie.
Een aantal respondenten geeft hierbij overigens aan dat zij zien dat jongere professionals – meer dan hun oudere collega's – openstaan voor verandering.

Aandacht voor implementatie

Grol (2006) stelt in het artikel 'Implementatie: de weg van de lange adem', waarin wordt in gegaan op implementatietrajecten in de gezondheidszorg, dat er over het algemeen te naïef wordt gedacht over implementatie- en innovatietrajecten in de gezondheidszorg. Om een project echt te laten 'landen', moet volgens hem een implementatietraject consistent gedurende langere tijd worden volgehouden. Een jaar is daarvoor niet genoeg (van Mechelen, 2006). In de praktijk is echter te weinig aandacht en geld beschikbaar voor het implementatietraject.
Ook sluiten innovaties niet altijd aan bij de heersende normen en waarden, iets wat volgens Rogers (1995) implementatie bemoeilijkt. Een aantal respondenten merkt hierover op dat het niet altijd gemakkelijk is om binnen organisaties, naast het management, ook op uitvoerend niveau medewerkers enthousiast te krijgen voor een innovatie. Juist dit is een belangrijke voorwaarde om een innovatie verder te brengen dan de ontwerptafel. Financiers willen dan ook graag weten wie de innovatie uiteindelijk gaat uitvoeren en hoe realistisch de verwachting is dat dit ook daadwerkelijk gebeurt.

2.3 Tot slot

De aandachtspunten bij innovatie in de zorg beschreven in dit hoofdstuk, laten zien dat er op verschillende aspecten belemmeringen bestaan om aan innovaties te beginnen en/of ze te laten beklijven in de zorgsector. Tegelijkertijd benadrukken de meeste respondenten dat het een bijzonder interessante sector is om in te investeren. Zij zien veel mogelijkheden om processen te stroomlijnen, ondernemerschap te vergroten en de kwaliteit van zorg te verbeteren. De verschillende aandachtspunten maken echter dat het niet altijd gemakkelijk is om deze mogelijkheden vorm te geven.
Een deel van de genoemde aandachtspunten hangt samen met de mate waarin financieringsmogelijkheden voorwaarden scheppen voor ondernemerschap en marktwerking in de zorg. Aan de hand van vier verschillende financieringsvormen voor innovaties is met de respondenten gesproken over het vergroten van innovatiemogelijkheden in de zorg. De resultaten hiervan treft u aan in de volgende hoofdstukken.

3 INNOVATIEVOUCHERS

3.1 Inleiding

Om zorgaanbieders in contact te brengen met kennisinstellingen, verkent het ministerie van VWS de mogelijkheid om innovatievouchers uit te geven. Bij deze verkenning wordt (naar voorbeeld van vouchers in het MKB) ervan uitgegaan dat de vouchers een waarde hebben van 2500,- of 7500,- euro en kunnen worden gestapeld door verschillende zorgaanbieders. Mede gezien de omvang van de vouchers zullen zij vooral een rol hebben bij de start van een innovatie.
In de interviews met zorgaanbieders en financiers is gevraagd of er draagvlak is voor deze vouchers en voor welke doeleinden de zorgaanbieders deze vouchers zouden gebruiken. Ook is gevraagd naar suggesties voor het vergroten van de eventuele toepassing van dergelijke innovatievouchers.

3.2 Draagvlak innovatievouchers

Samenvatting resultaten

Vooral onder eerstelijnszorgaanbieders is er draagvlak voor de innovatievouchers. Ook een deel van de respondenten in de VV&T en de GGZ is enthousiast. Anderen in deze deelsector geven aan minder behoefte aan de vouchers te hebben. De behoefte aan innovatievouchers in de cure lijkt beperkt, mede doordat het bedrag niet interessant is in de ziekenhuissector.
De financiers zijn over het algemeen matig positief over de vouchers.
De respondenten vinden de vouchers vooral nuttig in de eerste fase van een innovatie, bijvoorbeeld voor het opstellen van een businessplan. Ook ziet men mogelijkheden voor het inhuren van expertise bij het implementeren van ketenaanpak en richtlijnen. Een belangrijke voorwaarde voor het uitgeven van de vouchers is dat het aanvragen ervan niet te veel administratieve lasten met zich meebrengt.

3.2.1 Zorgaanbieders

Eerstelijn

Vooral onder de eerstelijnszorgaanbieders bestaat er draagvlak voor de innovatievouchers. Vier van de zes respondenten in de eerstelijn zijn enthousiast over de vouchers. Deze eerstelijnszorgaanbieders zien de voucher als een mogelijkheid om een adviseur of een projectleider in te huren of om een businessplan op te stellen. Tevens kan het stapelen van de vouchers de samenwerking tussen (eerstlijns)zorgaanbieders stimuleren.
Twee eerstelijnszorgaanbieders stellen als voorwaarde dat de administratieve lasten voor het aanvragen van de vouchers in verhouding moeten zijn met de waarde van de vouchers. Zij vragen zich af of het bedrag toereikend zal zijn om innovaties te financieren. Met het bedrag van de vouchers kan bijvoorbeeld geen kwaliteits- of automatiseringssysteem worden aangepast en

het inhuren van een adviseur brengt meer kosten met zich mee.

VV&T en GGZ

Twee bestuurders in de VV&T en GGZ vinden de innovatievouchers zonder meer aantrekkelijk. De overige zorgaanbieders noemen een aantal voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de innovatievouchers voor hen interessant te maken. Zij willen bijvoorbeeld zelf de regie voeren over de besteding van innovatiegelden, zonder dat het geld is geoormerkt voor een bepaalde innovatie. Ze zien meer in een percentage (bijvoorbeeld 1%) van het afgesproken budget dat kan worden besteed aan innovaties, waarbij achteraf verantwoording wordt afgelegd aan de zorgverzekeraar. Ook vinden zij de in het voorstel genoemde bedragen te laag en verwachten zij dat het relatief veel moeite zal kosten om de vouchers aan te vragen.

Cure

Financiering is volgens de ziekenhuisbestuurders niet het grootste knelpunt bij innovatie. Toch vindt één ziekenhuisbestuurder de innovatievouchers een leuk initiatief en ziet mogelijkheden voor het toepassen van de vouchers in het ziekenhuis. Bij de andere ziekenhuizenbestuurders is er minder draagvlak voor de vouchers. Zij vragen zich af of de vouchers wel toepasbaar zijn in een ziekenhuis. Door de schaalgrootte van de ziekenhuizen is het bedrag van de vouchers minder interessant.

3.2.2 Financiers

Financiers matig positief

Over het algemeen zijn de financiers (matig) positief over de innovatievouchers. Eén zorgverzekeraar vindt de innovatievouchers zelfs zeer wenselijk omdat hij merkt dat de motivatie om te innoveren daalt bij zorgaanbieders. De oorzaak hiervan ligt volgens hem in het feit dat innovaties in de zorg moeilijk kunnen worden gepatenteerd, hierdoor levert het de zorgaanbieder geen concurrentievoordeel op zoals in de profitsector. Een bank geeft aan dat er veel initiatieven zijn in de sector, maar dat het gebrek aan ondernemerschap een drempel vormt. De innovatievouchers kunnen zorgaanbieders over deze drempel heen helpen. Ook kunnen innovatievouchers door zorgaanbieders worden gebruikt om bijvoorbeeld een businesscase uit te schrijven. Hiermee kan de drempel om naar een bank te stappen, worden verlaagd. Nu stranden veel plannen doordat onvoldoende is geïnvesteerd in het uitwerken van het ondernemingsplan.
Eén investeerder vindt de innovatievouchers daarentegen niet passen bij ondernemerschap. Deze respondent vindt dat een innoverende ondernemer niet afhankelijk moet zijn van innovatievouchers, maar zelf daadkracht moet tonen en ideeën moet kunnen uitwerken.

Apotheker:
'Dit is hét middel waarmee je creatievelingen kunt stimuleren!'

Thuiszorginstelling:
'Deze vouchers lijken vooral goed voor de advieswereld.'

Zorgverzekeraar:
'De innovatievouchers zijn zeer wenselijk. Het is mooi dat het een gift is, dat gaat uit van vertrouwen.'

Investeerder:
'Als je afhankelijk bent van vouchers om een onderneming te starten, dan is het gedoemd te mislukken.'

3.3 Typen innovaties

3.3.1 Fase van de innovatie

Opstarten

Volgens de respondenten zijn de innovatievouchers vooral nuttig in de eerste lijn en aan het begin van het innovatieproces, in de oriënterende fase. Zowel zorgaanbieders als financiers zien de vouchers als een mogelijkheid om een idee verder uit te werken. Het geld kan bijvoorbeeld worden gebruikt voor een marktonderzoek of voor het opstellen van een businessplan. Hiermee kan men een mogelijke financier beter overtuigen.

3.3.2 Soort innovatie

Implementatie

Sommige zorgaanbieders zouden de vouchers willen gebruiken voor de implementatie van bijvoorbeeld ketenaanpak of richtlijnen. Anderen betwijfelen echter of het bedrag toereikend is voor het implementeren van een innovatie, met name doordat het inhuren van personeel veel kosten met zich meebrengt.

Overige toepassingen

De zorgaanbieders willen de vouchers ook gebruiken voor het volgen van trainingen en cursussen die bijdragen aan deskundigheidsbevordering. Daarnaast kan met de vouchers een nieuw computerprogramma worden aangeschaft. Ook het breder toepassen van bestaande innovaties wordt genoemd als één van de mogelijkheden voor de vouchers.

3.4 Suggesties voor het vergroten van de toepasbaarheid

3.4.1 Kenmerken van de innovatievouchers

Waarde van voucher

Zowel zorgaanbieders in de eerstelijnszorg als in de tweedelijnszorg geven aan dat zij de bedragen van 2500,- of 7500,- euro laag vinden. Veel innovaties in de zorg, het inhuren extra personeel of het laten uitvoeren van een onderzoek kosten al snel meer geld. Men is zich er echter wel van bewust dat voor grotere bedragen meer voorwaarden zullen gelden, waardoor de vouchers minder laagdrempelig zullen zijn en de aanvraag meer administratieve lasten met zich zal meebrengen.

