

INVESTEREN IN INNOVATIE: EEN VLEGWIEL NAAR MEER GEZONDHEID IN NEDERLAND

EEN OPROEP TOT MEER SAMENWERKING, REGIE
EN LANGETERMIJNDENKEN IN DE ZORG RONDOM
HART- EN VAATZIEKTEN

INVESTEREN IN INNOVATIE: EEN VLEGWIEL NAAR MEER GEZONDHEID IN NEDERLAND

EEN OPROEP TOT MEER SAMENWERKING, REGIE
EN LANGETERMIJNDENKEN IN DE ZORG RONDOM
HART- EN VAATZIEKTEN

COLOFON

De teksten in deze *whitepaper* zijn geschreven door Vintura i.s.m. Novartis en mede gebaseerd op interviews met stakeholders uit het veld. De persoonlijke interviews zijn uitgevoerd door Vintura.

Auteurs:
Casper Paardekooper, Vintura
Ilse Grasmeijer, Vintura
Wouter Bloem, Vintura

In samenwerking met:
Novartis Pharma B.V.

Vormgeving:
studio anne van geffen

Niets uit deze publicatie mag worden gereproduceerd, opgeslagen in een zoekstelsel of verzonden, in welke vorm en op welke manier dan ook, elektronisch, mechanisch, fotokopiëren, opnemen, scannen of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Vintura.

Copyright © 2024 Vintura

DEZE WHITEPAPER IS GESCHREVEN IN SAMENWERKING MET
STAKEHOLDERS UIT HET VELD. GRAAG BEDANKEN WE DE
VOLGENDE MENSEN VOOR HUN BIJDRAGE:

Mw. Annemiek Verkamman	Managing Director, HollandBio
Mw. Arianne van Lavieren	Expert digitale zorg Zorgverzekeraars Nederland binnen DigiZo.nu
Prof. dr. Fabrice Martens	Hoogleraar preventieve cardiologie Amsterdam UMC en onderzoeker achter de klinische implementatiestudie GOLDEN
Prof. dr. Frank Visseren	Hoogleraar vasculaire geneeskunde UMCU en mede-ontwikkelaar U-Prevent
Dhr. Hans Schikan	Top Team Member Top Sector Life Sciences & Health, Health Holland
Dr. Joan Meeder	Cardioloog VieCuri MC en voormalig president NVVC
Prof. dr. Xander Koolman	Hoogleraar gezondheidseconomie Vrije Universiteit Amsterdam

INHOUD

1	DE AMBITIES VOOR DE TOEKOMST VAN ZORG IN NEDERLAND ZIJN GROOT – DE UITDAGINGEN OOK	6
1.1.	Specifieke aandacht voor de twee grote ‘volksziekten’, waarvan in deze whitepaper hart- en vaatziekten	8
2	EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM ZORGT VOOR IMPACTVOLLE INNOVATIES	10
2.1.	Voorbeelden van innovatie binnen de hart- en vaatziekten met impact op patiënt, systeem en maatschappij	13
3	ER ZIJN VERSCHILLENDE RANDVOORWAARDEN VOOR SUCCESVOLLE IMPLEMENTATIE VAN INNOVATIES IN HET NEDERLANDSE ZORGLANDSCHAP	14
3.1.	Kijk naar het end-to-end innovatieproces en neem hierbij de verschillende perspectieven mee	14
3.2.	Beschouw onderling vertrouwen als essentieel onderdeel voor de voortgang van innovaties	16
3.3.	Stel concrete doelen en borg centrale regie om innovatie te stimuleren en het vrijblijvende karakter te verminderen	17
3.4.	Verleg de focus van (het behandelen van) ziekte naar gezondheid	18
3.5.	Geef innovatie de tijd én prioriteit om zich te ontwikkelen en het verbeterpotentieel binnen de hart- en vaatziekten te benutten	19
4	VIER INNOVATIEVE VOORBEELDEN BINNEN DE HART- EN VAATZIEKTEN, MET MOGELIJKHEDEN MAAR OOK UITDAGINGEN	20
4.1	Uitdagingen bij de implementatie van U-Prevent, ondanks significante gezondheidswinst	20
4.2	Langetermijndenken en ‘first-time-right’ handelen (GOLDEN-studie) binnen de hart- en vaatziekten is essentieel om echt gezondheidswinst te behalen	21
4.3	Stimuleren in plaats van belemmeren: een succesvol implementatiesysteem voor innovatie voorkomt dat ideeën onbenut blijven	23
4.4	Verschillende pilots in population health management tonen aan dat het starten van een pilot vaak wel lukt, de uitdaging zit vervolgens bij de opschaling	24
5	HET IS VAN BELANG NU DE REGIE TE NEMEN MET EEN LANGETERMIJNVISIE EN TE INVESTEREN IN EEN GOED INNOVATIEKLIMAAT, ZODAT WE AMBITIES VAN DE TOEKOMST WAAR KUNNEN MAKEN	26
6	OPROEP: LATEN WE EEN AANTAL CONCRETE VRAAGSTUKKEN SAMEN OPPAKKEN	28
	BIJLAGE: CASESTUDIES	31

VOORWOORD

De ambities voor de toekomst van de zorg zijn groot: in 2019 heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met diverse veldpartijen ambitieuze doelstellingen gesteld ten aanzien van de zorg van de toekomst. Deze doelstellingen zijn onlangs herbevestigd en sluiten anno nu nog steeds aan bij de beleidsdoelen uit de regeerakkoorden en programma’s van VWS. Het hoofddoel op de middellange termijn stelt dat Nederlanders in 2040 tenminste vijf jaar langer in goede gezondheid kunnen leven en de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30% zijn gedaald.¹

Tegelijkertijd staat de zorgsector de komende jaren voor grote uitdagingen. De zorgvraag zal complexer worden en verder stijgen, zowel door technologische ontwikkeling als door vergrijzing van de bevolking. Dit terwijl de verwachting is dat het tekort aan arbeidskrachten in de zorg steeds nijpender wordt. Hierdoor is het de vraag of de kwaliteit van zorg in de toekomst nog kan worden gewaarborgd. Nederland heeft in het verleden bewezen significante problemen grootschalig aan te durven pakken: denk aan de Deltawerken, de transitie naar de verzorgingsstaat, het aanleggen van grootschalige infrastructuur, zoals de Betuweroute of de energietransitie.

Deze *whitepaper* is tot stand gekomen vanuit het besef dat de genoemde opgave en het behalen van de ambitie een dergelijke (disruptieve) aanpak vereist. Er liggen kansen om deze transformatie te bewerkstelligen onder andere door te investeren in een innovatief ecosysteem, met aandacht voor bepalende domeinen zoals het inzichtelijk maken van de impact van medische innovaties, het verbeteren van de toegang tot innovaties en het verbeteren van het systeem rondom innovaties om daarmee implementatie te versnellen en inzet te optimaliseren.

In de praktijk blijkt dat in de transformatiefase kansen vaak nog onvoldoende worden benut. Daarnaast mist er eenduidige ambitie, durf en regie als het gaat om het benutten en optimaal inzetten van medische innovatie. Dit doet de vraag rijzen: is de huidige koers toereikend om de gestelde ambities te behalen en tegelijkertijd rekening te houden met de uitdagingen die er zijn? Naast deskresearch is er middels een aantal interviews met stakeholders uit het veld opgehaald hoe zij tegen dit vraagstuk aan kijken. In deze *whitepaper* komen deze en een aantal vervolgvragen nader aan bod en doen we een aantal suggesties voor accentwijzigingen in de koers, zodat er in gezamenlijkheid onder de streep meer impact wordt gegenereerd met medische innovatie.



JAN GÜSE – HEAD OF PUBLIC AFFAIRS, NOVARTIS NEDERLAND
CASPER PAARDEKOOPE – PARTNER, VINTURA

DE AMBITIES VOOR DE TOEKOMST VAN ZORG IN NEDERLAND ZIJN GROOT – DE UITDAGINGEN OOK

Nederland staat voor grote uitdagingen in de zorg: de zorgvraag stijgt en wordt bovendien steeds complexer. Daarnaast zorgen nieuwe technieken en behandelmogelijkheden ervoor dat er steeds meer kan, wat maakt dat de maatschappelijke verwachting ten aanzien van de geleverde zorg verandert. Daartegenover staat dat door de vergrijzing de arbeidsproductiviteit in algemene zin daalt en daarmee ook het tekort aan zorgmedewerkers steeds verder oploopt.

