Algemene Rekenkamer

Zorg op afstand

Een innovatie in de langdurige zorg

2009

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2008–2009

31 967 Zorg op afstand

Nr. 1 **BRIEF VAN DE ALGEMENE REKENKAMER**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 11 juni 2009

Hierbij bieden wij u het op 5 juni 2009 door ons vastgestelde rapport «Zorg op afstand. Een innovatie in de langdurige zorg» aan.

Algemene Rekenkamer

drs. Saskia J. Stuiveling,
president

dr. Ellen M.A. van Schoten RA,
secretaris

KST130782A
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2008

Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2008–2009

31 967 Zorg op afstand

Nr. 2 **RAPPORT**

Een innovatie in de langdurige zorg

Inhoud

Deel 1: Conclusies, aanbevelingen en bestuurlijke reacties		**00**
1	**Over dit onderzoek**	**00**
1.1	Aanleiding	00
1.2	Vraagstelling en opzet	00
1.3	Context	00
1.3.1	Definitie van zorg op afstand	00
1.3.2	Verspreiding van zorg op afstand	00
2	**Conclusies en aanbevelingen**	**00**
2.1	Onvoldoende innovatieprikkels in zorgstelsel	00
2.2	Onzekerheid in financiering innovaties	00
2.2.1	Tijdelijke financiering	00
2.2.2	Structurele financiering	00
2.3	Overige belemmeringen	00
2.3.1	Belemmeringen door wet- en regelgeving	00
2.3.2	Standaarden voor ICT-toepassingen onvoldoende beschikbaar	00
2.3.3	Soms nog onvoldoende draagvlak bij cliënten, zorgverleners en bestuurders	00
3	**Bestuurlijke reacties en nawoord Algemene Rekenkamer**	**00**
3.1	Reactie staatssecretaris van VWS	00
3.2	Reactie bestuur van ZonMw	00
3.3	Reactie Raad van Bestuur van de NZa	00
3.4	Reactie Raad van Bestuur van het CVZ	00
3.5	Nawoord Algemene Rekenkamer	00
3.5.1	Nawoord bij de reactie van de staatssecretaris van VWS	00
3.5.2	Nawoord bij de reactie van ZonMw	00
3.5.3	Nawoord bij de reactie van de NZa	00
3.5.4	Nawoord bij de reactie van het CVZ	00
Bijlage	**Overzicht van conclusies, aanbevelingen en toezeggingen**	**00**

Deel 2: onderzoeksbevindingen		**00**
1	**Inleiding**	**00**
1.1	Achtergrond	00
1.2	Onderzoek Algemene Rekenkamer	00
1.2.1	Zorg op afstand in de langdurige zorg	00
1.3	Beleidsaanpak van de minister	00
1.3.1	Verantwoordelijkheden minister	00
1.3.2	Beleidsambities en instrumenten van het ministerie	00
1.3.3	Uitvoeringsinstellingen	00
1.4	Leeswijzer	00
2	**Prikkels in het stelsel**	**00**
2.1	Inleiding	00
2.2	Prikkels om te innoveren	00
2.2.1	Patiënten en patiëntenorganisaties	00
2.2.2	Zorgaanbieders	00
2.2.3	Zorgkantoren	00
2.3	Prikkels voor de verspreiding	00
2.3.1	Zorgaanbieders	00
2.3.2	ZorgOnderzoek Nederland	00
2.3.3	De platforms	00
3	**Continuïteit van de financiering**	**00**
3.1	Inleiding	00
3.2	Tijdelijke financiering van pilotprojecten	00
3.2.1	Tijdelijke financiering door rijksoverheid en EU	00
3.2.2	Onderbesteding van innovatiegeld	00
3.3	Financiering voor de langere termijn	00
3.3.1	Verantwoordelijkheid voor financiering van zorg op afstand	00
3.3.2	Toelating tot het verzekerde pakket	00
3.3.3	ZorgInnovatieWijzer	00

KST130782B
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2008

4	**Andere belemmeringen**	**00**
4.1	Inleiding	00
4.2	Wet- en regelgeving	00
4.3	Standaarden voor ICT-toepassingen	00
4.4	Draagvlak bij cliënten, zorgverleners en bestuurders	00
Bijlage 1	**Afkortingen**	**00**
Bijlage 2	**Methodologische verantwoording**	**00**
	Literatuur	**00**

DEEL 1: CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN BESTUURLIJKE REACTIES

1 OVER DIT ONDERZOEK

1.1 Aanleiding

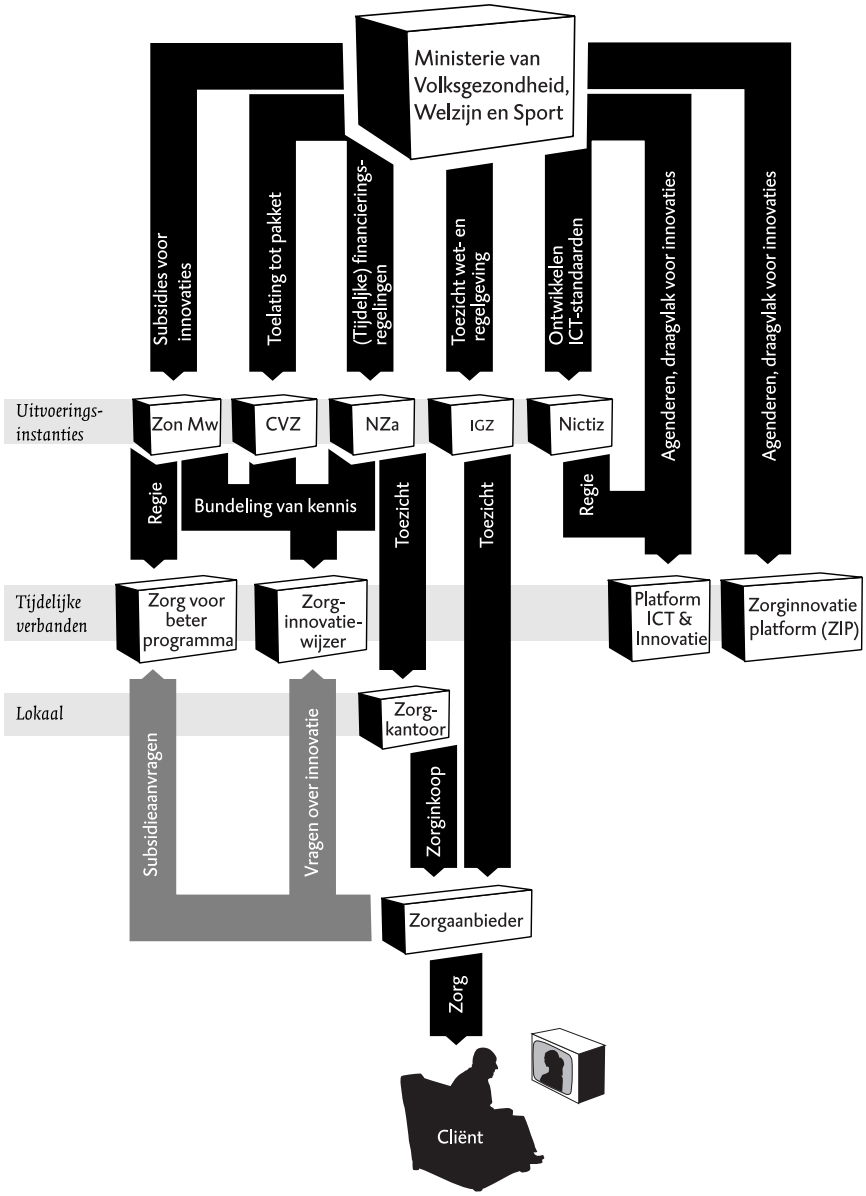
De Algemene Rekenkamer heeft onderzoek gedaan naar belemmeringen in de verspreiding van zorginnovaties. Zo'n zorginnovatie kan variëren van de invoering van een nieuw medicijn of behandelmethode tot de mogelijkheid om via communicatietechnologie medische zorg aan mensen thuis te verlenen. Aanleiding voor dit onderzoek is het advies uit 2005 van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hierin stelt de raad dat zorginnovaties zich langzamer verspreiden dan wenselijk is.[1] Het zorgstelsel blijkt onvoldoende prikkels te hebben om innovaties daadwerkelijk over te nemen. De overheid zou volgens de RVZ zorgaanbieders die gebruik maken van bewezen zorginnovaties moeten belonen en achterblijvers beboeten. Daarnaast dient de overheid belemmeringen voor investeren in zorginnovaties weg te nemen. Zo ontbreekt structurele financiering voor zorgverbeteringen en komen de baten van innovaties vaak niet terecht bij de investerende partij, maar bij een andere partij, zoals de overheid.
Deze knelpunten kwamen ook al uit eerdere onderzoeken naar voren.[2] De RVZ verwachtte dat concurrentie in de zorg het daadwerkelijk benutten van bewezen innovaties zou stimuleren.