Stapelen

Het stapelen van de vouchers vinden zowel zorgaanbieders als financiers een goed idee. Hierdoor zijn verschillende zorgaanbieders samen verantwoordelijk en draagt ook de wijze van financieren bij aan samenwerking. Een aandachtspunt bij het stapelen is dat de opbrengst van de innovatie vervolgens ook evenredig moet kunnen worden verdeeld.

Eigen bijdrage

De zorgaanbieders en financiers zijn over het algemeen positief over de eigen bijdrage. Deze vergroot de betrokkenheid en motivatie en men vindt dat een zorgaanbieder ook zelf moet willen investeren in de innovatie. De eigen bijdrage kan plaatsvinden in de vorm van geld maar ook in natura, bijvoorbeeld door iemand vrij te maken die zich kan gaan richten op het innovatieve project.
De hoogte van de eigen bijdrage kan eventueel afhangen van de grootte van de organisatie.

Toepassen innovaties

Het geld van de vouchers zal waarschijnlijk worden besteed in het begin van het innovatieproces. Om te voorkomen dat mede dankzij de vouchers een wildgroei aan kleine projectjes ontstaat die weer stoppen zodra het geld op is, suggereren respondenten dat er bij het aanvragen van de voucher al aandacht moeten worden besteed aan de implementatie en toepassing van de innovatie.

3.4.2 Voorwaarden voor het aanvragen van de vouchers

Spelregels

Belangrijk voor het gebruik van het instrument is dat de spelregels voor het aanvragen van innovatievouchers duidelijk zijn. Het gaat dan om zaken als: Hoeveel keer per jaar mag men een innovatievoucher aanvragen? Hoeveel geld is er beschikbaar? Hoe gaat de toewijzing van de vouchers in zijn werk, wat zijn de criteria? Tot welk bedrag mag men stapelen? Is er een maximumaantal vouchers dat men mag stapelen in bijvoorbeeld een eerstelijnsgezondheidscentrum? Welke professionals kunnen gebruikmaken van een voucher? Kan de praktijkondersteuner er bijvoorbeeld ook één aanvragen? Hoe wordt voorkomen dat te veel vouchers naar één partij gaan, hoe garandeer je een evenwichtig speelveld?

Geen bureaucratie

Verschillende zorgaanbieders benadrukken dat het gebruik van de innovatievoucher wordt bevorderd als er een goede verhouding is tussen het werk dat moet worden verricht voor het aanvragen van de vouchers en het geld dat men ontvangt. De aanvraagprocedure moet simpel zijn en niet bureaucratisch. Als het aanvragen een aantal uren van een dure professional vergt dan weegt dit niet op tegen een bedrag van 2500,-euro. Eerstelijnszorgaanbieders geven aan dat zij weinig tijd hebben voor administratieve zaken en dat zij geen staf hebben die deze taken op zich neemt.
In aansluiting hierop doet men de suggestie om ook de beoordelingssystematiek zo eenvoudig mogelijk te houden. De aanvragen moeten worden beoordeeld en hiervoor moeten criteria en voorwaarden worden opgesteld. De

kosten en bureaucratie die dit met zich meebrengt zouden minimaal moeten zijn.

Rol voor zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties hebben er baat bij dat zorgaanbieders gaan innoveren. Daarnaast kunnen zij zorgaanbieders vragen om verantwoording af te leggen. Twee tweedelijnszorgaanbieders vinden daarom dat de innovatievouchers ook kunnen worden uitgegeven door zorgverzekeraars of door patiëntenorganisaties. Hierbij moet in ogenschouw worden genomen dat de zorgaanbieder op die manier erg afhankelijk kan zijn van het oordeel van een zorgverzekeraar die in de regio een groot aandeel heeft.

Speerpunten

Sommige respondenten geven aan dat het ministerie van VWS thema's of speerpunten kan aangeven voor de innovatievouchers, zoals dat nu gebeurt bij ZonMw. Deze speerpunten kan het ministerie mede baseren op de uitkomsten van de onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Andere respondenten zien liever geen beperkingen in het soort innovaties waarvoor de vouchers kunnen worden ingezet.

3.4.3 Besteding en verantwoording

Besteding

Sommige respondenten pleiten voor vrijheid van keuze voor kennisinstellingen en adviesbureaus, terwijl andere respondenten juist vinden dat er een selecte hoeveelheid bureaus zou moeten zijn waar de vouchers worden ingediend. In ieder geval moet duidelijk zijn waar de vouchers kunnen worden besteed.

Verantwoording

Omdat verantwoording extra administratieve lasten en bureaucratie met zich meebrengt vinden sommige respondenten dat er voor het kleine bedrag van de vouchers geen verantwoording hoeft te worden afgelegd. Andere respondenten pleiten echter wel voor het afleggen van verantwoording over de besteding van de vouchers, bijvoorbeeld de behaalde resultaten met betrekking tot klanttevredenheid of rendabiliteit.

4 LEENFACILITEIT

4.1 Inleiding

Om ook innovaties die banken en andere investeerders niet willen of kunnen financieren toch een kans te geven, overweegt het ministerie van VWS een leenfaciliteit op te zetten. In het voorstel dat tijdens de interviews met de respondenten is besproken, wordt de lening verstrekt door een Zorgontwikkelingsmaatschappij (ZOM). De criteria die banken en investeerders hanteren, worden ook toegepast bij de leenfaciliteit, maar om de haalbaarheid te vergroten, worden deze criteria in een mildere vorm toegepast. Tijdens de interviews met zorgaanbieders en financiers is gevraagd of er behoefte is aan een dergelijke leenfaciliteit. Tevens is gevraagd naar suggesties om het gebruik van de leenfaciliteit te stimuleren.

4.2 Draagvlak leenfaciliteit

Samenvatting resultaten

Over het algemeen zijn de eerstelijnszorgaanbieders positief over de leenfaciliteit. Verschillende zorgaanbieders in de eerstelijn geven aan gebruik te zullen maken van de faciliteit. Sommigen respondenten in de VV&T en de GGZ zien een voordeel in de leenfaciliteit als hiervoor mildere acceptatiecriteria en een lagere rente gelden. Ook ziet men de meerwaarde in een ZOM waar men verstand heeft van de zorgsector. Anderen vragen zich af of de leenfaciliteit een meerwaarde heeft ten opzichte van een bancaire lening. Ook de ziekenhuisbestuurders betwijfelen dit. De financiers zien vooral meerwaarde voor risicovolle innovaties of kleine zorgaanbieders. Toch vinden ook de financiers dat men voor een goed idee bij een bank terecht moet kunnen.

4.2.1 Zorgaanbieders

Eerstelijn

De eerstelijnszorgaanbieders zijn over het algemeen positief over de leenfaciliteit. Verschillende aanbieders geven aan gebruik te zullen maken van de leenfaciliteit. Wel leven er allerlei vragen. Wat gebeurt er als je het geld niet kunt terugbetalen? Geldt er een lager rentepercentage? Om welke bedragen gaat het?
Eén zorgaanbieder vraagt zich af of een plan wel goed of commercieel genoeg is als het niet mogelijk is om een lening bij een bank te krijgen. Een andere zorgaanbieder vraagt zich af of men in de eerstelijn wel geld zal lenen om innovaties mee te financieren.

VV&T en GGZ

De helft van de bestuurders in de VV&T en de GGZ-sector is positief over de leenfaciliteit. Eén van de bestuurders is enthousiast over het feit dat het risico

voor de innovatie op deze manier bij de zorginstelling ligt, dit past bij ondernemerschap. Een andere bestuurder is vooral positief over het feit dat de beoordeling zal worden gedaan door een instelling (ZOM) met naar verwachting meer verstand van de zorgsector dan banken. Volgens de bestuurders heeft de leenfaciliteit echter vooral meerwaarde als het solvabiliteitscriterium lager is dan bij banken. Banken vragen om een solvabiliteit van vijftien procent of hoger, dit is voor veel zorginstellingen niet haalbaar. Ook wordt een vergelijking gemaakt met het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ). Het lijkt er op dat het Waarborgfonds de acceptatiecriteria aanscherpt. Daarom heeft de leenfaciliteit vooral meerwaarde als er kan worden geleend met een hoger risicoprofiel en minder acceptatiecriteria. Bestuurders die minder enthousiast zijn, vinden dat een gezonde organisatie een lening moeten kunnen afsluiten bij de bank, eventueel gebruikmakend van het Waarborgfonds.

Cure

Eén van de ziekenhuisbestuurders denkt dat de leenfaciliteit innovaties kan stimuleren als bij de lening een lagere rente kan worden verkregen. Anderen menen dat ziekenhuizen voor een lening ook bij een bank terecht kunnen en zien daarom geen meerwaarde.
Eén van de ziekenhuisbestuurders vraagt zich af of zorgaanbieders wel geld zullen lenen voor innovaties omdat vaak van te voren onbekend is wat de innovatie gaat opleveren. Daarnaast worden kennis en innovaties in de zorgsector gedeeld waardoor men het onderscheidend vermogen dat is opgebouwd met de innovatie, verliest. Ook worden vraagtekens gezet bij de wenselijkheid van een leenfaciliteit waarbij de overheid de meest risicovolle projecten financiert.

De ervaringen met het afsluiten van een lening bij een bank verschillen. De ervaring van een kleine, eerstelijnszorgaanbieder is dat het lenen bij een bank überhaupt niet lukt. Voor grote zorgaanbieders lijkt het lenen bij een bank geen problemen op te leveren. Deze zorgaanbieders sluiten met name leningen af voor huisvesting en vastgoed. Voor innovaties lijken zorgaanbieders nu nog geen leningen af te sluiten. Dit wordt verklaard uit het feit dat het niet mogelijk is om bij een bank een lening af te sluiten voor het financieren van ideeën die zich nog niet in de praktijk bewezen hebben.