Tegelijkertijd heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), op verzoek van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat (EZK), in 2019 een aantal missies opgesteld ten aanzien van Gezondheid & Zorg. Hierbij is als gemeenschappelijk doel voor 2040 geformuleerd om de levensduur te verlengen en de gezondheidsverschillen te verkleinen.¹ Deze missies zijn ambitieus en sluiten anno nu nog steeds aan bij de beleidsdoelen uit de akkoorden en programma’s van VWS.



Aan de ene kant zijn er urgente uitdagingen zoals de groeiende zorgvraag en de vergrijzing, welke in razend tempo op ons afkomen. Aan de andere kant zijn er langetermijnambities, zoals de doelstellingen voor het jaar 2040, welke mogelijk minder urgent voelen aangezien we hier als samenleving (op dit moment nog) minder mee geconfronteerd worden. Deze doelstellingen zijn des te belangrijker om de zorg voor de langere termijn ook goed te organiseren, zowel op het niveau van patiënt, zorgsysteem en maatschappij.

Als het om aandacht en visieontwikkeling gaat, lijkt de balans tussen het oplossen van de urgente uitdagingen op korte en middellange termijn en het investeren in de middellange- en langeretermijn-doelstellingen niet in evenwicht. Bovendien lijkt het alsof de gestelde ambities voor de langere termijn en verwachte uitdagingen voor de kortere termijn tegenstrijdig met elkaar zijn. Terwijl het juist noodzakelijk is om beide belangen tegelijkertijd te dienen – ze kunnen elkaar zelfs versterken. Dat is het geval wanneer we de zorg efficiënter, gericht en meer op maat maken. Innovaties kunnen hierbij een grote rol spelen en zowel voor de korte- als lange termijn als oplossing dienen.

De Nederlandse overheid richt zich met het IZA op het betaalbaar en toegankelijk houden van de zorg. Dat is uiteraard een zeer nastrevenswaardig

doel, maar richt zich met name op de korte- en middellange termijn door te focussen op schaarste van middelen en de betaalbaarheid ervan. De langere termijn – met daarbij het zo gericht mogelijk, effectief en efficiënt inrichten van de zorg – krijgt daarbij te weinig aandacht. Voor zowel de korte-, middellange- als lange termijn kunnen innovaties in de zorg juist een grote bijdrage leveren. Daar zullen wij in dit *whitepaper* nader op ingaan.

1.1 SPECIFIEKE AANDACHT VOOR DE TWEE GROTE ‘VOLKSZIEKTEN’, WAARVAN IN DEZE WHITEPAPER HART- EN VAATZIEKTEN

In samenwerking met Novartis en uiteenlopende partijen uit het werkveld heeft Vintura twee whitepapers opgesteld. Deze whitepapers zijn uitdrukkelijk bedoeld als uitnodiging richting stakeholders in het brede veld om verder mee te denken over zowel voorwaarden als benodigdheden om de zorgvraag en de maatschappelijke verwachting bij gezondheid in de toekomst te kunnen blijven beantwoorden.

In beide whitepapers wordt de focus gelegd op twee grote ziektegroepen, namelijk hart- en vaatziekten en oncologie. Dit zijn twee ziektebeelden met grote maatschappelijke impact waar in de loop der jaren qua medische wetenschap, diagnostiek

en behandelmogelijkheden veel vooruitgang is geboekt, maar er ook nog altijd ruimte is voor verdere verbetering. Bovendien zijn dit ziektebeelden in Nederland met een forse belasting op de gezondheidszorg en maatschappij en een grote impact op levens van mensen: één op de twee mensen komt te overlijden aan kanker of hart- en vaatziekten.⁴

Deze whitepaper richt zich specifiek op de zorg rondom hart- en vaatziekten. We spreken over medische innovatie in de brede zin van het woord. Dat wil zeggen, het kan zowel gaan om innovatieve behandelingen of therapieën, om medische technologie, diagnostiek en inzet van AI (en al dan niet een gecombineerde inzet daarvan), maar ook nieuwe vormen van financiering, samenwerking en organisatie van zorg.

Het verwijst naar de implementatie van nieuwe ideeën, methoden en technologieën die de kwaliteit en zorguitkomsten kunnen verbeteren.

Terwijl grote ziektebeelden zoals hart- en vaatziekten gebaat zijn bij langetermijndenken met een grote rol voor preventie en innovatie, belemmeren kortetermijndenken en een focus op kostenbeheersing op dit moment deze ontwikkelingen. Willen we de gestelde doelen en ambities in 2040 halen, dan moeten we nu de juiste keuzes maken en de regie nemen: *hoe kunnen we op de lange termijn daadwerkelijk de zorg voor hart- en vaatziekten transformeren en verbeteren? En hoe kunnen we de uitdagingen op korte termijn en de ambities op de lange termijn samenbrengen en elkaar laten versterken?*

HART- EN VAATZIEKTEN IN NEDERLAND

Hart- en vaatziekten (HVZ) vormt de op één na grootste doodsoorzaak in Nederland: in 2022 was het verantwoordelijk voor 23% van de sterftegevallen.⁵ Hier is een trendbreuk te zien; sinds 2020 is er weer een toename in sterfte te zien in absolute aantallen.⁶ De verwachting is dat dit in de toekomst verder zal stijgen vanwege de vergrijzing en een toename van obesitas (van 50% nu, naar 62% over 20 jaar). Preventie zal een nog grotere rol gaan spelen in het voorkomen van HVZ: 65,5% van de sterftegevallen kan hierdoor voorkomen worden.⁷

1,7 MILJOEN

Nederlanders leven op dit moment met een HVZ⁵

39.000

mensen overleden in 2022 aan HVZ, 103 per dag⁵

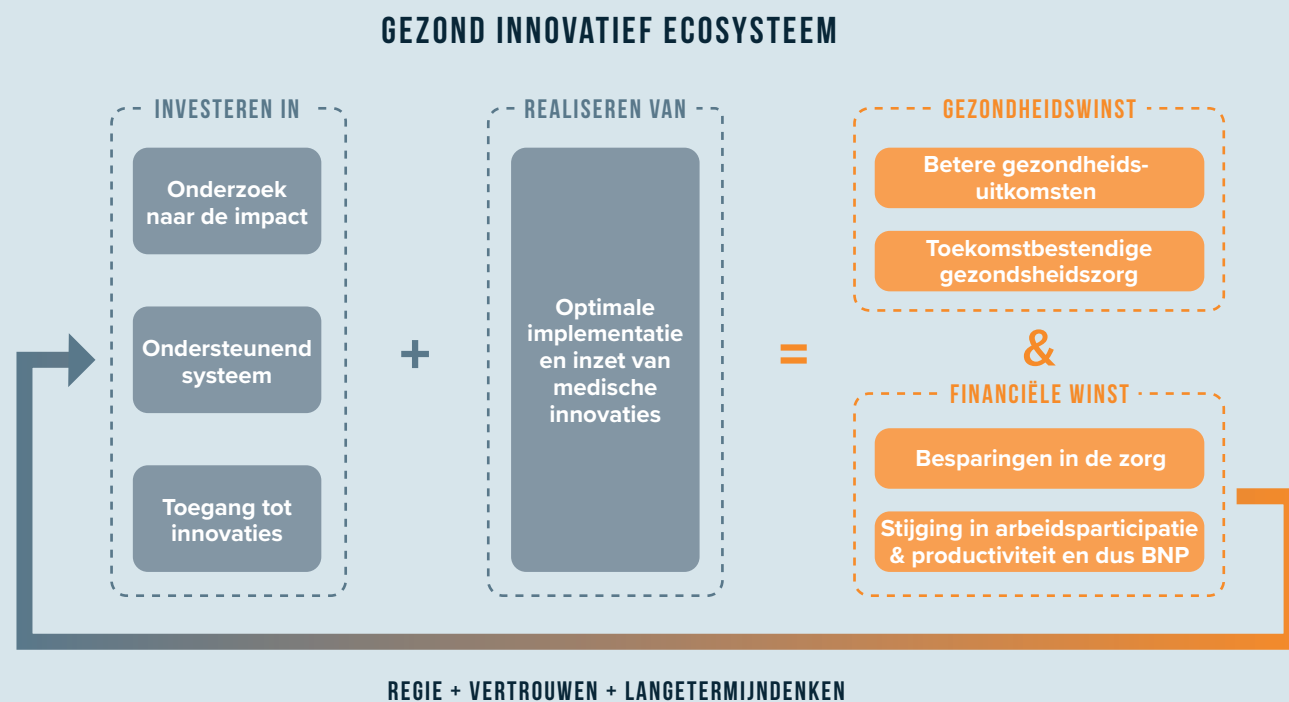
In Nederland sterft **1 OP DE 5** mensen door een HVZ⁵

2 OP DE 3

gevallen kunnen voorkomen worden door juiste preventie⁷

EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM ZORGT VOOR IMPACTVOLLE INNOVATIES

Medische innovatie heeft de potentie om bij te dragen aan het efficiënter en slimmer organiseren van de zorg rondom hart- en vaatziekten en de uitkomsten voor patiënt, systeem en maatschappij te verbeteren. Daarmee kan innovatie positief bijdragen aan de zorg van de toekomst. Echter, het goed laten landen en inzetten van medische innovaties gaat niet vanzelf. Om de potentie van een innovatie optimaal en duurzaam te laten renderen, is een goed werkend innovatief ecosysteem een belangrijke voorwaarde, welke we middels onderstaand figuur hebben weergegeven.