Omdat de knelpunten onvoldoende opgelost lijken te zijn, hebben we onderzocht wat de minister van VWS sinds 2005 heeft gedaan om de knelpunten weg te nemen.
Hieronder gaan we in op de vraagstelling en opzet (§ 1.2) en de context (§ 1.3) van het onderzoek. In hoofdstuk 2 staan onze conclusies en aanbevelingen en in hoofdstuk 3 de reactie van de minister en de staatssecretaris van VWS, de raden van bestuur van de ZorgOnderzoek Nederland Medische wetenschappen (ZonMw), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en ons nawoord. Deel II bevat de bevindingen waarop de conclusies en aanbevelingen zijn gebaseerd.

[1] RVZ (2005a). *Van weten naar doen.* Zoetermeer: RVZ.
[2] RGO (2002), *Knarsende schakels,* ICM werkgroep (2005), *Tot zorg geprikkeld. Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg.* Voor zorg op afstand gaat het om: EPN (2000), *Telezorg in aanbouw.* RVZ (2002), *E-health in zicht* en CVZ (2004), *ICT in de zorg.*

In onderstaande figuur is een overzicht gegeven van alle betrokken partijen bij zorg op afstand.

Figuur 1 **Zorg op afstand: van beleid tot cliënt**



1.2 Vraagstelling en opzet

We hebben onderzocht of de minister en staatssecretaris van VWS voldoende hebben gedaan om volgens hen veelbelovende zorginnovaties breder te verspreiden. Zij zijn namelijk gezamenlijk verantwoordelijk voor het innovatiebeleid in de langdurige zorg. De minister voor het algemene innovatiebeleid, de staatssecretaris voor de langdurige zorg.

Verspreiding van zorginnovaties is echter een breed onderwerp om te onderzoeken. We hebben de inspanningen van de minister en staatssecretaris getoetst aan de hand van één vorm van zorginnovatie: de ontwik-

keling van zorg op afstand. Er is gekozen voor zorg op afstand omdat zij alle aspecten omvat die de verspreiding van zorginnovaties belemmeren.

We hebben in dit onderzoek alleen de verspreiding van zorg op afstand onderzocht in de langdurige zorg (onder meer gericht op verpleging en verzorging). De verspreiding van zorginnovaties binnen de langdurige zorg zijn namelijk moeilijker dan binnen de kortdurende zorg (gericht op genezing). Zo zijn er in de langdurende zorg minder budgetten, kennisinstituten en onderzoeksprogramma's. Dat maakt het voor de minister van VWS moeilijker om de gevolgen van de personeelstekorten in de zorg voor een deel op te vangen met zorg op afstand.

Voor ons onderzoek hebben we gekeken naar het algemene innovatiebeleid van het Ministerie van VWS en naar specifieke maatregelen voor de verspreiding van zorg op afstand in de langdurige zorg. Het ministerie vindt de lopende initiatieven met het oog op dreigende personeelstekorten veelbelovend, al is het bewijs dat ze kosteneffectief of arbeidsbesparend zijn nog niet integraal geleverd.

Potentieel biedt zorg op afstand cliënten een aantal voordelen:
- een groter gevoel van sociale veiligheid en/of zelfredzaamheid bij cliënten en de mogelijkheid langer zelfstandig te wonen (kwaliteit);
- een laagdrempelige toegang tot de zorg door de communicatie via e-mail, internet of een videonetwerk (toegankelijkheid).

De breed gedragen opvatting is dat zorg op afstand extra mogelijkheden biedt in de relatie tussen cliënt en zorgverlener, maar dat het de persoonlijke aandacht en contacten niet kan vervangen.