4.2.2 Financiers

Ook onder de financiers bevinden zich zowel voor- als tegenstanders van de leenfaciliteit. Voordelen van een leenfaciliteit zien de financiers vooral voor innovaties waarvan het bewijs nog niet is geleverd of die minder interessant zijn voor investeerders. Ook voor (kleine) organisaties met een solvabiliteit van bijvoorbeeld onder de tien procent kan de leenfaciliteit interessant zijn. Deze organisaties kunnen niet terecht bij het Waarborgfonds. Als de leenfaciliteit wordt verstrekt door een ZOM, ziet men hierbij als voordeel dat de ZOM meer kennis zal hebben van de zorgsector dan bijvoorbeeld banken of het Waarborgfonds.

Minder enthousiaste respondenten geven aan dat een zorgaanbieder voor een goed idee ook een lening kan krijgen bij een bank (mits hij aan solvabiliteits-eisen voldoet) of financiering kan regelen bij een participatiemaatschappij. Als deze partijen niet willen investeren moet de zorgaanbieder zich afvragen of het idee wel goed genoeg is. Het lijkt erop dat de leenfaciliteit geld verstrekt aan minder goede businesscases, dus met een hoger risico, terwijl er minder rente wordt gevraagd.
Al met al is er behoefte aan duidelijkheid over een aantal punten, zoals de garantie dat de zorgaanbieder geen oneigenlijke staatssteun krijgt en de mogelijkheid dat de gevolgen van risicovolle investeringen door de overheid worden verrekend in andere kostenposten.

V&V-aanbieder:
'Een bancair krediet is soms lastig vanwege de eisen die banken stellen aan het weerstandsvermogen. Met de leenfaciliteit kan je de benodigde cashflow genereren met aantrekkelijke voorwaarden.'

VV&T-aanbieder:
'Een gezonde organisatie moet een lening kunnen krijgen bij een bank.'

Bank:
'De leenfaciliteit heeft geen meerwaarde ten opzichte van een bancaire lening. Als het risico te hoog is voor een bank, dan stap je naar een participatiemaatschappij. En als zij er niet aan willen beginnen, dan moet je het sowieso niet doen.'

Investeerder:
'De leenfaciliteit zou zinvol kunnen zijn om projecten van de grond te krijgen die voor investeerders moeilijk zichtbaar zijn.'

Zorgverzekeraar:
'Het probleem is: welke zorgaanbieder gaat lenen om te innoveren? Dit doen zij alleen als er winst te behalen valt met de innovatie. Maar de resultaten moeten ook bekend worden gemaakt aan andere aanbieders.'

4.3 Typen innovaties

4.3.1 Soort organisatie en fase van de innovatie

De respondenten vinden de leenfaciliteit vooral geschikt voor nieuwe organisaties of kleine organisaties die moeilijk terecht kunnen bij een bank. Zij kunnen de lening bijvoorbeeld gebruiken om de eerste (verliesgevende) fase van de innovatie te overbruggen, waarvoor geen eigen kapitaal beschikbaar is (zie hoofdstuk 2, figuur 2.1).
Ook kan de leenfaciliteit nuttig zijn in de eerstelijn waarbij een vergelijking wordt gemaakt met het microkrediet. Er kan bijvoorbeeld geld worden geleend om een kwaliteitsmeting uit te voeren waardoor op de langere termijn efficiënter en meer kwaliteitsgericht kan worden gewerkt.

Eén eerstelijnszorgaanbieder kon bijvoorbeeld geen lening krijgen bij de bank voor een aantal kleinschalige projecten omdat de zorgaanbieder is gevestigd in een probleemwijk. Een ZOM zou wellicht het maatschappelijk nut van de projecten hebben laten meewegen en toch een lening hebben verstrekt.

4.3.2 Soort innovatie

Een leenfaciliteit kan bruikbaar zijn voor innovaties waarvan het bewijs nog niet is geleverd of die minder interessant zijn voor investeerders. Ook kan een lening worden afgesloten voor het aanschaffen van apparatuur en ICT-toepassingen die voldoende rendement opleveren.

Verschillende respondenten geven aan dat de leenfaciliteit en de innovatie-vouchers elkaar kunnen aanvullen. Zorgaanbieders kunnen een innovatie-voucher gebruiken voor het opstellen van een businessplan waarmee zij vervolgens een leenfaciliteit kunnen aanvragen.
Toch wordt de mate waarin de leenfaciliteit zal bijdragen aan innovaties ook in twijfel getrokken. Bij een lening moet eigenlijk al duidelijk zijn of het kan worden terugbetaald, terwijl een belangrijk kenmerk van een innovatie juist is dat onbekend is of het zal werken.

4.4 Suggesties voor het vergroten van de toepasbaarheid

4.4.1 Kenmerken van de leenfaciliteit

Voordelen

De respondenten zien vooral meerwaarde in de leenfaciliteit als deze een aantal voordelen heeft ten opzichte van een bancaire lening. Respondenten denken hier aan een lager rentepercentage dan bij banken omdat het behalen van voldoende rendement en het inschatten van het te behalen rendement lastig is in de zorgsector.
Een ander mogelijk voordeel is een meer soepele beoordeling van het businessplan dan bij een bancaire lening als niet volledig duidelijk is welk rendement de innovatie zal opleveren. Eventueel kan de verstrekker van de lening (zoals een ZOM) niet alleen letten op het rendement maar ook op het maatschappelijke nut van de innovatie.

Spelregels

De leenfaciliteit roept onder de respondenten veel vragen op. Hoeveel geld kan men lenen? Hoe vaak? Is de overheid ook bereid grote bedragen te lenen aan bijvoorbeeld ziekenhuizen? Voor welke activiteiten kan men geld lenen? Alleen voor innovatie? Of ook voor andere activiteiten? Wat valt onder innovatie? Hoe worden aanvragen beoordeeld? Spelen zorgverzekeraars een rol bij het beoordelen en toetsen van de aanvragen? Wat gebeurt er als een zorgaanbieder niet kan aflossen? Is gewaarborgd dat zorgaanbieders geen oneigenlijke staatssteun krijgen? Er is behoefte aan duidelijkheid over de ‘spelregels’ die bij de leenfaciliteit gelden. Om deze spelregels op te stellen,

	kunnen ervaringen worden uitgevraagd bij bestaande leenfaciliteiten. Als voorwaarde voor het daadwerkelijk gebruiken van een leenfaciliteit stellen de respondenten dat de aanvraagprocedure en de spelregels niet te ingewikkeld mogen zijn, aangezien dit extra administratieve lasten met zich meebrengt.
Eigen bijdrage	Verschillende respondenten vinden dat het ministerie ook bij de leenfaciliteit een verplichte eigen bijdrage moet overwegen. Daarnaast zal men moeten nadenken over de wijze waarop zorgaanbieders verantwoording afleggen over de behaalde resultaten. Deze verantwoording moet voorkomen dat een goedkope lening wordt gebruikt voor de reguliere bedrijfsvoering.
Zorg-verzekeraars	Zorgverzekeraars komen op voor de belangen van de verzekerden en hebben daardoor baat bij innovatie. Om die reden vinden sommige zorgaanbieders het logischer wanneer de zorgverzekeraars de regie voor innovaties op zich nemen. Daarom zouden deze zorgaanbieders liever zien dat zorgverzekeraars de leenfaciliteit aanbieden.

5 PUBLIEK-PRIVATE SAMENWERKING (PPS)

5.1 Inleiding

PPS is een samenwerkingsvorm tussen publieke en private partijen. Hierbij concentreert de zorgaanbieder zich op het verlenen van zorg en laat andere taken door één of meer private partners uitvoeren. De overheid kan PPS stimuleren door het scheppen van voldoende aantrekkelijke voorwaarden. In de interviews is gevraagd hoe zorgaanbieders en financiers denken over PPS in de zorgsector.

5.2 Draagvlak PPS

Samenvatting resultaten

Vrijwel alle zorgaanbieders vinden PPS een interessante samenwerkingsvorm, waarbij de zorgaanbieder zich kan richten op het verlenen van zorg. Ook de meeste financiers zijn positief over PPS omdat de specialismen beter worden benut.
De meest voor de hand liggende toepassing van PPS is het uitbesteden van vastgoed. Daarnaast worden ook allerlei andere facilitaire zaken genoemd zoals schoonmaak, voeding en beveiliging.
De bewerkelijkheid van het opstellen van ingewikkelde contracten is een nadeel van PPS. De overheid kan PPS faciliteren door onder meer btw-compensatie mogelijk te maken in de zorgsector.

5.2.1 Zorgaanbieder

Zorg-aanbieders positief

Vrijwel alle zorgaanbieders zijn positief over PPS. De respondenten vinden het een interessante samenwerkingsvorm waarbij iedereen doet waar hij of zij goed in is. Een zorgaanbieder kan zich richten op zijn core business: het verlenen van zorg. De private partij is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het vastgoed, de schoonmaak of de voeding. Ook kan de zorgaanbieder meerwaarde in de faciliteiten aanbieden door de expertise van de private partij te benutten. Een ander voordeel is dat met PPS een deel van de exploitatie voor een aantal jaren wordt vastgelegd. Daarmee liggen de risico's van bijvoorbeeld fluctuaties in prijs en volume bij de private partij.
De toepassing van PPS wordt gezien in zowel de eerstelijn, de VV&T en de cure, waarbij een samenwerking met een vastgoedpartij het meest voor de hand ligt. In de zorgsector wordt nu al veel samengewerkt met woningcorporaties. Een voorbeeld van PPS in de eerstelijn is een gezondheidscentrum waarbij een vastgoedpartij huisartspraktijken opkoopt inclusief het patiëntenbestand. Het gezondheidscentrum kan daardoor het patiëntenbestand uitbreiden terwijl de vastgoedpartij verantwoordelijk is voor de exploitatie van de gebouwen. In de cure kan men denken aan een zorgboulevard. De

verwachting is dat in de toekomst meer PPS-constructies zullen ontstaan in de zorgsector.