Regie, vertrouwen en langetermijndenken als fundament voor een gezond innovatief ecosysteem

We stellen dat regie, vertrouwen en langetermijndenken het fundament zijn voor een gezond innovatief ecosysteem. Regie zodat initiatieven tot bloei komen, verder kunnen schalen en inzet wordt gestimuleerd. Vertrouwen moet ervoor zorgen dat de samenwerking beter tot stand komt en partijen elkaar als volwaardige partner beschouwen en elkaars perspectief en agenda kunnen begrijpen. Langetermijndenken zorgt ervoor dat we niet enkel kijken naar de hedendaagse uitdagingen, maar ook toekomstbestendige zorg voor over 20-30 jaar kunnen garanderen.

Publiek-private samenwerkingen kunnen hier een rol in spelen. Het is dan wel van belang om elkaars agenda te snappen, elkaar te vertrouwen en uiteindelijk meerwaarde te creëren voor zowel patiënt, zorgsysteem als maatschappij.

De twee belangrijkste factoren voor het creëren van maatschappelijke impact: (i) Investeren in innovatie en (ii) optimale implementatie en inzet van innovatie

Wat betreft investeren in innovatie, zijn er drie domeinen waarbinnen het cruciaal is om te investeren:

1

ONDERZOEK NAAR DE IMPACT

Hieronder valt het genereren van de bewijslast, waaronder het genereren van (*real-world evidence*) data, een data infrastructuur en (klinisch) onderzoek om de juiste inzichten te creëren. Na de implementatie dient de impact gemonitord te worden om zo de innovatie gericht in te zetten. Essentieel hierbij is dat partijen vertrouwen hebben dat het generen van de bewijslast zorgvuldig en transparant gebeurt en gedeeld kan worden.

2

TOEGANG TOT INNOVATIES

Hieronder valt het beschikbaar stellen van een innovatie, zowel het toetreden tot de markt als het voorschrijfproces en het vergoeden van de innovatie bij gebruik. Belangrijk is dat de mechanismen die de toegang tot innovaties reguleren elkaar hierbij niet tegenwerken en er van het begin af aan oog is voor uiteindelijke toegang en het gebruik. Punt 1 (onderzoek naar de impact) en punt 2 (toegang tot innovaties) zouden dan ook naast elkaar moeten bestaan.

3 ONDERSTEUNEND ECOSYSTEEM

Hieronder valt alles wat er nog meer nodig is, zodat de innovatie ‘past’ binnen het zorgsysteem. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het beantwoorden van vragen die leven in de maatschappij en als randvoorwaarden gelden tijdens de introductie of aan benodigde veranderingen in het zorgpad. Maar ook aan een passend juridisch kader en consistent beleid over de departementen heen.

Daarnaast geldt dat er voldoende aandacht moet zijn voor de optimale inzet en implementatie van een innovatie. Dit betekent niet ‘on top of’, maar vraagt vaak om een daadwerkelijke transformatie van de huidige werkwijze of organisatie van het zorgpad. Alleen dan zorgt het voor de gewenste impact. De randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie van een innovatie lichten we toe in hoofdstuk 3.

Met gezondheidswinst en financiële winst voor patiënt, systeem en maatschappij als resultaat

Op het moment dat bovengenoemde factoren aanwezig zijn, zijn we in staat om innovaties beter bij de patiënt te brengen. Hierdoor creëren we gezondheidswinst (passend bij de langetermijnambities) en positief financieel rendement voor de maatschappij. Deze financiële winst kan vervolgens zorgen voor het aanwakkeren van nieuwe innovaties: middels deze winst zijn partijen in staat om risicodragende investeringen te doen voor nieuwe innovaties. Hiermee zorgt het ervoor dat het systeem in beweging blijft en nieuwe ideeën de kans krijgen zich te ontplooiën tot impactvolle innovaties.

Vanuit de invalshoek van dit model, is er gezocht naar passende voorbeelden vanuit hart- en vaatziekten. Dit zijn voorbeelden van het toepassen van innovatie in de breedste zin van het woord. Ze zijn in het verleden succesvol gebleken, dan wel momenteel in ontwikkeling. Alle voorbeelden omschrijven valkuilen of geleerde lessen die belangrijk zijn voor een impactvolle innovatie. Deze recente voorbeelden staan benoemd in hoofdstuk 4.

2.1 VOORBEELDEN VAN INNOVATIE BINNEN DE HART- EN VAATZIEKTEN MET IMPACT OP PATIËNT, SYSTEEM EN MAATSCHAPPIJ

Binnen de hart- en vaatziekten zijn er de laatste decennia verschillende innovaties geweest die grote invloed hebben gehad op de gezondheidszorg van nu. Hiermee is grote gezondheidswinst behaald: onder andere op het terrein van betere diagnostiek en behandeling van de acute aandoening. Dat in combinatie met vooruitgang in de farmacologische therapie, verbeterd risicofactor-management en het toegenomen collectieve bewustzijn over gezondheid hebben collectief geleid tot een sterke daling van het aantal sterfgevallen door hart- en vaatziekten in de laatste decennia.⁸

Een goed voorbeeld van innovatie uit het verleden is de cardiothoracale chirurgie met minimale invasieve interventie. Met deze manier van opereren worden kleinere incisies gemaakt dan bij ‘traditionele’ chirurgie en wordt de operatie verricht door middel van een ingebrachte camera. Op deze manier kunnen hartkleppen gerepareerd of vervangen worden, met lagere risico’s op complicaties. Daarnaast zijn er voordelen zoals minder pijn en sneller herstel voor de patiënt en lagere operatiekosten. Deze innovatie heeft een grote impact gehad op patiënt en maatschappij, met gezondheidswinst als resultaat.⁹

Andere belangrijke voorbeelden zijn onder andere de trombolyse, de introductie van bètablokkers en statines. Deze doorbraken hebben een sterke invloed gehad op de toegenomen overleving door effectief de risico’s op een acuut cardiovasculair event (zoals beroerte of hartinfarct) te verkleinen. Dit heeft wereldwijd positieve effecten gehad op de gezondheid van mensen en daarmee bijgedragen aan een betere kwaliteit van leven voor de patiënt, maar ook aan het zorgsysteem en de maatschappij.¹⁰

ER ZIJN VERSCHILLENDE RANDVOORWAARDEN VOOR SUCCESSVOLLE IMPLEMENTATIE VAN INNOVATIES IN HET NEDERLANDSE ZORGLANDSCHAP

Ondanks de potentie om bij te dragen aan de uitdagingen én ambities, lukt het nog niet om de gehoopte impact te maken met innovaties. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) publiceerde in 2022 een advies over de ‘kunst van het innoveren’. Hierin concludeerden zij dat er voor succesvolle implementatie van innovatie nog verschillende belemmeringen zijn, onder andere op het gebied van samenwerking, onderling vertrouwen, duidelijke regie en verdienmodellen die innovatie stimuleren.¹¹

Via interviews ondervroegen we verschillende stakeholders die zich bezighouden met innovatie in het Nederlandse zorglandschap. We vroegen hen naar hun visie op innovaties en de belemmeringen van implementatie. Uit deze interviews zijn een aantal randvoorwaarden naar voren gekomen welke essentieel zijn voor een succesvolle inzet en doorontwikkeling van innovaties binnen het zorglandschap en specifiek binnen de hart- en vaatziekten.