1.3 Context

1.3.1 Definitie van zorg op afstand

Zorg op afstand is het op afstand verlenen van zorg door gebruik te maken van informatie – en communicatietechnologie (ICT)(Mitchell, 1999). Bij zorg op afstand benutten zorgaanbieders en cliënten, die zich op verschillende plaatsen bevinden, ICT-mogelijkheden voor zorgverlening: monitoring, consultatie en behandeling op afstand.[3] Voorbeelden zijn zorgverlening van een verpleegkundige van de thuiszorg via een videonetwerk, het op afstand monitoren van bloedwaarden van diabetespatiënten of het raadplegen van hulpverleners via internet bij psychische problemen.[4]

Zorg op afstand: videocontact met een cliënt thuis
Mevrouw Van Dorenmalen moet zes maal per dag medicijnen innemen. Omdat deze op tijd ingenomen moeten worden en mevrouw wat vergeetachtig aan het worden is, wordt zij begeleid door een wijkzuster. Deze komt daar steeds even voor langs. Dezelfde wijkzuster helpt haar ook bij het aan- en uittrekken van steunkousen. Daarnaast wil mevrouw in de gehele woning alarm kunnen slaan.
Afgesproken wordt dat een medewerker van thuiszorgorganisatie ZuidZorg mevrouw Van Dorenmalen drie maal per dag bezoekt. De resterende drie keer dat mevrouw haar medicijnen moet innemen, krijgt ze begeleiding op afstand. De verpleegkundige van de zorgcentrale maakt een beeldverbinding via een videonetwerk en kijkt mee bij de inname van de medicijnen. Omdat mevrouw van Dorenmalen ook de verpleegkundige ziet, voelt dit al heel snel vertrouwd aan.
Bron: www.zuidzorg.nl.

[3] Zorg op afstand wordt vaak in verband gebracht met domotica. Bij domotica gaat het om woonhuisautomatisering voor comfort (zoals afstandsbediening van licht en gordijnen), bescherming (automatisch sluiten van deuren en de gaskraan) en personenalarmering. In tegenstelling tot zorg op afstand staat de zorgverlening niet centraal.
[4] Riper, H., e.a. 2007.

De staatssecretaris van VWS ziet in zorg op afstand een mogelijkheid om mensen ondanks hun fysieke of mentale beperkingen langer zelfredzaam te laten zijn. Mensen kunnen zo langer zelfstandig blijven functioneren. Daarmee kan de kwaliteit van de zorg behouden blijven, ondanks de groeiende kloof tussen toenemende zorgvraag (door vergrijzing) en het beschikbare zorgpersoneel.

Figuur 2 **Mogelijkheden zorg op afstand**

1.3.2 Verspreiding van zorg op afstand

Over de mogelijkheden van zorg op afstand verscheen een aantal adviezen. Voorbeelden hiervan zijn de studie van het EPN-Platform voor de informatiesamenleving, *Telezorg in aanbouw* (2002) en de studie van de RVZ, *E-health in zicht* (2002).
Sindsdien zijn er diverse zorg op afstand-projecten gestart, maar ook ten

onder gegaan. Hoeveel dat er zijn wordt landelijk niet bijgehouden. In de *Zorgbalans 2008* schat het RIVM het aantal zorg op afstand-projecten begin 2007 op ruim honderd (Westert, G.P., e.a.). Afgemeten aan het aantal cliënten dat gebruik maakt van zorg op afstand, blijft het bij relatief kleinschalige initiatieven. Hoewel deze initiatieven in verschillende stadia van ontwikkeling verkeren, hebben zij nauwelijks tot een brede toepassing geleid. Uitzondering vormt de raadpleging van websites voor preventie of de consultatie van specialisten via internet, zoals teledermatologie.[5]
In de langdurende zorg zijn sinds 2005 enige cijfers beschikbaar over de verspreiding van zorg op afstand in de langdurige zorg. Het onderzoeksbureau Nivel publiceert in opdracht van de organisatie van zorgondernemers ActiZ sinds dat jaar periodiek een monitor over de ontwikkeling van zorg op afstand. Het gaat vooral over het gebruik van videonetwerken (zie onderstaand kader).

Ontwikkeling van zorg op afstand in de langdurige zorg

In 2003 is een aantal thuisorganisaties met ActiZ gestart met de eerste zorg op afstand-initiatieven in de langdurige zorg. In 2005 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een beleidsregel vastgesteld die het mogelijk maakt om deze videonetwerken voor enige tijd te financieren.

Uit de monitor die ActiZ jaarlijks laat uitvoeren door Nivel blijkt dat de verspreiding de afgelopen drie jaar minder groot is dan in 2005 werd verwacht. De verwachting is nu dat het aantal gebruikers van de videonetwerken in 2008 sterk is gegroeid.

Tabel 1: Zorg op afstand in de thuiszorg

	2005	2007	2008*
Aantal zorgaanbieders	5	9	10
Aantal gebruikers (cliënten met een aansluiting)	206	524	2 225

* Geschat op grond van respondentenenquête.

[5] Zie www.teleconsultatie.nl

2 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De hoofdconclusie uit dit onderzoek is dat de minister en staatssecretaris de verspreiding van veelbelovende innovaties in de langdurige zorg – zoals zorg op afstand – meer moeten sturen, omdat de verspreiding ervan onvoldoende vanzelf van de grond komt. Onze hoofdconclusie is gebaseerd op de volgende deelconclusies:

- Het stelsel voor de langdurende zorg bevat nauwelijks prikkels om te innoveren en innovaties te verspreiden (zie § 2.1).
- De continuïteit van de financiering van innovaties is nog steeds onzeker (zie § 2.2).
- De regelgeving, het ontbreken van standaarden voor ICT-toepassingen en het ontbreken van voldoende draagvlak werken remmend (zie § 2.3).

Toelichting
Innoveren is allereerst de eigen verantwoordelijkheid van partijen in het veld (zoals cliënten, zorgaanbieders, zorgkantoren). De minister erkent dat de totstandkoming en verspreiding van innovaties in de langdurige zorg onvoldoende van de grond komen. Als het zorgstelsel de gewenste totstandkoming en verspreiding van innovaties niet bevordert, moet de minister – als verantwoordelijke voor het stelsel – maatregelen nemen. Zo moet de minister onder meer concrete doelstellingen formuleren voor de verspreiding van innovaties. Als de resultaten onvoldoende zijn, dient de minister zich af te vragen of de slechte resultaten een gevolg zijn van tekortkomingen in het zorgstelsel. Voor deze tekortkomingen is de minister verantwoordelijk. Daarbij moet hij kunnen aantonen in hoeverre de maatregelen bijdragen aan het bereiken van de doelstellingen.

De minister en staatssecretaris van VWS hebben sinds 2005 maatregelen genomen om de belemmeringen voor de innovaties weg te nemen. Voorbeelden hiervan zijn het Zorginnovatieplatform dat veelbelovende innovaties moet gaan aanjagen, en de ZorgInnovatieWijzer (ZIW) die initiatiefnemers tot innovaties de weg moet wijzen door de financiële wet- en regelgeving. Daarmee zijn nog niet alle belemmeringen weggenomen. De minister en staatssecretaris kunnen nog meer sturen door de randvoorwaarden wat meer prikkelend te maken. In het vervolg van dit hoofdstuk gaan we hierop nader in, waarbij we per deelconclusies aanbevelingen doen.