5.2.2 Financiers

Draagvlak financiers

Met PPS worden de specialismen beter benut, de efficiency bevorderd en hoeft men minder te managen. Als het goed is levert een PPS-constructie daardoor meer kwaliteit voor hetzelfde geld of evenveel kwaliteit voor minder geld. Om deze redenen zijn de meeste financiers positief over PPS-constructies. De banken en verschillende investeringsmaatschappijen nemen zelf ook deel in PPS-constructies. De lange contracten zoals beschreven in het voorbeeld (bijlage 1) worden als een nadeel gezien. Men vraagt zich af of dergelijke lange contracten wel verstandig zijn in de snel veranderende zorgsector.
Ook de financiers vinden PPS passen binnen de toekomstige ontwikkelingen in de zorgsector. Zij merken dat PPS steeds vaker wordt overwogen in de zorgsector. Ziekenhuizen verkennen de toepassingen van PPS-constructies en ook verwachten ze op korte termijn meer PPS-constructies in de care.

Huisarts:
'Dit is een verstandige vorm van financieren, je richt je op je core business.'

Bestuurder algemeen ziekenhuis:
'Er moet ook oog zijn voor de problemen die PPS met zich meebrengt. Het is verstandig om als overheid kennis over PPS-constructies ter beschikking te stellen.'

Bank:
'De verschillende specialismen worden beter benut. Iedereen doet waar die goed in is.'

Zorgverzekeraar:
'Het is een groot risico om voor 25 jaar de financiering vast te leggen. De zorgmarkt verandert. Binnen vijf jaar heb je totaal nieuwe concepten.'

5.3 Typen innovaties

De meeste respondenten betwijfelen of PPS echt zal bijdragen aan innovatie. Ze verwachten van PPS geen medisch-inhoudelijke innovaties, maar zien het meer als een andere vorm van bedrijfsvoering.

Vastgoed

Het uitbesteden van de ontwikkeling en het beheer van vastgoed wordt het meest genoemd. Daarnaast worden ook facilitaire diensten genoemd die zorgaanbieders kunnen uitbesteden zoals de schoonmaak, de voeding, ICT, de salarisadministratie, de technische dienst en de bewaking. Andere voorbeelden van PPSconstructies zijn het leasen van instrumentaria en apparatuur in ziekenhuizen en het werken met flexwerkers via een uitzendbureau.

Creativiteit

Sommige respondenten denken dat een dergelijke samenwerking creativiteit stimuleert doordat andere expertise en ervaringen worden binnengehaald. Door het tijdig betrekken van de samenwerkingspartners kunnen ook bij nieuwbouw verbeteringen worden aangebracht in bijvoorbeeld de routing en andere processen. Hiervoor wordt de afkorting DBFMO gebruikt: design, build, finance, maintain, operate. Bij nieuwbouw denken de verschillende partijen vanaf de tekentafel mee waarbij ze allen hun expertise inbrengen.

Differentiatie

Daarnaast kan PPS bijdragen aan meer differentiatie in woonvormen in met name de V&V-sector en kan meer worden gedifferentieerd in bijvoorbeeld de ambiance, het gebouw en het eten bij intramurale zorg in het algemeen. Ook kunnen verschillende afdelingen van bijvoorbeeld een ziekenhuis fysiek worden gescheiden: het beddenhuis, het laboratorium en het kantoor zouden door verschillende partijen op verschillende locaties kunnen worden uitgevoerd.

5.4 Aandachtspunten bij PPS

5.4.1 Het contract

Service level agreements

Met PPS worden bepaalde problemen van de bedrijfsvoering op het bord van de private partij gelegd. Dit brengt echter ook het nadeel met zich mee dat de zorgaanbieder minder invloed heeft op de uitvoering ervan. Vergelijk het met personeel via een uitzendbureau: daarbij heeft men ook minder invloed op de kwaliteit van het personeel, dan wanneer men het personeel zelf aanneemt. Daarom is het belangrijk dat de condities waaronder men samenwerkt, goed worden vastgelegd in service level agreements. Het maken van dit soort afspraken kan echter lastig zijn en het is vaak moeilijk om goed te meten of de afspraken zijn nagekomen. Een ander nadeel van het uit handen geven van expertise is dat men deze expertise door de loop der jaren zelf verliest.

Duur van contract

Ook de lange duur van de contracten vereist dat men van tevoren goed nadenkt over de condities waaronder men samenwerkt en de voorwaarden waaronder men het contract afsluit. Een duur van 25 jaar zoals genoemd in het voorbeeld vinden de meeste respondenten te lang en niet realistisch. De wet- en regelgeving kan op korte termijn wijzigen, de inzichten in de zorg wijzigen snel en de wensen van patiënten veranderen door de tijd. Een nadeel van een langdurig contract is tevens dat men niet kan overstappen naar een andere partij als men niet tevreden is over de geleverde diensten. De contracten moeten daarom bij voorkeur korter en meer flexibel zijn.

Bewerkelijk-heid contract

Het opstellen van dit soort contracten is erg ingewikkeld en vraagt veel bedrijfskundige vaardigheden. Hiermee hebben zorgaanbieders nog weinig ervaring. Omdat de private partijen hiermee meer ervaring zullen hebben, zal de uitgangspositie in de onderhandeling niet altijd gelijk zijn. Voor het opstellen van de contracten moeten zorgaanbieders daarom dure juristen inhuren. Deze

investering moet worden terugverdiend met de PPS-constructie. Deze hoge aanloopkosten kunnen ervoor zorgen dat bij de zorgaanbieder minder draagvlak is voor een PPS-constructie.

Uiteenlopende doelen

Een ander aandachtspunt is dat de private onderneming een ander doel heeft dan de zorgaanbieder. De private partij is hoogstwaarschijnlijk gericht op winstmaximalisatie, terwijl de zorgaanbieder kwalitatief goede patiëntenzorg nastreeft. Daarom moet worden voorkomen dat het te aantrekkelijk wordt voor private partijen om winst te maken in de zorg, zonder de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Van elkaar leren

Een randvoorwaarde van een vruchtbare samenwerking is dat beide partijen iets toevoegen aan de samenwerking. Men moet van elkaar kunnen leren. Bij een nieuwbouwproject is het daarom raadzaam dat de verschillende partijen vanaf het begin met elkaar om de tafel gaan zitten (DBFMO), zodat ze al in de ontwerpfase hun expertise kunnen inbrengen. Dit is ook belangrijk gezien het feit dat het opzetten van een PPS-constructie veel tijd kost. Als men al ver is gevorderd met de nieuwbouwplannen zal men niet snel meer overgaan op PPS.

5.4.2 Rol van overheid

Btw-compensatie

Een knelpunt bij het uitvoeren van PPS is de btw-compensatie. Als een zorginstelling een dienst zelf uitvoert, hoeft zij geen btw te betalen. Als zij het door een private partij laat uitvoeren, moet wel btw worden betaald. Doordat zorgaanbieders, niet zoals gemeenten en provincies, de btw kunnen compenseren, maakt dat de dienst negentien procent duurder. Om PPS meer aantrekkelijk te maken in de zorgsector moet hiervoor een oplossing worden gezocht.

Faciliteren

Naast het aanpassen van de regelgeving met betrekking tot btw-compensatie kan het ministerie van VWS PPS-constructies ook faciliteren door kennis over PPS beschikbaar te stellen. Daarnaast kan zij ontmoetingsplaatsen voor mogelijke samenwerkingspartners faciliteren.

Onzekerheid

De onzekerheid over de wet- en regelgeving maken het voor bestuurders lastig om beslissingen te nemen. Doordat de contracten in een PPS-constructie voor de lange termijn gelden, zullen zij minder snel kiezen voor een PPS-constructie. Een langetermijnvisie van het ministerie op de zorgsector zou hierbij kunnen helpen.

6 VENTURE CAPITAL

6.1 Inleiding

Venture capital is risicodragend vermogen dat ter beschikking wordt gesteld door investeerders, de venture capitalists. Het gaat meestal om grote investeringen vanaf 1 miljoen euro. Als compensatie voor het te lopen risico verlangt de venture capitalist een hoog rendement op zijn investering. In de interviews met de zorgaanbieders en financiers is nagegaan in hoeverre er draagvlak bestaat voor venture capital in de zorgsector. Omdat de visie van de verschillende zorgaanbieders en financiers op venture capital in grote mate overeenkomt, worden zij in dit hoofdstuk gezamenlijk besproken.

6.2 Draagvlak venture capital

Samenvatting resultaten

De meeste zorgaanbieders en financiers staan niet afwijzend ten opzichte van venture capital. Zij vinden venture capital passen in de ontwikkelingen die de zorgsector momenteel doormaakt. Wel denken veel zorgaanbieders dat er een spanningsveld bestaat tussen de winstmaximalisatie die venture capitalists nastreven en de kwaliteit van de zorg. Naar verwachting zal venture capital leiden tot een verzakelijking van de zorgsector, waarbij meer nadruk komt te liggen op efficiency en klantgerichtheid.
Knelpunten worden vooral gezien bij het bepalen en het behalen van het rendement. Op dit moment is de zorg nog geen interessante sector voor investeerders omdat de meeste zorginstellingen nog geen winst mogen uitkeren en omdat een langetermijnperspectief in de zorgsector ontbreekt.

Zorgaanbieders en financiers
Onder de zorgaanbieders en financiers bevinden zich voorstanders van venture capital in de zorgsector, maar ook een paar fervente tegenstanders. Deze tegenstanders, zorgaanbieders in de eerstelijn, in de thuiszorg, in de GGZ en een zorgverzekeraar, zijn tegen venture capital omdat de investeerders streven naar winstmaximalisatie. Dit kan volgens hen niet samengaan met kwaliteit van de zorg en het verbeteren daarvan. Partijen die puur op winst uit zijn, moet men volgens hen buiten de zorg houden.
Onder de meerderheid van de zorgaanbieders (in zowel de eerstelijn, cure, GGZ en de VV&T) en onder financiers is wel draagvlak voor venture capital. Zij vinden venture capital passen bij marktwerking in de zorgsector. De verwachting is dat venture capital meer zijn weg zal vinden in de zorgsector door marktwerking en een toenemende vraag naar zorg. De voorstanders zien een aantal voordelen bij venture capital. Venture capital biedt ruimte om toch te innoveren, ook als een bank het niet wil financieren. Daarnaast wordt het risico van de innovatie gedeeld met de investeerder. Dit betekent dat als het

misgaat, de zorgaanbieder niet de enige is die geld verliest. Ondanks deze voordelen zien ook de voorstanders het spanningsveld tussen winst-maximalisatie en de kwaliteit van zorg.