3.1 KIJK NAAR HET END-TO-END INNOVATIEPROCES EN NEEM HIERBIJ DE VERSCHILLENDE PERSPECTIEVEN MEE

Nederland is succesvol in het aanjagen van academisch onderzoek en geeft daarmee veel aandacht aan onderzoek in een ‘vroeg stadium’- de academie. Nederland behoort niet voor niets tot de kopgroep van innovatieleiders¹². De aansluiting op het verdere ontwikkelproces, het stadium waarbij de innovatie op grote schaal in de markt wordt gezet en de investering van eerder wordt terugverdiend, krijgt niet de focus en aandacht die het nodig heeft om het systeem als geheel (*end-to-end*) te laten werken. Zo duurt het in Nederland in vergelijking tot andere Europese landen relatief lang voordat innovatieve en effectieve diagnostische en behandelmethoden breed toegankelijk zijn voor mensen met kanker.¹³ Dit geldt voor zowel de vergoeding, als voor het voorschrijven van medicatie. Voldoende aandacht voor een goed implementatieproces is essentieel om de uitdagingen van de toekomst op te lossen. Bovendien moeten we ons er als samenleving van bewust zijn dat de beleidskeuzes die we maken, consequenties hebben voor de doorlooptijd van het toelatingsproces.

Implementatie van innovatie is complex door de vele belangen en perspectieven die betrokken zijn bij het implementatieproces. Volgens de geïnterviewden spreken we van een ‘quadrupel helix’ wanneer we het hebben over de verschillende perspectieven die we in ogenschouw moeten nemen tijdens de implementatie van een innovatie:

1

Perspectief van de academie en kennisinstellingen, met als doel om fundamenteel onderzoek te doen en dit breed toegankelijk te maken middels impact voor de maatschappij.

2

Perspectief van het bedrijfsleven, met als doel om impact in de praktijk te genereren, investeringen terug te verdienen, om zo uiteindelijk opnieuw te investeren in innovatie;

3

Perspectief van de overheid, met als doel om goed voor burgers te zorgen en processen hierin zoveel mogelijk te faciliteren. Zij spelen daarmee gedurende het hele innovatieproces een belangrijke faciliterende rol, zowel aan het begin als aan het eind van de innovatiecyclus;

4

Perspectief van behandelaar (en ook maatschappelijke organisaties), met als doel om specifieke belangen te behartigen, waaronder de meest optimale zorg voor de patiënt.

3.2 BESCHOUW ONDERLING VERTROUWEN ALS ESSENTIEEL ONDERDEEL VOOR DE VOORTGANG VAN INNOVATIES

Begrip voor elkaars belangen en vertrouwen in de andere partij is cruciaal om impactvolle innovatie te laten slagen. En juist daar is het binnen het Nederlandse zorgstelsel waar het wringt, volgens verschillende betrokkenen. Er heerst een zekere mate van wederzijds wantrouwen. Dit is enerzijds wantrouwen vanuit zorgaanbieders, kennisinstellingen en de overheid richting de industrie, de innovaties die zij brengt en het innovatiemodel wat dit faciliteert. Dit zien we terug in de verschillende (emotionele) debatten die in het publieke en politieke domein worden gevoerd, waarbij feitelijke waarheden soms minder op waarde worden geschat dan emotionele argumenten. Dit staat een constructieve discussie in de weg.

Uit de interviews blijkt dat het wantrouwen van het zorgsysteem en -instituten richting de private sector wederzijds is. Twee factoren die hierin meespelen zijn de vele wisselingen van functies van belangrijke stakeholders en de complexiteit van het Nederlandse systeem. Het is van belang elkaar continu uit te leggen hoe het systeem in elkaar zit en wat eenieders belangen zijn.

In 2022 heeft de Adviesraad Internationale Vraagstukken (AIV) een rapport uitgebracht over industriepolitiek in Nederland.¹⁴ Hierin wordt aangegeven dat Nederland in beweging moet komen op gebied van industriebeleid, wil het de concurrentiepositie behouden en de problemen van de toekomst oplossen. Dit kan onder andere door totaalpakketten voor te stellen om bedrijven aan te trekken. Dit vertaalt zich uiteindelijk in betere uitkomsten voor patiënten.



“Het zal in gezamenlijkheid moeten gebeuren; innovatie is een transformatie waarin je alle partijen moet meenemen en iedereen z’n steentje moet bijdragen.”

ARIANNE VAN LAVIEREN – EXPERT DIGITALE ZORG ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND (ZN) BINNEN DIGIZO.NU

3.3 STEL CONCRETE DOELEN EN BORG CENTRALE REGIE OM INNOVATIE TE STIMULEREN EN HET VRIJBLIJVENDE KARAKTER TE VERMINDEREN

Specifiek voor de vergoeding van geneesmiddelen, wordt Duitsland vaak gezien als voorbeeld. De mindset vanuit de overheid en andere partijen in het zorgsysteem verschilt ten opzichte van de Nederlandse mindset: het uitgangspunt is om innovatie het voordeel van de twijfel te geven en ervan uit te gaan dat deze na de uitgebreide onderzoeksfase goed en betrouwbaar zal zijn, tenzij in de praktijk het tegendeel bewezen wordt.

Dit vanuit de gedachte dat hiermee een betere uitkomst voor de patiënt behaald wordt, omdat innovaties eerder beschikbaar zijn en de dataverzameling voor de onderbouwing ook mogelijk is in de praktijk.¹⁵ In Nederland is de primaire focus vaak het besparen van kosten om de zorg houdbaar en betaalbaar te houden. Dit leidt er doorgaans toe dat innovaties niet altijd tijdig de praktijk bereiken of helemaal achter in de lijn een plaats krijgen.

Vanuit de geïnterviewden kwam naar voren dat innovatie minder vrijblijvend mag. Effectieve en snelle implementatie zou gestimuleerd moeten worden door de juiste incentives en op moment dat instellingen niet de gewenste vooruitgang maken, zouden regelgeving en gestelde deadlines als extra stimulans kunnen dienen. Zo zouden succesvolle innovatieve projecten meer centraal moeten worden geïmplementeerd. Delen van het zorgaanbod in Nederland zijn zo gefragmenteerd, dat de schaal waarop zorg geleverd wordt relatief klein is om een positieve business case te realiseren.



“Er heerst een idee dat Nederland erg goed is in publiek-private samenwerking. Toch is er nog veel wantrouwen over en weer. Meer openheid en waardering voor ieders rol, expertise, doelen en verwachtingen is essentieel om te excelleren.”

ANNEMIEK VERKAMMAN - MANAGING DIRECTOR, HOLLANDBIO



“We zouden meer aandacht moeten besteden aan het definiëren van de stip op de horizon: een langetermijn-doelstelling voor een bepaald ziektebeeld, waarbij we ook omschrijven wat we van innovaties mogen verwachten en wat er nodig is om tot de gewenste impact te komen.”

HANS SCHIKAN – TOP TEAM MEMBER TOP SECTOR LIFE SCIENCES & HEALTH, HEALTH HOLLAND

Beleidskeuzes zijn veelal reactief in plaats van proactief. Daarbij bestaat vaak onduidelijkheid over wie de regie pakt ten aanzien van aanbevelingen afkomstig uit onderzoeksrapporten. De angst om foute keuzes te maken is groot. Niets doen lijkt de minst schadelijke optie. Meer regie betekent overigens niet meer regelgeving. Uit de interviews komt naar voren dat het belangrijk is om altijd kritisch te blijven op de regelgeving en geformuleerd beleid.

3.4 VERLEG DE FOCUS VAN (HET BEHANDELEN VAN) ZIEKTE NAAR GEZONDHEID

Het huidige zorgstelsel is gebouwd op financiële prikkels voor het behandelen van ziekte, niet zozeer op het behalen van gezondheidswinst en het voorkomen van ziekte. De volume-gedreven bekostiging zorgt ervoor dat een vermindering van zorg soms negatief uitpakt voor de zorginstelling of zorgverlener.

Daarnaast kunnen de baten van een innovatie in een andere pot vallen dan waar de kosten zitten (‘silo budgetten’). Bovendien worden brede opbrengsten doorgaans niet gemeten. Een innovatief verdienmodel verkleint de risico’s en vergroot de aantrekkelijkheid om te investeren vergroot. VWS is wat betreft de geïnterviewden juist de partij die hierin het voortouw kan en mag nemen en overkoepelend kan kijken hoe het stakeholders kan ondersteunen.

De interpretatie van termen als ‘waardegedreven’ en ‘doelmatige’ zorg worden vaak enkel toegespitst op kostenbeheersing – wat is kwalitatief goede zorg voor een patiënt tegen de laagst mogelijke prijs? Betaalbare zorg is een goed en valide streven, maar is niet per definitie gelijk aan de meest optimale vorm van zorg welke leidt tot het beste effect voor 1) patiënt, 2) zorgsysteem en 3) de maatschappij. Die holistische benadering biedt meer ruimte tot innovatie en zorgt uiteindelijk voor een beter effect op de langere termijn voor alle bovengenoemde perspectieven.