2.1 Onvoldoende innovatieprikkels in zorgstelsel

Het stelsel voor de langdurende zorg bevat nauwelijks prikkels om te innoveren en innovaties te verspreiden. Deze conclusie van de RVZ uit 2005 wordt bevestigd door ons onderzoek. De minister heeft de afgelopen jaren maatregelen genomen voor meer vraagsturing in de langdurige zorg. Desondanks zijn er voor zorgaanbieders en zorgkantoren in 2008 nog steeds weinig prikkels om te innoveren en deze innovaties te verspreiden.

Prikkels om te innoveren zijn gering:

- De cliënt is nog geen drijvende kracht achter zorginnovaties in de langdurige zorg. Zo hebben patiënten(organisaties) nog een onvoldoende sterke positie om veelbelovende innovaties, zoals zorg op afstand, te bevorderen. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) hecht belang aan zorg op afstand, omdat het kan bijdragen aan de zelfredzaamheid van cliënten.

- Zorgaanbieders ervaren innoveren nog niet als (financieel) lonend. De financiële besparingen die behaald worden, kunnen niet worden behouden, omdat zorgaanbieders door zorgkantoren worden afgerekend op het werkelijk gemaakte aantal uren. Een zorgaanbieder die door een innovatie met minder uren toch de gevraagde zorg kan leveren, kan de vergoeding voor de bespaarde uren niet behouden. Zo werken de regels voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De onzekerheid over een kostendekkende financiering van projecten speelt eveneens een rol bij zorgaanbieders (zie § 2.2). Verder zijn de kosten, baten en effecten nog onvoldoende zichtbaar voor zorgaanbieders. Daarbij komt dat de noodzaak om te investeren in arbeidsbesparende zorg op afstand nog niet wordt gevoeld, omdat de personeelstekorten in 2008 nog niet urgent waren.
- Het streven van de rijksoverheid om tot kostenbeheersing in de langdurige zorg te komen kan op gespannen voet staan met het bevorderen van innoveren door de sector. Zo leggen zorgkantoren die zorg inkopen bij de zorgaanbieders de nadruk op kostenbeheersing, en in geringe mate op de vernieuwing van het zorgaanbod. Uit onderzoek van de NZa in 2008 blijkt dat de helft van de zorgkantoren weliswaar meer aandacht is gaan besteden aan innovatie, maar zelf nog weinig richting geeft aan zorgvernieuwing.

Prikkels voor de verdere verspreiding van zorginnovaties zijn eveneens gering:
- De verantwoordelijkheid voor een bredere verspreiding van innovaties ligt bij veel verschillende partijen die ieder hun eigen belangen hebben. Dat maakt het verspreidingproces complex en fragmentarisch.
- Instellingen die het beleid van het Ministerie van VWS uitvoeren, zoals ZonMw (subsidies voor onderzoek), de NZa (subsidies voor experimenten), het CVZ (advisering over toelating tot het verzekerde pakket) en zorgkantoren faciliteren wel, maar hebben geen rol als aanjager voor de verspreiding van zorginnovaties. Het in 2008 opgerichte Zorginnovatieplatform zou de rol als aanjager moeten gaan vervullen. Het is nog te vroeg om de rol van dit platform te beoordelen.
- ZonMw subsidieert onderzoeksprojecten en organiseert bijeenkomsten waarbij de resultaten onder de aandacht wordt gebracht bij de doelgroep. Het volgt echter nog niet systematisch het vervolg op afgeronde innovatieve onderzoeksprojecten. Inzicht in continuïteit van deze innovatieve projecten en de verdere verspreiding ontbreekt bij ZonMw.

Aanbevelingen
Wij bevelen de NZa aan erop toe te zien dat zorgkantoren bij zorginkoop meer innovatieve zorgvormen – zoals zorg op afstand – inkopen. Wij bevelen de zorgkantoren aan meer aandacht te schenken aan de innovatie in het zorgaanbod. Binnen de huidige verhoudingen kunnen zij via zorginkoop de vraag naar nieuw zorgaanbod stimuleren.

In de projectevaluaties van zorg op afstand die uit publieke middelen worden gefinancierd zou meer aandacht moeten komen voor de evaluatie van de effecten, kosten en baten (niet alleen financieel). De minister zou een overkoepelende evaluatie moeten laten uitvoeren op deze project-evaluaties.

De toekomst van de AWBZ staat ter discussie. Eventuele veranderingen in de inrichting van het stelsel kunnen grote invloed hebben op de mate waarin het voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars lonend zal worden

om te innoveren. De besluitvorming door het kabinet over een eventuele wijziging van het zorgstelsel voor de langdurige zorg is nog niet afgerond.

Bij de eventuele wijziging van het zorgstelsel, dient ook bevordering van innovatie door het kabinet geagendeerd te worden.

2.2 Onzekerheid in financiering innovaties

De continuïteit van de financiering van innovaties is nog steeds onzeker. Deze onzekerheid kan voor zorgaanbieders een belangrijk barrière zijn om te innoveren. Het rond krijgen van de tijdelijke financiering van een pilotproject is lastig. De overgang van tijdelijke naar reguliere financiering is vaak problematisch. Zo vallen veelbelovende innovaties stil nadat de projectsubsidie ophoudt.

Voor de financiering van innovaties in de langdurige zorg is in de periode 2005–2012 een bedrag van circa € 340 miljoen beschikbaar. Sinds 2005 heeft de minister van VWS een aantal maatregelen genomen om de problemen met tijdelijke en structurele financiering aan te pakken.

2.2.1 Tijdelijke financiering

Voor de tijdelijke financiering van innovatieprojecten zijn de afgelopen jaren extra mogelijkheden gecreëerd. Zo kunnen zorgaanbieders subsidie aanvragen voor projecten die het leveren van goede zorg voor meer cliënten zonder extra personeel als doel hebben of voor projecten die een radicale vernieuwing van financiering van de langdurige zorg vergen. Zorgaanbieders kunnen ook afspraken maken met het zorgkantoor over de financiering van voorzieningen in gebouwen en woningen die voor de levering van zorg op afstand en innovatieve zorgproducten nodig zijn. Opvallend is echter dat de budgetten die beschikbaar waren op grond van het AWBZ-Convenant 2005–2007 slechts beperkt zijn gebruikt. De redenen voor onderbesteding van deze budgetten zijn niet bekend.

Aanbeveling
Wij bevelen de minister aan om eerst te onderzoeken waarom er sprake is van onderbesteding van de beschikbare budgetten uit het AWBZ-Convenant 2005–2007, alvorens nieuwe mogelijkheden te creëren.

2.2.2 Structurele financiering

Toelating tot het verzekerde pakket is een mogelijkheid om structurele financiering voor de lange termijn te verzekeren. Het CVZ toetst of innovaties voor financiering uit het verzekerde pakket in aanmerking komen. Het CVZ adviseert de minister hierover. Uiteindelijk beslist de minister of een zorginnovatie in het verzekerde pakket komt.