Directeur eerstelijnsgezondheidscentrum:
'Dit is de meest plezierige vorm van het financieren van innovaties omdat de risico's op deze manier gedeeld zijn.'

Bestuurder thuiszorgorganisatie:
'Dit zijn fliereFluiters die geld over hebben en ergens in willen investeren. De zorg is dan een mooie etalage voor maatschappelijk nut.'

Bestuurder academisch ziekenhuis:
'Er zit een spanningsveld tussen het rendement dat de venture capitalist wil behalen en de kwaliteit van de zorg.'

Bank:
'Venture capital past absoluut in de toekomstige ontwikkelingen. Het is ook nodig om de sector naar een hoger plan te tillen.'

6.3 Typen innovaties

De respondenten vragen zich af of venture capital echt zal bijdragen aan zorginhoudelijke innovaties. Wel zou het kunnen bijdragen aan grote technologische innovaties in de zorg, zoals hightechtoepassingen in laboratoria.

Verzakelijking

Daarnaast verwachten verschillende respondenten dat venture capital zal bijdragen aan efficiency en klantgerichtheid, dus aan een verzakelijking van de zorgsector. Doordat winst moet worden gemaakt voor de aandeelhouder, staat men meer onder druk om te presteren, zo verwacht men. Een dergelijke financiële prikkel kan ervoor zorgen dat zorgaanbieders op zoek gaan naar verbeteringen dus ook naar innovaties.

Borgen

Ook kan venture capital bijdragen aan het borgen van innovaties. Doordat de venture capitalist er belang bij heeft, zal de innovatie beter worden ge-exploiteerd.

Toepassing

De toepassing van venture capital zien de respondenten met name in private instellingen waarvan men verwacht dat het aantal initiatieven in de toekomst zal toenemen. Daarnaast is venture capital toepasbaar in klinieken die gespecialiseerd zijn in een beperkt aantal behandelingen zoals zelfstandige behandelcentra (ZBC's) omdat hiermee meer rendement valt te behalen.

6.4 Aandachtspunten bij venture capital

Beleidsvrijheid

Verschillende zorgaanbieders vinden het feit dat venture capitalists vaak een aanzienlijk belang willen in de organisatie, op gespannen voet staan met het medisch-ethisch handelen. Een voorwaarde die verschillende zorgaanbieders dan ook stellen aan venture capital, is dat de investeerders zich niet te veel bemoeien met het beleid van de zorginstelling. Daarnaast moet de aandeelhouder de doelstellingen van de zorginstelling onderschrijven.

Winstmaximalisatie

Het onderschrijven van de doelstellingen van de zorginstelling door venture capitalists zal niet altijd vanzelfsprekend zijn. De venture capitalist is uit op winstmaximalisatie en niet zozeer op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Verschillende respondenten verwachten dat venture capital de zorg duurder zal maken omdat er winst moet worden uitgekeerd aan de investeerder. Naast gedeelde doelstellingen moet er daarom ook een gedeeld besef zijn dat de zorg betaalbaar moet blijven.

Rendement

Venture capitalists willen op korte termijn rendement van hun investering. De investering moet binnen enkele jaren rendement opleveren en niet pas na zes tot tien jaar zoals beschreven in het voorbeeld (zie bijlage 2). Het geïnvesteerde geld wordt ieder jaar minder waard door inflatie, dit moet worden terugverdiend in het rendement.
Verschillende respondenten vragen zich echter af of er wel voldoende rendement te behalen valt in de zorg. De tarieven in de zorg, met name in de VV&T, zijn volgens hen zo scherp dat er weinig rendement mogelijk is. Mogelijkheden worden wel gezien in de cure en in specialistische centra zoals ZBC's.
Er worden ook andere knelpunten met betrekking tot het rendement genoemd. Sommige innovaties zijn pas lucratief op de lange termijn. Venture capital is daarom lang niet voor alle innovaties geschikt. Daarnaast is het bij innovaties vaak erg lastig om de waarde van de innovatie van tevoren te bepalen. Dit is echter wel nodig om het rendement dat de investeerder krijgt voor zijn ingelegde geld, vast te stellen.

Winst uitkeren

Op dit moment mogen de meeste zorginstellingen nog geen winst uitkeren. Om venture capital in de Nederlandse zorgsector mogelijk te maken, zou de overheid het uitkeren van winst door zorginstellingen moeten toestaan. De vraag is echter of de overheid het zal goedkeuren dat geld uit de zorg weglekt naar private investeerders. Sommige respondenten zijn van mening dat de gemaakte winst zo veel mogelijk moet terugvloeien naar de organisatie. Anderen vinden dat de overheid moet toezien op de rendementseisen die venture capitalists stellen.

Toekomstvisie

Een stabiel systeem en een toekomstvisie zijn randvoorwaarden voor het kunnen inschatten van het rendement van een investering. Het feit dat de stelselwijzigingen in de zorg zich in een hoog tempo opvolgen, zorgt ervoor

dat investeerders niet snel hun geld zullen beleggen in de zorg. Dit belemmert het ondernemerschap in de zorg.

Krenten uit de pap

Respondenten verwachten dat door de inbreng van venture capital meer specialistische centra zullen ontstaan, waarin een beperkt aantal behandelingen worden uitgevoerd. Deze zorg is voorspelbaar en efficiënt uit te voeren, waardoor meer rendement mogelijk is. De investeerders halen hiermee de krenten uit de pap. De academische ziekenhuizen behandelen de moeilijke patiënten en zullen meer kosten maken.

7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste aandachtspunten bij innovaties in de zorg op een rij gezet en worden per financieringsvorm conclusies getrokken. Deze conclusies leiden tot een algemene conclusie ten aanzien van de toepassingsmogelijkheden van mogelijk nieuwe financieringsvormen in de zorg. Om deze toepassingmogelijkheden verder te verkennen, zijn tot slot enkele aanbevelingen geformuleerd.

7.1 Aandachtspunten bij innovaties in de zorg

Financiering

Uit de interviews is gebleken dat financiering voor een deel van de respondenten een drempel vormt voor innovaties in de zorg. De tarieven zijn niet toereikend om er innovaties mee te financieren. Voor andere respondenten is financiering op zich echter geen drempel om te innoveren in de zorg. Het gaat hierbij zowel om financiers als om zorgaanbieders. Bij de zorgaanbieders zijn voornamelijk respondenten in de cure deze mening toegedaan, al vindt ook een deel van de respondenten in de VV&T en GGZ en in de eerstelijn dat financiering geen drempel vormt. Wel gelden voor hen aandachtspunten bij innovaties in de zorg die deels zijn gerelateerd aan de financiering van innovaties. De belangrijkste aandachtspunten zijn hieronder beschreven.

Duur wet- en regelgeving

De vele wijzigingen in de wet- en regelgeving in de zorg maken het voor bestuurders van zorginstellingen lastig om een langetermijnvisie te ontwikkelen aan de hand waarvan zij innovaties kunnen starten. Dit weerhoudt ook investeerders ervan om te investeren in innovaties in de zorg.

Aard wet- en regelgeving

Verschillende wetten en financieringssystemen belemmeren het ondernemerschap in de zorg. Zo wordt in de AWBZ het aantal uren geleverde zorg vergoed, wat niet uitdaagt tot meer efficiëntie. Ook mogen de meeste zorgaanbieders geen winst uitkeren[1] en kunnen zorgaanbieders geen btw compenseren.

Marges

Doordat de meeste zorgaanbieders geen winst mogen uitkeren, is de zorgsector niet erg interessant voor investeerders. Daarnaast zijn ook de marges in veel deelsectoren van de zorg dermate klein dat het voor investeerders niet interessant is om te investeren. Bovendien zorgen deze geringe marges

[1] Op dit moment wordt in een deel van de zorgverlening winst uitgekeerd. Het gaat dan om vrije beroepsbeoefenaars die als zelfstandige ondernemer optreden, zoals specialisten, fysiotherapeuten en apothekers. Instellingen zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen die onder de Wet toelating zorginstellingen vallen (WTZi), mogen geen winst uitkeren. Alleen instellingen die buiten de reikwijdte van de voorloper van de WTZi (WZV) vielen en al winst mochten uitkeren, mogen dit blijven doen. Dit zijn bijvoorbeeld thuiszorg- of kraamzorginstellingen.

ervoor dat zorgaanbieders geen geld kunnen reserveren voor innovaties. Tevens hebben zij hierdoor weinig kapitaal, waardoor zij niet kunnen voldoen aan het solvabiliteitscriterium dat banken hanteren voor het afsluiten van een lening.

Onderscheidend vermogen

De aard van de zorgsector verlangt dat innovaties die de zorg ten goede komen, worden gedeeld met andere zorgaanbieders. Hierdoor kunnen zorgaanbieders echter geen onderscheidend vermogen opbouwen door te innoveren en worden zorgaanbieders niet gestimuleerd om te innoveren.

Ondernemerschap

Doordat de gezondheidszorg jarenlang door de overheid werd geleid ontbreekt het ondernemerschap nagenoeg in de zorgsector. Men is (nog) niet gewend aan het marktdenken en het schrijven van solide ondernemingsplannen op basis waarvan financiering kan worden verkregen.

Open voor verandering

In de zorgsector zijn veel professionals nogal traditioneel. Innovaties worden daardoor niet altijd met open armen ontvangen. Daarnaast hebben zij door de hoge werkdruk vaak niet veel tijd om zich bezig te houden met innovaties.