3.5 GEEF INNOVATIE DE TIJD ÉN PRIORITEIT OM ZICH TE ONTWIKKELEN EN HET VERBETERPOTENTIEEL BINNEN DE HART- EN VAATZIEKTEN TE BENUTTEN

Hart- en vaatziekten vormen nog steeds een grote belasting op de Nederlandse zorg, waarvan de impact in de toekomst nog verder zal stijgen door vergrijzing en overgewicht. Gezien de huidige cijfers (1 op de 5 mensen in Nederland sterft door hart- en vaatziekten, terwijl 2 op de 3 gevallen voorkomen kan worden⁷) is het duidelijk dat hier nog veel gezondheidswinst te behalen valt. Hart- en vaatziekten is immers een ziektebeeld dat draait om *risicoverkleining*. Als je in staat bent om voor de populatie de risico’s op een event te verkleinen, verlaagt het aantal patiënten op de langere termijn. Het besef van deze mogelijke effecten op de lange termijn lijkt echter niet altijd aanwezig te zijn bij partijen in het veld zoals financiers en overheden.

Bij het includeren van medische innovaties in het vergoede pakket, is de kosten-baten analyse op dit moment vaak nog beperkt. Er wordt veel gekeken naar uitkomsten op geaggregeerd patiëntniveau, terwijl voordelen die innovaties opleveren voor het zorgsysteem en de maatschappij hierin minder of nagenoeg niet worden meegenomen. Een bredere kijk waarbij deze baten ook zijn meegenomen, leidt ertoe dat meer innovaties met grote maatschappelijke baten succesvol bij de patiënt terechtkomen en er onder de streep meer gezondheidswinst behaald wordt.



“Door vooral te focussen op kortetermijnresultaten, in plaats van langetermijnresultaten, loopt het Nederlandse zorgsysteem het risico ‘penny wise, pound foolish’ te zijn.”

PROF. DR. FABRICE MARTENS – HOGLERAAR PREVENTIEVE CARDIOLOGIE AMSTERDAM UMC
EN ONDERZOEKER ACHTER DE KLINISCHE IMPLEMENTATIESTUDIE GOLDEN

VIER INNOVATIEVE VOORBEELDEN BINNEN DE HART- EN VAATZIEKTEN, MET MOGELIJKHEDEN MAAR OOK UITDAGINGEN

Als we kijken naar een aantal recente voorbeelden van medische innovaties in het zorglandschap, zien we dat innovatie op de juiste manier geprioriteerd, kan bijdragen aan gezondheidswinst op korte en lange termijn. Bij het selecteren van deze voorbeelden is gekeken naar een mix van verschillende type innovaties (bijv. digitale innovaties, geneesmiddelen of procesinnovaties), die één of meerdere domeinen uit het model onderschrijven en in staat zijn geweest om het ecosysteem daarmee in beweging te krijgen.

4.1 UITDAGINGEN BIJ DE IMPLEMENTATIE VAN U-PREVENT, ONDANKS SIGNIFICANTE GEZONDHEIDSWINST

Preventie is een van de belangrijkste manieren om gezondheidswinst te realiseren bij hart- en vaatziekten. U-Prevent ondersteunt zorgverleners en patiënten hierbij door interactieve rekenmodellen aan te bieden die cardiovasculaire risico's berekenen en de effecten van behandelingen op individuele patiënten voorspellen. Deze tool maakt het mogelijk om de optimale medicatie voor elke patiënt te bepalen, met als doel om een cardiovasculair event te voorkomen op basis van de unieke eigenschappen van de patiënt.

Met een innovatie als U-Prevent kunnen patiënten persoonlijker en doeltreffender behandeld worden, wat ook kosteneffectiever is dan de benadering gebaseerd op 'one size fits all'. Dit leidt tot 1) een betere behandeling voor de patiënt, 2) meer gezondheidswinst door effectief, efficiënt en kosteneffectieve verlaging van het risico op een (recidief) cardiovasculair event, 3) doelmatige inzet van medicatie en 4) betrokkenheid van patiënten. Uiteindelijk leidt dit tot een toekomstbestendiger zorgsysteem. U-Prevent is bewezen (kosten)effectief en wordt inmiddels al veel gebruikt in de klinische en huisartspraktijk en is opgenomen in medische richtlijnen (o.a. CVRM 2024 richtlijn, ESC 2021 Prevention Guidelines).

De technologie is dus veelbelovend – potentieel ook voor andere ziektebeelden. Echter, het blijkt nog lastig om de innovatie in voldoende mate in de behandelkamer te krijgen. Volgens prof. dr. Frank Visseren, hoogleraar vasculaire geneeskunde en mede-ontwikkelaar van U-Prevent, wordt de technologie goed ontvangen, maar loopt de implementatie nog langzaam door strenge wet- en regelgeving rondom patiëntdata en door de Medical Device Regulation. Dit soort (Europese) wet- en regelgeving is logisch, maar maakt (snelle) implementatie en doorontwikkeling wel een langdurig, ingewikkeld en kostbaar proces.



“(Financiële) ondersteuning voor ontwikkeling en uitbreiding van dergelijke AI oplossingen in de zorg is essentieel voor succes. Als het bij U-Prevent al lastig is, zal dat voor soortgelijke innovaties ook zeker gelden.”

PROF. DR. FRANK VISSEREN – HOGLERAAR VASCULAIRE GENEESKUNDE UMCU
EN MEDE-ONTWIKKELAAR U-PREVENT

Er is geen (grote) centrale partij die ondersteuning biedt tijdens de implementatie en omgang met dergelijke wet- en regelgeving. U-Prevent kan zorg verderop in de keten voorkomen, maar de inzet en daarmee de kosten voor de inzet van het model liggen bij het ziekenhuis of huisartspraktijk dat het model gebruikt (implementatie en abonnement).

Om dit soort innovaties, die een procesoptimalisatie bewerkstelligen, verder op de markt te brengen, moet gewerkt worden aan een ondersteunend ecosysteem. Een betere samenwerking tussen overheid, zorgverzekeraars, industrie en zorgverleners, helpt voor het creëren van een duidelijke visie rondom de financiering van innovatie. Hiervoor moeten we over budget silo's heen kijken. Uiteindelijk zal de investering zich uitbetalen in significante gezondheidswinst en een toekomstbestendiger zorgsysteem, zoals U-Prevent nu al laat zien op kleinere schaal.

4.2 LANGETERMIJNDENKEN EN 'FIRST-TIME-RIGHT' HANDELEN (GOLDEN-STUDIE) BINNEN DE HART- EN VAATZIEKTEN IS ESSENTIEEL OM ECHT GEZONDHEIDSWINST TE BEHALEN

De studie 'GOLDEN' (Guided Optimisation of Long-term Disease Reduction in Secondary Prevention of CVD) is een klinische implementatiestudie waarin een *first-time-right* strategie vergeleken wordt met de traditionele incrementele strategie voor preventieve hart- en vaatziekten medicatie. Deze studie onderzoekt of de first-time-right strategie meer gezondheidswinst oplevert en onder de streep kosten-effectiever is in vergelijking met de huidige strategie.

Nadat een patiënt een cardiovasculair event heeft gehad, zoals bijvoorbeeld bij een acuut coronair syndroom, vindt er een *teachable moment* plaats: het moment waarop de patiënt het meest gevoelig is om adviezen over leefstijlverbetering en de noodzaak van bepaalde medicatie te accepteren. Bij de huidige strategie ligt de focus echter op het optimaliseren van de medicatie voor cardiovasculair risicomanagement in de *loop van de tijd*. Dit leidt er veelal toe dat er stapsgewijs extra medicatie toegevoegd wordt, waardoor de patiënt niet beloond wordt voor het verbeteren van de leefstijl en medicatietrouw zijn. Bij de *first-time-right* strategie worden vanaf het begin alle door de ESC-richtlijn^a aanbevolen medicamenteuze mogelijkheden aangeboden, op geïndividualiseerde wijze. Vervolgens kan deze medicatie eventueel afgebouwd worden, waardoor patiënten beloond worden voor goed gedrag rondom leefstijl en medicatietrouw zijn. Deze intrinsieke stimulans helpt de risico's op cardiovasculaire events te verlagen.

Volgens prof. dr. Fabrice Martens, hoogleraar preventieve cardiologie aan het Amsterdam UMC en één van de onderzoekers achter de GOLDEN studie, blijkt dat er binnen de Nederlandse zorg voor hart- en vaatziekten nog veel kortetermijndenken heerst. Hier zijn eerder in deze whitepaper al enkele voorbeelden van genoemd. Zorgaanbieders en financiers kijken soms nog sceptisch naar implementatiestudies. Dit komt mede door het (vaak) ontbreken van een dubbel geblindeerde, gerandomiseerde methode bij implementatiestudies. Hierdoor is het lastig om financiering bij elkaar te krijgen en een studie uit te voeren.