Uit een TNO-onderzoek in opdracht van het CVZ uit 2006 blijkt dat de toetsingsprocedure voor toelating van innovaties als zorg op afstand tot het verzekerde pakket een hoge drempel vormt (Beekum, W.T. van, e.a. 2006). Zorginnovaties doorlopen een lang traject voordat zij kosten-effectiviteit kunnen aantonen. Er is vaak onvoldoende informatie over de kosten, baten en effecten van zorg op afstand. Die informatie is nodig voor de toetsingsprocedure.

De minister heeft in 2008 de ZorgInnovatieWijzer in het leven geroepen. Het doel van de ZorgInnovatieWijzer is om zorgvernieuwers beter te

informeren over bestaande regelingen. De NZa, ZonMw en het CVZ bundelen hun kennis in deze ZorgInnovatieWijzer.

Een betere informatievoorziening kan ertoe bijdragen dat innovatieve ideeën sneller het traject doorlopen van experimenteren, testen en breed invoeren. In het onderzoek uit 2006 is echter ook gepleit voor het tegen het licht houden van de regels als hoge drempel voor toelating tot het pakket. Innovaties als zorg op afstand hebben het namelijk moeilijk te bewijzen dat ze voldoen aan de criteria van de toetsingsprocedure. Dat komt omdat er vaker zaken in het zorgproces mee veranderen met de introductie van de ICT-toepassing. Deze criteria mogen geen oneigenlijk drempel vormen voor de toelating tot het pakket. Een onderzoek dat hiernaar in opdracht van het CVZ wordt uitgevoerd is nog niet afgerond.

Aanbeveling
Wij bevelen het CVZ aan om maatregelen te nemen als vervolg op het TNO-onderzoek uit 2006 waarin gewezen wordt op de toetsingsprocedure als hoge drempel voor toelating van ICT-innovaties in de langdurige zorg tot het pakket.

Daarnaast bevelen wij aan dat bij de subsidiëring van zorg op afstand-projecten meer systematisch aandacht komt voor de evaluatie van effecten, kosten en baten. Deze informatie is niet alleen nodig voor het overtuigen van zorgaanbieders, maar ook nodig om de toetsingsprocedure te kunnen doorlopen.

2.3 Overige belemmeringen

Naast de weinige prikkels om te innoveren en de ontbrekende continuïteit in de financiering, zijn er nog andere factoren die de verspreiding van zorg op afstand belemmeren. Het zijn belemmeringen die voortkomen uit wet- en regelgeving, het ontbreken van standaarden voor ICT-toepassingen en het ontbreken van voldoende draagvlak bij alle betrokkenen. In het onderstaande lichten we dit toe.

2.3.1 Belemmeringen door wet- en regelgeving

Wet- en regelgeving gaan uit van bestaande vormen van zorgverlening. Nieuwe vormen van zorgverlening moeten ingepast worden in het bestaande systeem. Bij de ontwikkeling van zorg op afstand ontstaan medisch-juridische vragen. Tast een videonetwerk voor het verlenen van zorg de privacy aan? Wie is er verantwoordelijk als er iets gebeurt: de hulpcentrale of de verpleegkundige? Welke brandveiligheidseisen gelden voor een wooncomplex waar zorg op afstand wordt verleend? De onzekerheid over de bestaande wet- en regelgeving kan remmend werken op de verspreiding van zorginnovaties.

De minister van VWS heeft in 2008 de ZorgInnovatieWijzer opgericht om de onbekendheid van de financiële regelgeving te verminderen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft in 2008 een verkennend onderzoek verricht naar E-health (Velde, F. van der, e.a. 2008). Hiermee krijgt zorg op afstand vanuit de IGZ speciale aandacht. Dat lost maar een deel van het probleem op: andere regels dan financiële regels in de zorg kunnen ook remmend werken op de toepassing van innovaties. Ook belemmeringen die voortkomen uit andere wet- en regelgeving – zoals brandveiligheidseisen en aansprakelijkheidsverhoudingen die gaan

gelden als zorg op afstand thuis wordt aangeboden – zouden weggenomen moeten worden.

Om onbedoelde remmende werking van wet- en regelgeving te verminderen zou de minister niet alleen betere informatie moeten geven over zorgwetgeving, maar ook over andere wet- en regelgeving. De ZorgInnovatieWijzer die de minister in 2008 heeft opgericht lost maar een deel van het probleem met de onbekendheid met de wet- en regelgeving op, omdat ze enkel betrekking heeft op (een deel van) de zorgwetgeving. Het gaat niet over privacyaspecten of bijvoorbeeld brandveiligheidseisen.

Aanbeveling
We bevelen de minister aan belemmeringen in medisch-juridische wet- en regelgeving beter in kaart te brengen – bijvoorbeeld op het terrein van veiligheid, privacy en ethiek. Op basis van de gesignaleerde belemmeringen kan de minister bezien of aanpassingen noodzakelijk zijn.

2.3.2 Standaarden voor ICT-toepassingen onvoldoende beschikbaar

De kwaliteitseisen voor nieuwe producten en diensten zijn soms nog niet duidelijk. Daarom maken producenten, handelaren, inspecteurs, consumentenorganisaties en andere belanghebbenden onderling afspraken over deze eisen (standaarden). Bij zorg op afstand zijn de kwaliteitseisen nog in ontwikkeling. Voorbeelden hiervan zijn standaarden voor alarm- en ICT-toepassingen voor nachtbewaking.
Nu moet, zo geven verschillende zorgaanbieders aan, telkens het wiel opnieuw worden uitgevonden. Dat betekent dat elk project zijn eigen normen gaat definiëren voor de toepassing in een bepaalde situatie. Dit kan leiden tot een geringe uitwisselbaarheid van gegevens en hoge kosten om de aansluiting alsnog te kunnen maken.

Uit ons onderzoek blijkt dat er behoefte is aan eenduidige standaarden voor zorg op afstand. Het formuleren van standaarden kan bijdragen aan het beter op elkaar afstemmen van zorg op afstand-activiteiten.
ActiZ en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) voeren in samenwerking met Nictiz (nationale knooppunt en kenniscentrum voor ICT en innovatie in de zorg) – en gefinancierd door het Ministerie van VWS – een project uit dat een eerste stap is om tot eenduidige standaarden te komen. Het ministerie zou hieraan meer aandacht moeten besteden om te voorkomen dat keuzes die nu bij lokale projecten worden gemaakt op de langere termijn de landelijke en overigens ook de Europese verspreiding gaan belemmeren. Nederland neemt deel in een Europees samenwerkingsverband om ook op Europees niveau te komen tot meer samenhang.