7.2 Conclusies onderzochte financieringsvormen

7.2.1 Innovatievouchers

Draagvlak

Met name onder eerstelijnszorgaanbieders bestaat er draagvlak voor de innovatievouchers. Onder de zorgaanbieders in de VV&T en de cure worden voorwaarden gesteld aan het gebruik van de vouchers, bijvoorbeeld het zelf kunnen kiezen waar en waaraan de voucher wordt besteed. In de tweede lijn bestaat minder animo voor de vouchers. Vooral het bedrag lijkt te laag voor de tweede lijn. De financiers zijn over het algemeen gematigd positief over de innovatievouchers.

Type innovaties

De innovatievouchers lijken het meest geschikt voor de eerste fase van het innovatieproces. Ze kunnen worden gebruikt voor het opstellen van een businesscase. Als de vouchers worden gestapeld, kunnen zij ook worden gebruikt voor het laten uitvoeren van een (markt)onderzoek en het implementeren van richtlijnen en ketenaanpak.

Suggesties

Om de bruikbaarheid van innovatievouchers te vergroten, pleiten de respondenten voor een systeem dat zo min mogelijk administratieve lasten met zich meebrengt. Vooral gezien de geringe waarde van de vouchers vinden zij dit een cruciaal punt.
Over het stapelen en de eigen bijdrage is een groot deel van de respondenten positief.

7.2.2 Leenfaciliteit

Draagvlak

Ook over de leenfaciliteit zijn met name de eerstelijnszorgaanbieders positief. Verschillende eerstelijnszorgaanbieders geven aan gebruik te zullen maken van een dergelijke lening. In de GGZ en de VV&T is men minder enthousiast en onder de ziekenhuisbestuurders is weinig behoefte aan een leenfaciliteit. Zij geven aan dat zij voor een lening terechtkunnen bij een bank. Ook sommige financiers plaatsen kanttekeningen bij de meerwaarde van een leenfaciliteit.

Type innovaties

De respondenten vinden de leenfaciliteit met name geschikt voor nieuwe of kleine zorgaanbieders die voor een lening moeilijk terechtkunnen bij een bank. Daarnaast kan de leenfaciliteit geschikt zijn voor innovaties waarvan het bewijs nog niet is geleverd of die minder interessant zijn voor investeerders.

Suggesties

Om een leenfaciliteit interessant te maken voor zorgaanbieders, pleiten zij voor een aantal voordelen ten opzichte van een bancaire lening, zoals een lager rentepercentage, een lager solvabiliteitscriterium of een mildere beoordeling van het businessplan.
Een belangrijke voorwaarde om deel te nemen aan een leenfaciliteit is dat er vooraf heldere spelregels zijn opgesteld, zodat duidelijk is waar de zorgverlener aan toe is.

7.2.3 PPS

Draagvlak

Voor PPS bestaat vrij veel draagvlak onder zowel zorgaanbieders als financiers. Het feit dat met PPS ieder doet waar hij of zij goed in is, lijkt het belangrijkste voordeel dat de respondenten zien. Daarnaast stimuleert PPS de creativiteit doordat expertise en ervaringen uit andere sectoren worden binnengehaald.

Type innovaties

De respondenten betwijfelen of PPS echt zal bijdragen aan (zorginhoudelijke) innovaties. De meest voor de hand liggende toepassing van PPS is het uit besteden van het beheer van vastgoed, maar ook voor de voeding, schoonmaak en beveiliging kan men samenwerken met een private partij.

Aandachts-punten

Een belangrijk aandachtspunt voor zorgaanbieders is dat zij met PPS minder invloed hebben op de uitvoering van de diensten die zij hebben uitbesteed. Daarom moet men goede afspraken maken met de private samenwerkingspartners. Dit brengt ook knelpunten met zich mee: het opstellen van de contracten is vaak ingewikkeld en zorgaanbieders hebben hier weinig ervaring mee. De kosten voor juristen die hiervoor moeten worden ingehuurd, kunnen het draagvlak voor PPS onder de zorgaanbieders verminderen.
De contracten moeten flexibel of kort zijn omdat de inzichten in de zorg snel wijzigen, de wet- en regelgeving aan veel veranderingen onderhevig is en de wensen van de patiënten door de tijd veranderen.

7.2.4 Venture capital

Draagvlak

De meeste zorgaanbieders en financiers staan niet afwijzend tegenover venture capital in de zorgsector. Zij vinden het passen in de ontwikkelingen die de zorgsector momenteel doormaakt.

Type innovaties

Venture capital zal volgens de respondenten waarschijnlijk niet bijdragen aan medisch inhoudelijke innovaties. Naar verwachting zal venture capital wel leiden tot een verzakelijking van de zorgsector, waarbij meer aandacht is voor efficiëntie en klantgerichtheid. Venture capital lijkt met name toepasbaar in de cure en meer specifiek in specialistische behandelcentra (ZBC's) waar de zorg goed te plannen is en efficiënt kan worden uitgevoerd.

Aandachts-punten

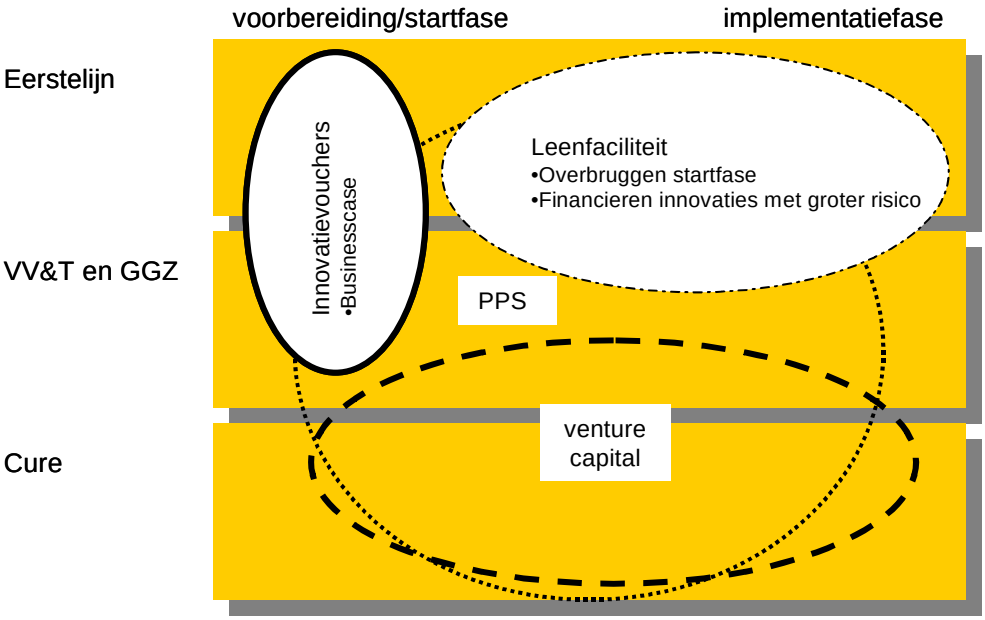
Net als bij PPS betekent venture capital dat de zorgaanbieders een deel van de beleidsvrijheid moeten inleveren. Sommige zorgaanbieders vinden dit in strijd met het medisch-ethisch handelen.
Een belangrijk aandachtspunt bij venture capital is het feit dat venture capitalists uit zijn op winstmaximalisatie. Dit kan op gespannen voet staan met (het verbeteren van) de kwaliteit van de zorg. Verschillende respondenten vragen zich af of de zorgsector wel interessant is voor venture capitalists omdat zij menen dat er onvoldoende rendement kan worden behaald in de zorgsector. Op dit moment is de zorgsector per definitie nog niet interessant voor investeerders, omdat de meeste zorgaanbieders geen winst mogen uitkeren en omdat een lange termijn visie op de zorgsector ontbreekt.

7.3 Hoe verder?

7.3.1 Ruimte voor nieuwe financieringsvormen

Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieders en financiers toepassings-mogelijkheden zien voor de onderzochte financieringsvormen. De innovatie-vouchers en de leenfaciliteit voorzien met name in de eerste lijn en deels in de VV&T en GGZ in een behoefte. De innovatievouchers zijn vooral in de eerste fase van een innovatie welkom, bijvoorbeeld om een goede businesscase te schrijven op basis waarvan verdere financiering kan worden verkregen. De leenfaciliteit zou daar vervolgens goed op kunnen aansluiten. Met de leenfaciliteit kan dan bijvoorbeeld de doorgaans verliesgevende startperiode van een innovatie (zie figuur 2.1) worden overbrugd. In figuur 7.1 is dit resultaat schematisch weergegeven.

Figuur 7.1 Toepassingsmogelijkheden onderzochte financieringsvormen



7.3.2 Aanbevelingen voor nadere uitwerking

Uit de suggesties die de respondenten tijdens de interviews hebben gedaan, is een aantal aanbevelingen te destilleren voor de verdere verkenning en eventueel nadere uitwerking van de financieringsvormen.

Helderheid

Zo moet van ieder instrument, voordat het daadwerkelijk kan worden toegepast, duidelijk zijn beschreven hoe het werkt, welke (juridische) voorwaarden er gelden en wat er precies mogelijk is. De vragen waar zorgaanbieders en financiers mee zitten, zijn op verschillende plaatsen in dit rapport weergegeven en bieden aanknopingspunten voor verdere verdieping. Voor de antwoorden kan onder andere worden gekeken naar vergelijkbare, reeds bestaande, instrumenten in andere sectoren.

Eenvoud

Heldere spelregels dragen bij aan de eenvoud van een financierings-instrument. Door de respondenten wordt sterk benadrukt dat de voordelen van een financieringsvorm duidelijk moeten opwegen tegen de nadelen van de bureaucratische handelingen die gemoeid zullen zijn met aanvraag en verantwoording van het geld.

Meerwaarde

De respondenten pleiten ervoor om de meerwaarde van een nieuw in te zetten financieringsvorm ten opzichte van reeds bestaande vormen goed in het oog te houden. Zo kan de leenfaciliteit meerwaarde hebben in de leenvoorwaarden ten opzichte van bancair krediet. Ook wordt gesproken over de mogelijkheid dat de zorgaanbieder die innoveert (en daarvoor investeert) met behulp van nieuwe financieringsvormen het intellectueel eigendom van ‘zijn’ innovatie kan verwerven.