Hieruit blijkt dat er nog veel focus ligt op korte termijnbesparingen, in plaats van op lange termijn gezondheidswinst. Het is belangrijk om de patiënt op één te blijven zetten en scherp te blijven kijken: hoe kunnen we ons geld op zo'n manier besteden dat de gezondheidswinst (voor patiënt, maar ook voor zorgsysteem en maatschappij) uiteindelijk het grootst is? Sterke financiële prikkels en strenge controles hebben hier vaak een nadelig effect op.



“Het huidige systeem is gebouwd op het behandelen van ziekte in plaats van gezondheid en wordt beheerst door financiële prikkels en controles; hierdoor staat de patiënt niet op één.”

PROF. DR. FABRICE MARTENS – HOOGLERAAR PREVENTIEVE CARDIOLOGIE AMSTERDAM UMC
EN ONDERZOEKER ACHTER DE KLINISCHE IMPLEMENTATIESTUDIE GOLDEN

4.3 STIMULEREN IN PLAATS VAN BELEMMEREN: EEN SUCCESVOL IMPLEMENTATIESYSTEEM VOOR INNOVATIE VOORKOMT DAT IDEEËN ONBENUT BLIJVEN

Binnen de hart- en vaatziekten zijn er uit de afgelopen jaren voorbeelden van nieuw geïntroduceerde middelen waarbij implementatie en toegang langzaam verlopen en pas laat bij de patiënt komen. Een specifiek voorbeeld was een nieuw soort medicijn dat binnen de hart- en vaatziekten geïntroduceerd dat niet binnen de gebruikelijke classificaties viel. Hierdoor was de evaluatie en implementatie van dit medicijn een lang en ingewikkeld proces, terwijl er goede bewijslast aanwezig was. De criteria voor toegang van nieuwe medicijnen waren toen nog niet scherp en eenduidig: voor sommige ziektebeelden waren de criteria liberaler dan voor andere en de criteria lieten veel ruimte voor discussie, wat kon leiden tot subjectiviteit. Ook was de administratielast erg groot.

Dr. Joan Meeder, cardioloog en voormalig president van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), geeft aan dat een dergelijke innovatie laat zien wat het belang is van een goed werkend systeem rondom de evaluatie van innovatie. Dit kwam in bovenstaande voorbeeld terug in twee facetten: 1) scherpe toelatingscriteria, 2) lage administratielast.

De laatste jaren zijn deze twee punten verbeterd, en is er ook meer aandacht gekomen voor het evalueren en implementeren van bestaande en nieuwe vormen van zorg. Iets wat onder andere toe te schrijven is aan de start van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG). In dit programma houden tien verschillende partijen zich bezig met zorgevaluatie (waaronder ZIN, VWS, FMS en wetenschappelijke verenigingen). Vanwege dit programma en de gesprekken die daar gevoerd worden, is het makkelijker om de verbinding te zoeken en onderling vertrouwen te creëren. Hierdoor werden introductietrajecten duidelijker en wordt er scherper gekeken naar de barrières die toelatingscriteria en uitgebreide administratie brengen voor bijvoorbeeld medicijnen.

Volgens dr. Joan Meeder zijn we er echter nog niet. Twee huidige innovatietrajecten, de CLEAR-CAD trial en de Urgent 2.0 trial, hebben de potentie om vroegdiagnostiek van HVZ sterk te verbeteren. Met deze innovaties kan sneller worden vastgesteld of een persoon bij pijn op de borst daadwerkelijk leidt aan hart- en vaatziekten of niet. Hierdoor hoeven minder patiënten opgenomen te worden in het ziekenhuis – iets waar de patiënt bij gebaat is en veel kosten bespaart. In de praktijk blijkt het echter erg lastig om de financiering van deze evaluatietrajecten rond te krijgen, waardoor deze innovaties de patiënt nog niet bereiken.



“In de ideale situatie wordt er meer structureel gestimuleerd dat innovaties goed geëvalueerd en geïmplementeerd worden. Nu wordt er nog te veel met de kaasschaaf gewerkt, wat op de lange termijn grote nadelen heeft.”

DR. JOAN MEEDER – CARDIOLOOG EN VOORMALIG PRESIDENT NVVC

4.4 VERSCHILLENDE PILOTS IN POPULATION HEALTH MANAGEMENT TONEN AAN DAT HET STARTEN VAN EEN PILOT VAAK WEL LUKT, DE UITDAGING ZIT VERVOLGENS BIJ DE OPSCHALING

In Nederland bestaat momenteel geen landelijke aanpak voor vroegtijdige detectie van hart- en vaatziekten zoals bijv. met borstkanker middels het bevolkingsonderzoek. Veel mensen ervaren geen duidelijke symptomen en weten daarom niet dat ze een aandoening hebben. Wanneer dit niet in een vroeg stadium wordt ontdekt en behandeld, kan het leiden tot ernstige complicaties zoals een beroerte of hartinfarct. Er zijn de laatste jaren goede stappen gezet, zoals het opstellen van richtlijnen en het preventieakkoord, echter gebeurt dit momenteel nog niet vanuit één gecoördineerd punt.

In Nederland en daarbuiten lopen verschillende pilots en initiatieven gericht op het opsporen van hart- en vaatziekten en het verbeteren van het cardiovasculair risicomanagement (CVRM), waarbij gebruik wordt gemaakt van een zogeheten *population health management* benadering. Dit houdt in dat zorgverleners in samenwerking met andere stakeholders zoals academia, private partijen, verzekeraars en gemeenten, data en technologie inzetten om op populatieniveau gezondheidsrisico's vroegtijdig te identificeren en preventieve maatregelen te nemen voor specifieke risicogroepen. In Nederland zijn dit veelal regionale pilots uitgevoerd op ziekenhuisbreed niveau. De uitdaging is om dit soort initiatieven meer structureel en op uniforme wijze in te passen in het zorgpad. Bovendien vormt het rondkrijgen van de financiering vaak een uitdaging, aangezien dit soort initiatieven een aandoening opsporen waarvoor een patiënt tot op heden nog niet behandeld werd.

Oftewel, er werden op dit moment (nog) geen kosten gemaakt voor het behandelen van deze aandoening. Financiering van een dergelijk initiatief lijkt dan vooral geld te kosten – hoewel er met het vroegtijdig opsporen op langere termijn weldegelijk zwaardere vormen van zorg voorkomen kunnen worden.

Een concreet voorbeeld van hoe zo'n opgeschaalde aanpak kan werken, is de implementatie van een middel om cholesterol te controleren en management op hart- en vaatziekten te optimaliseren in het Verenigd Koninkrijk. Dit middel wordt getest in een pilot onder 300.000 mensen, om te kijken wat de bredere effecten zijn voor de populatie. Het Britse gezondheidssysteem kijkt hierbij dus juist naar de langetermijnvoordelen voor de patiënt, systeem en de maatschappij in plaats van enkel naar de korte termijn, financiële effecten. De kosten gaan voor de baten uit. Ondanks het feit dat in Nederland het zorgsysteem anders is georganiseerd dan in het VK, zijn er wellicht lessen te leren door deze benadering: door meer focus te leggen op winst voor het zorgsysteem en de maatschappij, zijn de langetermijnresultaten, ook financieel, beter.

Ook in Nederland worden middels consortia brede pilots opgezet. Zo is het programma Check@Home, een initiatief van de Hartstichting, de Nierstichting, het Diabetes Fonds, en de Dutch CardioVascular Alliance (DCVA), gestart met thuistesten voor het vroegtijdig opsporen van chronische aandoeningen. Tijdens deze pilot worden 160.000 mensen uitgenodigd mee te doen met het onderzoek. Het uiteindelijke doel van Check@Home is om dergelijke thuismeting voor iedereen beschikbaar te stellen.

Echter is dit nu veelal op eigen initiatief van instellingen die iets in dit zorggebied willen betekenen. Het opstellen van een breed nationaal hart- en vaatziekten plan kan helpen dit op te pakken en de juiste prioriteit te geven. Hierbij kan er voort worden geborduurd op de hart- en vaatagenda die de Hartstichting recent heeft opgesteld en waarin het de 7 uitdagingen van hart- en vaatziekten omschrijft.¹⁶ Daarmee ligt er een eerste goede aanzet tot een gezamenlijke agenda, hetgeen helpt om initiatieven te selecteren die landelijk ingezet gaan worden. Dit helpt de fragmentatie in het land te verminderen en goede initiatieven samen te brengen.