Aanbeveling
De minister zou de spoedige totstandkoming van eenduidige standaarden voor de ICT-toepassingen moeten bevorderen. Landelijk, maar ook op Europees niveau.

2.3.3 Soms nog onvoldoende draagvlak bij cliënten, zorgverleners en bestuurders

Het draagvlak voor zorginnovaties bij cliënten, zorgverleners en bestuurders is soms nog onvoldoende breed. Dit draagvlak is van belang voor de acceptatie van zorg op afstand als nieuwe vorm van zorgverlening. Zorg op afstand kan de dagelijkse werkzaamheden in het zorgproces namelijk

ingrijpend veranderen. Dat kan leiden tot twijfels of weerstanden bij betrokken zorgverleners, hun cliënten en bestuurders.
De minister heeft maatregelen getroffen om het draagvlak voor ICT-toepassing te vergroten door het benadrukken van goede voorbeelden. Ook organiseert het ministerie workshops voor zorgbestuurders, met als doel ICT hoger op de agenda van de zorgaanbieders te krijgen. De minister heeft aandacht voor deze factor in het verspreidingsproces.

Zorgverleners staan niet altijd positief tegenover de toepassing van zorg op afstand. Zorgverleners zijn in de zorg gaan om te *zorgen,* wat kan wringen met het gebruik van technologie. Daar komt bij dat in de opleiding van zorgverleners nauwelijks aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van technologie. Hun kennis van en vertrouwen in de mogelijkheden van domotica en ICT-toepassingen in de zorg zijn daardoor beperkt.

Aanbeveling
Om de zorgprofessionals meer vertrouwd te laten worden met het gebruik van ICT-technologieën, zou in de opleiding meer aandacht moeten komen voor de mogelijkheden van nieuwe technologieën.

3 BESTUURLIJKE REACTIES EN NAWOORD ALGEMENE REKENKAMER

De staatsecretaris van VWS heeft op 29 mei 2009 gereageerd op ons onderzoek. De voorzitters van de besturen van ZonMw, de NZa en het CVZ hebben respectievelijk op 8, 12 en 15 mei 2009 gereageerd.

Hieronder hebben wij de reacties samengevat. De integrale reacties zijn te vinden op www.rekenkamer.nl. De reacties gaven aanleiding tot een nawoord (§ 3.5)

3.1 Reactie staatssecretaris van VWS

De staatssecretaris van VWS geeft mede namens de minister aan dat het rapport zowel betrekking heeft op het algemene innovatiebeleid als het specifieke beleid gericht op de verspreiding van zorg op afstand. De conclusies en aanbevelingen ten aanzien van zorg op afstand zijn echter niet zonder meer toepasbaar op innovatie in het algemeen en andersom. Uit het conceptrapport is daarom niet in alle gevallen op te maken of de conclusies betrekking hebben op de specifieke casus en/of op innovatie in het algemeen.

Zorg op afstand is een dienst die zich in de meeste gevallen niet laat beperken tot verpleging en verzorging. Vaak worden combinaties van op genezing gerichte kortdurende zorg en langdurige zorg en welzijns- en gemaksdiensten op afstand geleverd. De beperking die in het rapport is aangebracht tot zorg op afstand in de langdurige zorg, doet geen recht aan deze praktijk. Dit kan leiden tot onderschatting van de inzet die nodig is voor het ontwikkelen van samenwerkingsmodellen en gemengde bekostiging.

De staatssecretaris gaat vervolgens in op de conclusies van het rapport:

Onvoldoende prikkels in het zorgstelsel
De staatssecretaris deelt onze hoofdconclusie dat de verspreiding van veelbelovende innovaties in de langdurige zorg nog onvoldoende vanzelf van de grond komt. Wij verbinden hieraan de conclusie dat het Ministerie van VWS – als stelselverantwoordelijke – maatregelen moet nemen. De staatssecretaris plaatst wel twee kanttekeningen. Stelselverantwoordelijkheid betekent niet zo maar ingrijpen als iets niet – automatisch – tot stand komt. Innoveren is ook de verantwoordelijkheid van partijen in het veld. Het rapport bevat weinig aanbevelingen waarmee deze partijen hun voordeel kunnen doen.

De staatssecretaris wijst erop dat de afgelopen periode in samenwerking met deze veldpartijen het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg (TPLZ) is ontwikkeld. Daarmee is een intensief traject in gang gezet om het innovatieve klimaat in de langdurige zorg te vergroten. Dit is in het bijzonder van belang met het oog op een toekomstige knellende arbeidsmarkt.

Het stimuleringsbeleid voor zorg op afstand dat tot nu toe – met NZa-beleidsregels, het TPLZ en met subsidie uit het programma Maatschappelijke Sectoren en ICT – is ingezet, houdt rekening met de vele factoren die, vaak in onderlinge samenhang, bepalend zijn voor de verspreiding van zorg op afstand. Dit beleid stelt de veldpartijen in staat een intensief leerproces door te maken. De ervaringen worden onder andere in het TPLZ geïnven-

tariseerd en betrokken bij de besluitvorming over de verder te zetten stappen voor de periode na de NZa-beleidsregel Experiment «screen to screen»-zorg die op 30 juni 2010 afloopt.

Continuïteit in financiering van innovaties
Wij constateren dat de continuïteit in de financiering van innovaties nog steeds onzeker is en dat deze onzekerheid een belangrijke barrière kan zijn om te innoveren. De staatssecretaris deelt deze conclusie niet. Innovatie heeft betrekking op activiteiten waarvan de waarde nog niet is bewezen. Daarbij passen tijdelijkheid van de financiering en onzekerheid over het structureel maken van de bekostiging.

Ook constateren wij een beperkt gebruik van financieringsmogelijkheden. De staatssecretaris wijst erop dat een gezamenlijk besluit van de convenantspartijen ten grondslag ligt aan de beslissing om de besteding van de innovatiemiddelen over een langere periode te spreiden. Dit biedt instellingen meer gelegenheid om innovatieve projecten op te zetten.

Regelgeving, standaarden voor ICT-toepassingen en draagvlak
We stellen dat de onzekerheid over (de interpretatie van) bestaande wet- en regelgeving remmend kan werken op de verspreiding van zorginnovaties. We bevelen daarom aan knelpunten te signaleren en aanpassingen in wet- en regelgeving te heroverwegen. De staatssecretaris is het daarmee eens.
In de optiek van de staatssecretaris gaat het daarbij niet alleen om het signaleren van knelpunten, maar juist ook om het promoten van de bestaande mogelijkheden. Beide activiteiten vinden plaats in bijvoorbeeld de ZorgInnovatieWijzer. Het CVZ, ZonMw en de NZa hebben met het uitvoeren van de ZIW ook de taak de staatssecretaris van advies te dienen over de noodzaak van aanpassingen in wet- en regelgeving. Daarbij kan ook de noodzaak van standaardisering worden betrokken.