Motivatie	Om de betrokkenheid en motivatie van zorgaanbieders bij de innovatie te vergroten (en daarmee de kans op succes), zou bij iedere financieringsvorm een verplichte eigen bijdrage moeten worden overwogen. Bij de innovatievouchers wordt ook de mogelijkheid tot stapelen als een belangrijke voorwaarde genoemd om betrokkenheid van zorgaanbieders en hun samenwerking te vergroten.
Rol verzekeraars	Om het contact tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te stimuleren, kan worden overwogen om de zorgverzekeraars een rol te laten spelen bij het uitgeven van (een deel van) de innovatievouchers en/of het beoordelen van de aanvragen voor een leenfaciliteit. Zorgverzekeraars hebben er immers baat bij dat zorgaanbieders innoveren. Wel moet men waakzaam zijn voor een te grote afhankelijkheid van een zorgaanbieder van het oordeel van één zorgverzekeraar.
Wet- en regelgeving	Door de onzekerheid over wet- en regelgeving is het voor bestuurders en investeerders lastig om beslissingen te nemen. Een meer langetermijnvisie op de zorgsector en vertaling daarvan in (stabiele) wet- en regelgeving kan het ondernemersklimaat in de sector bevorderen. Ter stimulering van investeringen zouden zorginstellingen de mogelijkheid moeten hebben om winst uit te keren aan private investeerders. Het is dan een politieke keuze dat men toestaat dat er geld uit de zorg wegvloeit naar private investeerders. De overheid kan in dit kader als voorwaarde stellen dat een deel van de winst moet terugvloeien naar de zorg. Ook kan de overheid toezien op de rendementseisen die worden afgesproken met private investeerders. Specifiek ten aanzien van PPS geeft men aan dat deze vorm grotere betekenis kan krijgen als btw-compensatie mogelijk is.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Respondenten

Persoonlijke interviews zijn gehouden met de volgende personen:

- Mevrouw J. Lanphen, huisarts te Blaricum
- De heer J. Galesloot, huisarts te Rotterdam
- De heer J. Boiten, apotheker te Leeuwarden
- De heer K. Dijkhorst, directeur Symphonie Gezondheidscentra
- De heer E. Peperkamp, directeur Vitea Gezondheidscentra
- De heer R.A.E. van Damme, directeur Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra
- De heer J.E. Bauer, voorzitter raad van bestuur, de Hartekamp Groep
- De heer K. Blomberg, directeur Financiën, Cordaan
- De heer K. Portengen, directeur Solis Zorggroep
- De heer H. Snijders, directeur Strategie en Innovatie, Carint Reggelandgroep
- De heer J. de Blok, directeur Buurtzorg Nederland
- De heer E. Bos, directeur Stichting Thuiszorg Brabant Noord-Oost
- De heer V.M. Vladár Rivero, lid raad van bestuur Parnassia Bavo Groep
- De heer A. Leemhuis, directeur ICT en Financiën Stichting Buitenamstel Geestgronden
- De heer G. van de Logt, algemeen directeur Revalidatieziekenhuis Groot Klimmendaal
- De heer J.G.M. Hendriks, voorzitter raad van bestuur Stichting Bronovo-Nebo
- De heer R. Hopstaken, vice-voorzitter raad van bestuur AMC
- De heer R. Bik, financieel directeur Erasmus MC
- De heer. A. van Oord, senior banker public finance, Bank Nederlandse Gemeenten
- De heer S.C. van Norren, sectorspecialist Zorg, Rabobank Nederland
- De heer H. Hoogduin, partner Plain Vanilla Investments NV
- Mevrouw M. Bossers-Nabben, sectordirecteur Gezondheidszorg, HEVO
- De heer P.J.M. Woerdeman, senior adviseur, HEVO
- De heer C.L.A. Janssen, directeur Navitas Capital
- De heer B.J. Peletier, directeur Residex
- De heer J. Crasborn, directeur Strategie, Agis Zorgverzekeringen
- De heer H. Nienhuis, hoofd Strategische zorginnovatie Menzis

BIJLAGE 2

Itemlijst en casussen

Algemeen zorgaanbieders

1. Welke innovatiehistorie heeft zorgaanbieder. Welke innovaties hebben bijvoorbeeld bij zorgaanbieder plaatsgevonden in afgelopen jaar (vaststellen innovatiepotentieel; voorloper, middenmoot, volger)?
2. Wat zijn de belangrijkste knelpunten/ drempels bij innovatie in de zorg? (interne verdeeldheid, disciplinering door lening)? Noem top 3.
3. Is financiering een knelpunt uit de top drie? Waarom wel/niet?

Algemeen financiers

1. Welke innovatiehistorie heeft zorgverzekeraar/financier. Welke innovaties heeft uw organisatie in afgelopen jaar gerealiseerd/ gestimuleerd (vaststellen innovatiepotentieel;voorloper, middenmoot, volger)?
2. Wat zijn de belangrijkste knelpunten/ drempels bij innovatie in de zorg. (interne verdeeldheid, disciplinering door lening) Noem top 3.
3. Is financiering een knelpunt uit de top drie? Waarom wel/niet?

Financieringsvorm (zorgaanbieders en financiers)

Per casus:

4. In hoeverre bestaat bij u als zorgaanbieder draagvlak voor deze financieringsvorm?
5. Wat is de meerwaarde van deze financieringsvorm t.o.v. een gewone lening bij de bank?
6. Acht u deze financieringsvorm haalbaar? Waarom wel? Waarom wordt deze vorm nu niet geboden/gebruikt?
7. Voor welk deel van een investering zou u een lening willen om het aantrekkelijk te maken? 100%, 80%, 20%?
8. Op welke wijze kan de financieringsvorm bijdragen aan zorginnovatie?
9. Welke randvoorwaarden stelt u bij deze financieringsvorm? Bijvoorbeeld de criteria ten aanzien van de financieringsvorm, de kenmerken van de zorginstelling (sector, grootte, bereik, organisatievorm) of de aard van de beoogde innovatie (medisch/conceptueel/vastgoedgerelateerd, bewezen of risicovol).
10. Welke knelpunten zijn er volgens u te onderscheiden bij deze financieringsvorm? Bijvoorbeeld: reductie risico's, duurzaamheid instrument, bewerkelijkheid aanvraag, et cetera.
11. Past deze financieringsvorm binnen de (toekomstige) ontwikkelingen in de gezondheidszorg? (o.a. marktwerking).

Innovatievouchers

Doel
Innovatievouchers hebben als doel organisaties in contact te brengen met kennisinstellingen, om bestaande kennis te benutten of nieuw onderzoek te laten uitvoeren ter verbetering van hun product, productieproces of dienst. Daarnaast kan een innovatievoucher worden ingezet voor het aanvragen van een octrooi.
Er zijn twee soorten innovatievouchers. De kleine vouchers met een waarde van 2500 euro en grote vouchers met een waarde van 7500 euro. Bij de grote vouchers dienen instellingen een eigen bijdrage van minimaal 1/3 deel te leveren. Verschillende instellingen kunnen de vouchers ook stapelen om gezamenlijk tot een groter bedrag te komen. Een intermediair bemiddelt tussen kennisvraag en -aanbod.

Casus

In een eerstelijns gezondheidscentrum werken huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen, psychologen, psychiaters, diëtisten, maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en thuiszorg. De verschillende zorgaanbieders in het gezondheidscentrum willen de samenwerking en afstemming tussen de zorgaanbieders optimaliseren. Zij verwachten dat cliënten baat hebben bij een betere afstemming van de zorg. Ook kunnen de zorgaanbieders dan als centrum een pakket met eerstelijnszorg aanbieden aan zorgverzekeraars. Voor een optimalisatie van de samenwerking en afstemming willen de zorgaanbieders graag advies in winnen bij het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. De huisartsen, de zorgverleners op het gebied van de GGZ en de thuiszorg vragen ieder afzonderlijk een grote innovatievoucher aan. Zelf investeren ze ieder 3.000 euro. De bedragen worden gestapeld zodat een bedrag van 31.500 euro beschikbaar is. Adviseurs van de innovatiegroep ketenzorg van het CBO geven hiervoor advisering en stellen methoden en tools ter beschikking.

Leenfaciliteit

Doel
Een leenfaciliteit stelt (kleine) organisaties in staat leningen af te sluiten die zij zelfstandig niet bij een bank af kunnen sluiten. De leningen kunnen bedoeld zijn voor innovaties met een maatschappelijk belang en investeringen waarbij het risico (iets) hoger is dan aantrekkelijk is voor banken. Vaak wordt gewerkt met marktconforme rente en een ‘gangbare’ aflossingstermijn. Er hoeft echter geen boeterente betaald te worden bij te late aflossing.
De leenfaciliteit wordt geboden door een organisatie die voor verschillende instellingen de middelen beheert. Voor zorginstellingen kan het dan gaan om een Zorgontwikkelingsmaatschappij (ZOM)

Casus
Een instelling met verblijfsafdelingen voor chronische zorg wil graag de zorglast en de personeelskosten reduceren. Om dit te bereiken wil de instelling een lening afsluiten om te investeren in een technologische vernieuwing: cameratoezicht in de huiskamers van de instelling, waarbij het beeld op draagbare monitors door de zorgverleners bekeken kan worden. Het gebruik van camera’s maakt het mogelijk dat minder zorgverleners tegelijkertijd aanwezig dienen te zijn, aangezien er niet meer continue één zorgverlener fysiek aanwezig is in de huiskamer. Op termijn is het mogelijk om de camera’s ook geschikt te maken voor een ander doel: familieleden/ mantelzorgers van de bewoners van de afdelingen kunnen met behulp van de camera’s in staat worden gesteld om via een afgesloten internetverbinding te zien hoe het gaat met hun familielid, als deze zich in de woonkamer bevindt. Om de camera’s en de monitoren aan te kunnen schaffen, sluit de instelling een lening af bij een ZOM. De looptijd van de lening is 5 jaar en er wordt een marktconforme rente gerekend.