“Zorgaanbieders en zorgverzekeraars mogen wat vaker ‘proudly copied from’ gebruiken; kijk naar anderen, hoe zij innovatie/digitalisering aanpakken en neem dat over in plaats van op elke plek het wiel zelf uit te vinden.”

ARIANNE VAN LAVIEREN – EXPERT DIGITALE ZORG ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND (ZN) BINNEN DIGIZO.NU

HET IS VAN BELANG NU DE REGIE TE NEMEN MET EEN LANGETERMIJNVISIE EN TE INVESTEREN IN EEN GOED INNOVATIEKLIMAAT, ZODAT WE AMBITIES VAN DE TOEKOMST WAAR KUNNEN MAKEN

Wanneer we kijken naar het investeren in medische innovaties en de optimale implementatie en inzet, concluderen we in dit whitepaper een aantal belangrijke randvoorwaarden om innovaties tot bloei te laten komen:

- A** Kijk naar het *end-to-end* innovatieproces en neem hierbij de verschillende perspectieven mee
- B** Beschouw onderling vertrouwen als essentieel onderdeel voor de voortgang van innovaties
- C** Stel concrete doelen en borg centrale regie om innovatie te stimuleren en het vrijblijvende karakter te verminderen. Centrale coördinatie op een datastructuur helpt bij het onderbouwen van innovaties.
- D** Verleg de focus van (het behandelen van) ziekte naar gezondheid
- E** Geef innovatie de tijd én prioriteit om zicht te ontwikkelen en het verbeterpotentieel binnen de hart- en vaatzorg te benutten

De aangehaalde case studies laten zien dat samenwerken, regie, vertrouwen en langetermijndenken het fundament zijn voor een gezond innovatief ecosysteem en nog lang niet altijd vanzelfsprekend zijn. Regie mag minder vrijblijvend en juist als stimulans voor de inzet van innovatie. Wederzijds vertrouwen kan leiden tot een oplossing die gunstig is voor alle partijen in een systeem. Dat helpt ook om in een samenwerking verschillende perspectieven te borgen. Langetermijnambities zorgen ervoor dat we niet enkel focussen op de hedendaagse problematiek, maar ook gezamenlijk werken aan de uitdagingen van morgen.

Het gegeven ‘private partijen in een publiek veld’ is een uitdagende, zo niet complicerende factor. Dit kan op voorhand leiden tot onbegrip en wantrouwen. Echter roepen we via dit *whitepaper* op dit gegeven juist te omarmen: als private en publieke partijen hebben we elkaar namelijk hard nodig in het zorglandschap. Daarbij is het een gegeven dat je als private partij ook andere belangen te behartigen hebt. Immers, het investeren in risicovolle trajecten en het aantrekken van benodigd kapitaal kent een prijs en komt niet vanzelf.

5 HET IS VAN BELANG NU DE REGIE TE NEMEN MET EEN LANGETERMIJNVISIE EN TE INVESTEREN IN EEN GOED INNOVATIEKLIMAAT, ZODAT WE AMBITIES VAN DE TOEKOMST WAAR KUNNEN MAKEN

Maar wanneer het innovatiemodel daarin leidend is en winsten terugvloeien in toekomstige R&D, zorgen we met z’n allen dat het vliegwiel blijft draaien en we op een duurzame manier innovatie inzetten voor de toekomst.

De opbrengst van een innovatie moet daarbij vanuit een breder perspectief beredeneerd worden: de waarde voor patiënt, het zorgsysteem en de maatschappij. Hoewel budgetten vaak in silo’s zijn gealloceerd, liggen de opbrengsten voor de maatschappij vaak elders. We zouden overkoepelend moeten kijken naar de opbrengsten voor de maatschappij en hier vervolgens ook overkoepelende budgetten aan moeten alloceren. Dit vraagt ook dat we beter in kaart brengen wat deze brede opbrengsten voor patiënt, systeem en maatschappij zijn.

OPROEP: LATEN WE EEN AANTAL CONCRETE VRAAGSTUKKEN SAMEN OPPAKKEN

Om het vliegwiel van innovatie te laten draaien zullen we met alle partijen in het veld aan de slag moeten. Dit vraagt een investering in wederzijds begrip en vertrouwen, iets wat – gezien de inzichten uit de interviews – nog niet altijd voldoende aanwezig is. De oproep om ‘meer samen te werken’ zal dan ook gauw op niets uitmonden als er niet aan het onderliggende begrip en vertrouwen gewerkt wordt.

Laat deze *whitepaper* daarom als uitnodiging dienen om met elkaar in gesprek te gaan en in een aantal werkgroepen of vervolgtafels concreet te kijken naar hoe we deze samenwerking verder kunnen vormgeven. Vragen die voortkomen uit deze *whitepaper* en voordehand liggen om gezamenlijk te bekijken, zijn onder andere:

ROL VAN INNOVATIE

- Wat is het punt op de horizon voor verdere verbetering van hart- en vaatzorg en wat zou de rol van medische innovatie in brede zin daarbij kunnen c.q. moeten zijn?
- Wat is er nodig om met elkaar in beweging te komen richting een innovatief ecosysteem?
- Moeten we medische innovatie zien als financiële tegenvaller of als ‘enabler’? Wat is er nodig om dat te bewerkstelligen?

BREDE KIJK OP INNOVATIE

- Hoe nemen we de langetermijn-opbrengsten in gezondheid en financiële waarde mee in de waardering van medische innovaties?
- Hoe kunnen we het denken en handelen in een meer *end-to-end* keten versterken? Hoe sluiten we de werelden van onderzoek in de academie en het R&D proces van grote bedrijven beter op elkaar aan?
- Welke plaats neemt valorisatie in het ontwikkelproces proces in? Hoe kunnen we de eisen die (later) aan de industrie worden gesteld al meenemen in het onderzoek in de academie?

VERSCHILLENDE SPELERS IN HET VELD

- Wat kan ‘jouw’ organisatie betekenen voor het zorglandschap wanneer we het hebben over regie, vertrouwen en langetermijndenken? Wat mag je van de ander verwachten?
- Hoe voorkomen we dat het wantrouwen dat er heerst, de overhand heeft wanneer we praten over een innovatief ecosysteem?
- Hoe vinden we elkaar als we steeds verder uit elkaar groeien, samenwerken steeds lastiger gemaakt wordt (bijv. op congressen) en visie- of beleids gesprekken worden afgehouden?

BIJLAGE – CASESTUDIES

In deze bijlage staan de algemene inzichten, geleerde lessen en relaties tot het model omschreven. Deze casestudies staan ook benoemt in hoofdstuk 4.

UITDAGINGEN BIJ IMPLEMENTATIE U-PREVENT, ONDANKS SIGNIFICANTE GEZONDHEIDSWINST

KORTE OMSCHRIJVING	GELEERDE LESSEN		TAKE-AWAYS VOOR EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM
• U-prevent biedt interactieve rekenmodellen die HVZ risico-calculatoren berekenen • Ook voorspelt het op basis van persoonlijke karakteristieken welke HVZ medicatie het beste zal werken • Hiermee wordt het risico op een (recidief) cardiovasculair event sterk verlaagd	UITDAGINGEN • Strengere wet- en regelgeving rondom patiëntdata leidt tot een langzame implementatie van U-Prevent • Hier komt ook een financiële last bij kijken, waar ondersteuning voor nodig is	KANSEN • Er zijn veel positieve reacties op U-Prevent: mensen staan open voor dergelijke technologieën • U-Prevent biedt een mogelijkheid tot een sterke efficiëntieslag in de zorg, dat houdt een belofte voor de toekomst	• Het systeem rondom innovatie, incl. wet- en regelgeving, moet ondersteunend zijn en innovatie niet tegenhouden; als dit niet mogelijk is, is er extra ondersteuning nodig • Een betere samenwerking tussen partijen in het veld helpt voor het creëren van een duidelijke visie rondom de financiering van innovatie • U-Prevent heeft de potentie om te leiden tot grote gezondheidswinst en (maatschappelijke) financiële winst door de betere en persoonlijke behandeling van patiënten

STIMULEREN IN PLAATS VAN BELEMMEREN: EEN SUCCESVOL IMPLEMENTATIESYSTEEM VOOR INNOVATIE VOORKOMT DAT IDEEËN ONBENUT BLIJVEN