Het tempo van de verspreiding van innovaties hangt af van veel meer factoren dan wet- en regelgeving en bekostiging alleen. Het gaat kort gezegd niet alleen om het toepassen van nieuwe technieken, maar ook om ingrijpende zorginhoudelijke en organisatorische aanpassingen. Draagvlak en gewenning bij zowel de cliënt, de professional als de directie zijn daarbij onmisbare voorwaarden. Onder andere het Netwerk Zorg op Afstand onderneemt in het kader van het TPLZ actie op dit punt.

Uit de inzendingen en voorbeelden die onder de aandacht van het Zorginnovatieplatform zijn gekomen, blijkt gelukkig dat ook binnen de bestaande wet- en regelgeving en ondanks belemmeringen veel innovaties al wel mogelijk zijn, aldus de staatssecretaris van VWS.

3.2 Reactie bestuur van ZonMw

Het bestuur van ZonMw onderschrijft de conclusie dat veelbelovende innovaties rond ICT in de langdurende zorg nog onvoldoende verspreid worden.

ZonMw laat weten het onderwerp ICT en innovatie in de zorg tot «dwars onderwerp» benoemd te hebben. Dit onderwerp krijgt hierdoor een aantal jaren extra aandacht, dwars door de programma's van ZonMw heen. Dit betreft een inventarisatie en bundeling van initiatieven die nu nog verspreid over meerdere programma's en projecten plaatsvinden, het samenstellen van overzichtsrapporten van projecten met een ICT-compo-

nent en het opstellen van een sterkte-zwakteanalyse op het gebied van kennis. Zo mogelijk wil ZonMw ook kennisuitwisseling stimuleren, bijvoorbeeld door de verschillende partijen op dit terrein samen te brengen die nu nog vaak los van elkaar werken, zoals ICT'ers, onderzoekers en betrokkenen uit de zorg en het beleid. Ook aan het verspreiden van kennis en informatie via de website wordt door ZonMw de komende periode gewerkt.

Onze aanbeveling om meer aandacht te besteden aan de effecten, kosten en baten in projectevaluaties sluit volgens ZonMw aan bij recent ingevoerde procedures. Sinds 2009 moeten in de voortgangs- en eindverslagen van gehonoreerde projecten vragen worden beantwoord over gebruik en toepassing van de kennisresultaten in de zorg. De afgesloten projecten worden tot vier jaar na afronding systematisch op deze vragen gemonitord. De monitorsystemen van ZonMw zijn erop aangepast dat deze gegevens worden geregistreerd. Daarmee verwacht ZonMw in de komende jaren meer inzicht te kunnen geven in (zowel de kansen op als de daadwerkelijke realisatie van) het maatschappelijk effect van de door ZonMw gefinancierde projecten. Daarnaast vindt ZonMw dat er weinig vergelijkbare organisaties zijn die hun projecten op dergelijke systematische wijze volgen.

Tot slot wijst ZonMw nog op de initiatieven die in ons rapport worden beschreven en waaraan het mee- of samenwerkt. Deze initiatieven zijn de ZorgInnovatieWijzer en het Zorginnovatieplatform.

3.3 Reactie Raad van Bestuur van de NZa

De Raad van Bestuur van de NZa geeft in zijn reactie op het rapport aan dat innovatie voor de NZa een belangrijk thema is. Innovatie kan de oorzaak vormen van kostenstijgingen in de zorg, maar ook van verbeteringen in de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Innovatie kan ook bijdragen aan efficiency en betaalbaarheid. De NZa werkt op dit moment aan een visie op innovatie. Deze visie gaat zowel over de langdurige zorg als over de op genezing gerichte – curatievezorg en bestrijkt de zorgverlenings-, zorginkoop- en zorgverzekeringsmarkten.
Zo zijn in de langdurige zorg verschillende partijen constant op zoek naar innovatieve zorgvormen om personeelstekorten op te kunnen vangen. Maar ook in de curatieve gezondheidszorg ziet de NZa veel initiatieven. Dit varieert van medisch-technologische innovaties tot procesmatige innovaties, zoals baanbrekende operatietechnieken, het gebruik van het internet als vervanging van fysieke zorgverlening of nieuwe organisatievormen in de zorg.
Toch blijkt in de praktijk dat innovatoren moeite hebben om hun innovaties succesvol te exploiteren. Dit geldt zowel voor medisch-technologische als voor procesmatige innovaties. Naast bekende belemmeringen als gebrek aan ondernemerschap en belangentegenstellingen bij verschillende groepen professionals, blijkt de regulering in de gezondheidszorg zelf ook een belemmerende factor te zijn, aldus de NZa. In eerdergenoemde visie zal de NZa aan deze aspecten aandacht besteden. Deze visie moet uitmonden in gewijzigde beleidsregels die zo meer reguleringszekerheid geven over toekomstige bekostiging en meer ruimte geven aan innovatieve trajecten.

De NZa heeft een aantal algemene opmerkingen bij het rapport:
- Doordat de onderzoeksperiode afgesloten is in juni 2008, zijn een

aantal zaken achterhaald. De Raad van Restuur wijst in het bijzonder op de beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties».
- Volgens de NZa bevat het rapport een heldere analyse van de problemen die zich voordoen bij zorginnovaties. Een van die problemen is dat het moeilijk is om innovaties – zelfs als deze succesvol gebleken zijn – structureel bekostigd te krijgen. Voor verschillende in het rapport gesignaleerde problemen doen we aanbevelingen, maar voor dit probleem niet. Mogelijke aanbeveling zou volgens de NZa kunnen zijn ervoor te zorgen dat de baten van een innovatie meer bij de cliënt en de zorgverlener terechtkomen. Daarnaast beveelt NZa aan bij de kosten-batenanalyse van een zorginnovatie de maatschappelijke effecten te kwantificeren. Zo kan beoordeeld worden of de kosten die vanuit de zorg worden gemaakt, aanvaardbaar zijn.
- De NZa vindt de ZorgInnovatieWijzer in ons rapport te beperkt neergezet, door alleen de informatieve rol ervan te benadrukken. De ZorgInnovatieWijzer:
  – heeft rapporterende en signalerende taken;
  – rapporteert of de bestaande regelingen voldoende ruimte en prikkels voor vernieuwing bevatten;
  – rapporteert haar ervaringen jaarlijks aan de minister;
  – adviseert bij tekortkomingen over mogelijke aanpassingen.

Verder wordt de ZorgInnovatieWijzer in dit rapport gezien als een opdracht van de minister van VWS, terwijl het initiatief ligt bij het CVZ, ZonMw en de NZa. De minister van VWS ondersteunt dit initiatief.