Publiek-private samenwerking

Doel
Voor instellingen in de zorg kunnen twee soorten van publiek private samenwerking (PPS) relevant zijn:
- Een PPS waarbij zorginstelling en private partij(en) samen een bedrijf starten. De samenwerkende partijen delen in risico en rendement.
- Een PPS waarbij de zorginstelling zich concentreert op het verlenen van zorg en andere taken door één of meer partners laat uitvoeren. Het gaat om een langjarige contractuele relatie waarbij de zorginstelling belangrijke financiële risico's overdraagt aan een private partner. Als de private partner in gebreke blijft bij hetgeen hij contractueel verplicht is, dan zijn boetebepalingen van toepassing. Het gaat vaak om grote investeringen (meer dan €15.000.000) en om langlopende contracten, bijvoorbeeld van 25 jaar. Deze laatste vorm wordt in de casus uitgewerkt.

Casus
Een ziekenhuis heeft omvangrijke nieuwbouwplannen. Het oude ziekenhuis is verdeeld over verschillende verouderde locaties in de binnenstad. Aan de rand van de stad zal een nieuw ziekenhuis worden gebouwd waarin alle afdelingen onder één dak een plaats krijgen. Om het een zo aangenaam mogelijk ziekenhuis te maken, zal er geïnvesteerd worden in de sfeer en kleurstelling in het gebouw en worden extra diensten geboden (bijvoorbeeld een winkelboulevard, een opticien, een kapper en kinderopvang).
Het ziekenhuis heeft besloten af te willen van alle rompslomp die gepaard gaat met de huisvesting van het ziekenhuis. Ook het bouwen van een nieuw gebouw behoort niet tot de kernactiviteiten van het ziekenhuis, dus dat laat het ziekenhuis liever aan anderen over.
Het ontwerp en de bouw van het nieuwe ziekenhuis zijn in handen van een consortium van bedrijven (in een PPS-constructie). Dit consortium zal na realisatie van de bouw ook het onderhoud, het beheer en de facilitaire diensten (catering, levering medische apparatuur, schoonmaak, winkels et cetera) op zich nemen. De bedrijven van het consortium zijn ieder gespecialiseerd op één van deze onderdelen.
Het ziekenhuis heeft met het consortium een contract van 25 jaar afgesloten, waarin het ziekenhuis een vaste bijdrage voor huisvesting en ondersteunende diensten betaalt en het consortium een afgesproken niveau van dienstverlening levert.

Venture capital

Doel
Venture capital is risicodragend vermogen dat ter beschikking wordt gesteld aan niet-beursgenoteerde ondernemingen om uiteenlopende activiteiten te financieren. Het gaat meestal om investeringen vanaf 1 miljoen euro. Venture capitalists hebben bij voorkeur een controlerend (dus meerderheids- of groot minderheids-) belang in de onderneming. De verstrekkers van venture capital zijn sterk rendement georiënteerd, een goede winstpotentie is dus een vereiste.

Casus
Een zorgondernemer wil een nieuwe keten voor thuiszorg opzetten waarbij de zorgverlening door hoog opgeleide wijkverpleegkundigen en wijkzieken-verzorgenden wordt uitgevoerd. Hierdoor hoeft de zorg niet te worden opgesplitst in functies zoals dat normaal gesproken gebeurt in de thuiszorg. Daarnaast wordt het werkproces zo veel mogelijk geautomatiseerd waardoor medewerkers geen administratie hoeven te voeren. Hierdoor worden de kosten voor management en overhead zeer beperkt gehouden en is er meer tijd voor contact tussen de cliënt en de zorgverlener.

Omdat de cliënt centraal komt te staan en er meer tijd is voor de cliënt verwacht de zorgondernemer dat er voor de nieuwe organisatie draagvlak zal zijn bij cliënten en zorgverleners. Doordat de bedrijfsvoering efficiënt is verwacht de zorgondernemer dat er binnen korte tijd winst kan worden gemaakt. Daarnaast is de verwachting dat zorgverzekeraars graag bij deze thuiszorgorganisatie zullen contracteren doordat er meer kwaliteit in minder tijd kan worden geleverd.

Een venture capital fonds is geïnteresseerd in dit idee en investeert 1 miljoen euro. De investeerders verwachten dat deze nieuwe keten marktleider kan worden en dat binnen zes tot tien jaar de investering rendement zal opleveren.

BIJLAGE 3

Suggesties voor financieringsvormen van innovaties

Verschillende zorgaanbieders en financiers gaven in de interviews hun eigen ideeën over het financieren van innovaties in de zorg. Het ging hierbij zowel om meer algemene ‘aanbevelingen’ als om meer concreet uitgewerkte ideeën. De suggesties zijn hieronder opgenomen.

Percentage van het budget voor innovatie

Verschillende tweedelijnszorgaanbieders vinden dat een gedeelte van het budget, bijvoorbeeld twee procent, moet worden vrijgemaakt voor innovatie. Elke zorgaanbieder reserveert daarmee geld voor innovaties. Dit gebeurt nu in de cure met de lokale productiegebonden component, maar deze wordt in de toekomst afgeschaft. De zorgaanbieder moet wel verantwoording afleggen aan het ministerie of de zorgverzekeraar over de uitgaven van dit geoormerkte geld.

Rol zorgverzekeraars

Verschillende respondenten gaven aan dat zorgverzekeraars baat hebben bij de innovaties van zorgaanbieders. Daarom vinden zij het verstandig om de zorgverzekeraars een rol te geven bij het verstrekken van innovatiegelden bijvoorbeeld via innovatiefondsen of het verhogen van budget zodat geld kan worden vrijgemaakt voor innovaties.

Ook pleiten enkele respondenten ervoor om verzekeraars te stimuleren soepeler om te gaan met verzoeken tot betaling vooraf. Het feit dat zorgverleners zelf ‘voorschieten’ maakt dat er weinig ruimte overblijft om te investeren.

Eén respondent is voorstander van een vergaande samenwerking tussen zorgvoorzieningen en verzekeraars, naar voorbeeld van de Amerikaanse HMO’s. De budgetten van deze partijen worden dan geïntegreerd en investeringen en winsten worden evenredig verdeeld.

DBC+

Eén zorgaanbieder in de VV&T is van mening dat er een DBC+ moet komen voor topklinische zorg. In de GGZ of in academische ziekenhuizen wordt op bepaalde afdelingen topklinische zorg, zorg van een hoog niveau, geleverd. Deze zorg is aantoonbaar duurder dan reguliere zorg door bijvoorbeeld extra onderzoeksactiviteiten. Hiervoor zou men een hoger tarief moeten afspreken.

Innovatiefondsen conform ZonMw

Verschillende zorgaanbieders verwijzen naar ZonMw als een voorbeeld van het verdelen van geld voor onderzoek en innovatie. Ook voor andere innovatiegelden stellen zij zich een soort subsidie voor waarvoor het ministerie van VWS de thema's bepaalt. Dit kan het ministerie doen op basis van de bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Een respondent stelt in aanvulling hierop voor dat het ministerie zelf als risicodragend investeerder op zou kunnen treden. Hierbij zou een soort leenfaciliteit op rijksbrede schaal ontstaan. De respondent voorziet hierbij overigens wel juridische beperkingen (Europese regelgeving ten aanzien van staatssteun).

Prikkels om efficiënt te werken

Een aantal respondenten pleit voor het versterken van prikkels om efficiënter te werken, of in ieder geval het tegengaan van prikkels die tot inefficiënt werken kunnen leiden. Een aantal opmerkingen om de markt meer 'los te laten' is al opgenomen in de hoofdtekst van dit rapport.
In aanvulling daarop wordt voorgesteld om het Waarborgfonds op te heffen, omdat volgens een respondent de aanvragen voor dit fonds onvoldoende kritisch worden beoordeeld, waardoor de overheid het risico loopt en de markt niet werkt.
Andere respondenten pleiten voor een systeem waarbij gebruikers van innovatie geld krijgen van niet-gebruikers. Hiermee wordt 'beweging' beloont en stilstand bestraft. Hiermee wordt tegelijkertijd gestimuleerd dat innovaties in stand blijven en niet stranden op de ontwerptafel.

BIJLAGE 4

Geraadpleegde literatuur

Berwick D.M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA,* 289 (15): 1969-1975.

Desain. L., C. Koning, A. Houkes (2008). Eerste meting: eindevaluatie landelijk dementie programma. Regioplan Beleidsonderzoek/SEO Economisch Onderzoek, Amsterdam.

Ekkelboom J. (2006). Streven naar een volwassen cultuur. *Medisch Contact,* 13.

Kok L.M., C.M.E. Biermans, L.R. Groot e.a. (2005). Morgen zonder zorg(en)?, SEO Economisch Onderzoek, Amsterdam.

Koning C.C., R.F. Wiewel (2002). Implementeren van onderzoeksresultaten: daar is een andere pet voor nodig. *TSG,* 1: 68-70.

Koning C.C., R.F. Wiewel (2001). *Verkenning implementatiemogelijkheiden LASA/NESTOR onderzoek: een samenvatting.* Prismant, Utrecht.

Koopmans R., H. Schers (2008). Heel de oudere: echte innovatie van ouderenzorg vraagt om paradigmaverandering. *Medisch Contact,* 63(13): 558-561.

Mechelen, P. van (2006). Implementatie: de weg van de lange adem. Mediator, ZonMw. Den Haag.

Øvretveit J. P., P. Bate, S. Cleary, D. Cretin, e.a. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality & Safety in Healthcare*, 11: 345-351.

Øvretveit J. (2002). *Action evaluation of health programmes and change: a handbook for a user focued approach*. Oxford: Radcliff medical press.

Øvretveit J., D. Gustafson (2002) . Evaluation of quality improvement programmes. *Quality & Safety in Healthcare,* 11: 270-275.

Raad voor Volkgezondheid en Zorg (2005). *Van weten naar doen.* Den Haag.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.

Schuring R.W., W.H. van Harten (2004). Verspreiding van kennis verloopt moeizaam. *Medisch Contact,* 59 (22): 908 - 911.

Zandvliet J., J. van Kamme (2004). *Over de kunst van het implementeren*. ZonMw, Den Haag.