KORTE OMSCHRIJVING	GELEERDE LESSEN		TAKE-AWAYS VOOR EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM
• Een nieuw geïntroduceerd medicijn viel buiten de bestaande classificaties, waardoor toegang langzaam en complex verliep; terwijl aan bewijslast geen gebrek was • Twee andere innovaties met goede bewijslast worden nu nog niet ingezet, doordat evaluatie en de financiering hiervan moeizaam verlopen	UITDAGINGEN • Dit medicijn laat zien dat toelatingscriteria en administratielast de implementatie van innovatie tegen kunnen houden, waardoor deze pas langzaam bij de patiënt terecht komt • Het vinden van geschikte financiering voor evaluatie is hier ook een factor in: dit kan implementatie tegenhouden	KANSEN • Samenwerkingen zoals het ZE&GG¹⁷ helpen bij het aanpassen van het systeem om innovaties wel snel bij de patiënt te krijgen • Een stap die hier nog gemaakt kan worden, is de extra aandacht naar financiering om evaluatietrajecten te starten	• Een ondersteunend systeem moet aanwezig zijn rondom innovatie: als het systeem (toelatingscriteria, administratielast, geschikte financieringsmogelijkheden) implementatie belemmert, staat dat gezondheidswinst in de weg • Blijkt deze barrières goed weg te kunnen nemen; dit is in het verleden al gebleken en kan verder helpen in de toekomst

DE GOLDEN STUDIE LAAT ZIEN DAT LANGETERMIJNDENKEN BINNEN HART- EN VAATZIEKTEN ESSENTIEEL IS OM GEZONDHEIDSWINST TE BEHALEN

KORTE OMSCHRIJVING	GELEERDE LESSEN		TAKE-AWAYS VOOR EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM
• In GOLDEN wordt onderzocht of een richtlijn-gebaseerde ‘first-time-right’ strategie net zo goed, of beter werkt dan de huidige incrementele aanpak • Het risico op een cardiovasculair event wordt mogelijk verkleind door eerder de meest effectieve medicatie te geven, in plaats van te starten met de goedkopere medicatie	UITDAGINGEN • Er wordt nog sceptisch gekeken naar klinische implementatie-studies zoals GOLDEN; dit is een symptoom van kortetermijndenken binnen de HVZ zorg • Hierdoor is het vinden van financiering lastig gebleken	KANSEN • Studies als GOLDEN hebben de potentie om efficiëntieslagen en verbeteringen in de zorg door te voeren; meer aandacht naar dergelijke studies zal helpen om een gezond zorgsysteem te creëren	• Investeren in implementatiestudies is essentieel om verbeterlagen te maken binnen de zorg; hier is een lange termijn visie voor nodig om de potentiële winst te zien • Hiervoor is het belangrijk om de patiënt op 1 te zetten en geld zo te besteden dat de gezondheidswinst uiteindelijk het grootst is; sterke financiële prikkels en strenge controles hebben hier vaak een nadelig effect op, hierdoor wordt de patiënt niet altijd op 1 gezet

VERSCHILLENDE PILOTS IN POPULATION HEALTH MANAGEMENT TONEN AAN DAT HET STARTEN VAN EEN PILOT VAAK WEL LUKT, DE UITDAGING ZIT VERVOLGENS BIJ DE OPSCHALING

KORTE OMSCHRIJVING	GELEERDE LESSEN		TAKE-AWAYS VOOR EEN GEZOND INNOVATIEF ECOSYSTEEM
• <i>Population health management</i>, of vroegtijdige opsporing van ziekten op populatie niveau, leidt tot het voorkomen van een grote ziektelast op de lange termijn • In Nederland zijn er veelal regionale pilots op ziekenhuis niveau; terwijl het VK laat zien dat dit ook grootschaliger kan, daar is een pilot bezig met 300.000 mensen	UITDAGINGEN • Pilots worden in Nederland vaak klein gestart. Dit maakt het lastig schaalvoordelen te creëren en de bredere impact te bepalen • Bovendien blijkt het vinden van de financiering voor deze pilots een uitdaging, aangezien de impact elders en in een latere fase pas duidelijk wordt	KANSEN • Er zijn de laatste jaren goede stappen gezet met het harmoniseren van richtlijnen en preventieakkoorden. Nu ligt er een kans om dit verder te schalen en door te pakken naar een gezamenlijke Hart- en Vaatagenda	• Door meer focus te leggen op winst voor het zorgsysteem en de maatschappij, zijn de langetermijn-resultaten, ook financieel, beter • Dit zouden we ook in het achterhoofd moeten houden bij het opstarten van pilots: op kleine schaal bereikt een pilot nooit de impact die je zou willen, geef het de kans om tot brede inzet te komen en meet daarin de bredere impact voor de samenleving • Het opstellen van een gezamenlijke agenda helpt om naar de lange termijn te kijken en een aantal uitdagingen centraal op te pakken. Dit helpt fragmentatie tegen te gaan en initiatieven samen te brengen

REFERENTIES

1.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Missies Gezondheid & Zorg 2024–2027, Gezondheid & Zorg - Missiedocument (2019)

2.

FNV: FNV Zorg & Welzijn slaat alarm: Nieuwe cijfers wijzen op dreigend zorginfarct (2023) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.fnv.nl/nieuwsbericht/sectornieuws/zorg-welzijn/2023/12/fnv-zorg-welzijn-slaat-alarm-nieuwe-cijfers-wijzen>

3.

NRC: Spoedafdelingen hebben duizenden ‘stops’ per jaar vanwege de drukte (2022) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.nrc.nl/nieuws/2022/12/06/als-de-verpleegkundigen-rennen-de-kamers-vollopen-en-nieuwe-patienten-wachten-gaat-de-spoedeisende-hulp-dicht-a4150591>

4.

CBS: Ontwikkelingen in sterfte in 2020 en 2021 (2022) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021/6-sterfte-naar-doodsoorzaak>

5.

Hartstichting: Cijfers hart- en vaatziekten (2022) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.hartstichting.nl/hart-en-vaatziekten/cijfers-hart-en-vaatziekten>

6.

Hartstichting: Zorgelijke trendbreuk: stijging sterfte door hart- en vaatziekten (2023) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.hartstichting.nl/nieuws/zorgelijke-trendbreuk-stijging-sterfte-door-hart-en-vaatziekten>

7.

London School of Economics and Political Science (LSE) (2023). Trends in avoidable mortality from cardiovascular diseases in the European Union, 1995–2020: a retrospective secondary data analysis [internet]. Beschikbaar vanaf: [https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762\(24\)00246-1/fulltext#:~:text=From%20its%20peak%20in%201995,however%20gaps%20continue%20to%20persist.](https://www.thelancet.com/journals/lanepi/article/PIIS2666-7762(24)00246-1/fulltext#:~:text=From%20its%20peak%20in%201995,however%20gaps%20continue%20to%20persist.)

8.

CBS: Sterfte en levensverwachting in de 21ste eeuw: waarom veranderde de trend rond 2012? (2020) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/sterfte-en-levensverwachting-in-de-21ste-eeuw-waarom-veranderde-de-trend-rond-2012-?onepage=true>

9.

OLVG: Minimaal invasieve hartoperatie aan de mitralisklep en tricuspidalisklep: repareren of vervangen hartkleppen. [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.olvg.nl/medische-informatie/minimaal-invasieve-hartoperatie-aan-de-mitralisklep-en-tricuspidalisklep/>

10.

Kuijpers, P.M.J.C. (2021) History in Medicine The Story of Cholesterol, Lipids and Cardiology. e-Journal of Cardiology Practice, page 19.

11.

Raad Volksgezondheid & Samenleving: De kunst van het innoveren (2022) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.raadvr.nl/documenten/publicaties/2022/06/27/kunst-van-het-innoveren>

12.

European Commission: European Innovation Scoreboard (2024) [internet]. Beschikbaar vanaf: https://research-and-innovation.ec.europa.eu/statistics/performance-indicators/european-innovation-scoreboard_en

13.

Vintura: whitepaper Every day counts (2020) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.vintura.com/news/white-paper-every-day-counts/>

14.

Adviesraad Internationale Vraagstukken: Slimme Industriepolitiek: een opdracht voor Nederland en de EU (2022) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.adviesraadinternationalevraagstukken.nl/documenten/publicaties/2022/03/18/slimme-industriepolitiek>

15.

Vereniging voor Innovatieve Geneesmiddelen: Noodkreet: stop de innovatieklimaatcrisis (2024) [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.vereniginginnovatievegeneesmiddelen.nl/actueel/noodkreet-sloop-van-innovatieklimaat-dreigt>

16.

Hartstichting: Dit zijn de 7 uitdagingen van de hart- en vaatagenda [internet]. Beschikbaar vanaf: <https://www.hartstichting.nl/wetenschappelijk-onderzoek/hart-en-vaat-agenda>

17.

<https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/>

a.

ESC: European Society of Cardiology



Vintura

Casper Paardekooper

Partner

cpaardekooper@vintura.com



Novartis

Jan Güse

Head of Public Affairs

jan.guse@novartis.com