De NZa heeft ook een reactie gegeven op een aantal van onze aanbevelingen:
- De aanbeveling aan de NZa om erop toe te zien dat zorgkantoren meer innovatieve zorgvormen – zoals zorg op afstand – inkopen, wordt in feite al in de praktijk gebracht. Dat blijkt uit de prestatiemetingen die de NZa in 2007 en 2008 heeft uitgevoerd bij de zorgkantoren. Op grond van de NZa-normen moeten concessiehouders innovatie in het zorgaanbod en in de zorgketen bevorderen, aangezien dit ten goede kan komen aan de doelmatigheid en de kwaliteit van de zorgverlening. Hiermee blijft de NZa doorgaan.
- De aanbeveling om meer eenduidigheid in ICT-standaarden te bevorderen, is een logische aanbeveling, maar ook lastig. Innovatie is vaak een kwestie van pionieren. Het bevorderen van eenduidigheid in standaarden is in de meeste gevallen pas achteraf mogelijk, als een innovatie zich al bewezen heeft.
- De aanbeveling meer draagvlak voor zorginnovaties te creëren bij cliënten, zorgverleners en bestuurders, richt zich uiteindelijk alleen op de zorgverlener. Wij bevelen aan dat de aandacht voor ICT-toepassingen in zorgopleidingen vergroot zou moeten worden. Dit is echter volgens de NZa een middel waarmee alleen het draagvlak bij de zorgverlener vergroot kan worden. Om het draagvlak voor innovaties ook bij bestuurders en cliënten te vergroten, moeten volgens de NZa andere middelen worden ingezet, zoals voorlichting en informatievoorziening.

3.4 Reactie Raad van Bestuur van het CVZ

De Raad van het Bestuur van het CVZ gaat in haar reactie op het rapport in op zijn rol bij de verspreiding van zorginnovaties. Het CVZ heeft als adviseur over het basispakket voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ een rol in de discussie. Het voert deze taak uit als een toetsing

vooraf, die tot doel heeft vast te stellen of de nieuwe zorgvorm de verzekerde status verdient. Het CVZ opereert daarmee in een krachtenveld van grote maatschappelijke en economische belangen. Deze vereisen een zorgvuldige en transparante besluitvorming op basis van duidelijke bewijsvoering. Het doel van het CVZ is om zorg die de verzekerde verdient die plaats te geven, terwijl zorg die de toetsing niet kan doorstaan, buiten het pakket dient te blijven.

Het CVZ wijst erop dat voor nieuwe zorgvormen geldt dat een pakkettoetsing bewijsvoering van voldoende omvang en kwaliteit vereist. Voor het toetsingskader verwijst de CVZ naar het rapport *Stand van wetenschap en praktijk* uit november 2007.

Toetsingsprocedure pakket AWBZ
In vervolg op het rapport *Domotica en telemedicine in het verzekerde pakket: naar nieuwe besluitvormingsprocessen?* dat TNO Kwaliteit van Leven in 2006 uitbracht, heeft CVZ de opdracht tot het vervolgonderzoek *Systeemveranderingen gezondheidszorg* verstrekt. De reden daarvoor vormde de overweging dat innovaties als zorg op afstand door verschillende soorten van belemmeringen in hun ontwikkeling worden gehinderd.

De vraag of de zorg in kwestie deel uit dient te maken van het pakket, speelt volgens het CVZ echter in veel gevallen geen rol bij de belemmering van de innovaties die we hebben onderzocht. De reden daarvoor is dat de betreffende zorg al deel uitmaakt van het basispakket Zvw/AWBZ. Reeds in 2006 heeft het CVZ voor twee zorgvormen dergelijke uitspraken gedaan, namelijk het eenmalig teledermatologisch consult en het webmailconsult van de huisarts. In beide gevallen betreft het bestaande zorg die op andere wijze wordt uitgevoerd, zonder dat het karakter ervan verandert.

De ontwikkeling van beide zorgvormen sindsdien geeft de beperkte rol aan van de pakkettoetsing bij de implementatie van dit type zorginnovaties. Het teledermatologisch consult is op grote schaal ingevoerd en de aanbieders hebben contracten gesloten met het merendeel van de ziekenhuizen en huisartsen. Het webmailconsult van de huisarts is daarentegen ondanks de aanzienlijke voorinvesteringen nooit door zorgpartijen op grote schaal opgepikt en wordt mondjesmaat toegepast.

De belemmeringen genoemd in het TNO-rapport blijken zo divers en verdeeld over partijen, dat een vervolgonderzoek wordt uitgevoerd vanuit het perspectief van systeemfalen, dat wil zeggen dat het zorgsysteem niet bijdraagt aan het bereiken van de beleidsdoelstellingen. Het CVZ draagt bij aan het ontwikkelen van het instrument van de «transitie arena» voor de gezondheidszorg.[6] Het vraagstuk van het pakketbeheer vormt daarbij een van de aspecten. In het derde kwartaal van 2009 zal het CVZ daarover na overleg met de NZa en ZonMw de minister van VWS adviseren.

ZorgInnovatieWijzer
Om de voorlichting over wet- en regelgeving te verbeteren hebben NZa, ZonMw en CVZ het initiatief genomen tot de oprichting van de ZorgInnovatieWijzer. Aanleiding was het verzoek van de Tweede Kamer om tijdelijke toelating tot het basispakket Zvw/AWBZ of tijdelijke, voorwaardelijke financiering mogelijk te maken. De drie partijen constateerden na onderzoek dat er weliswaar regelingen bestaan om beloftevolle innovaties te ondersteunen, zoals de diverse vormen van tijdelijke financiering, maar dat deze bij het veld onvoldoende bekend zijn.

[6] Het CVZ omschrijft dit als «een experimenteerruimte, waarin de betrokken actoren door middel van een sociaal leerproces nieuwe kennis en inzichten verwerven die leiden tot een nieuwe perspectief op een transitievraagstuk».

De ZorgInnovatieWijzer handelt sinds het najaar van 2008 informatievragen af. De formele oprichting zal plaatsvinden op 24 juni 2009. Tot de taken van de ZorgInnovatieWijzer behoort het beantwoorden van de vraag of de bestaande regelingen toereikend zijn, of dat extra maatregelen vereist zijn, bijvoorbeeld in de vorm van een tijdelijke toelating tot het basispakket Zvw/AWBZ. In de tweede helft van dit jaar zal de eerste evaluatie aan de minister worden aangeboden. Daarbij zal worden ingegaan op de gesignaleerde knelpunten en belemmeringen in het huidige stelsel en eventuele oplossingen.

3.5 Nawoord Algemene Rekenkamer

3.5.1 Nawoord bij de reactie van de staatssecretaris van VWS

In het rapport is het volgens de staatssecretaris niet in alle gevallen op te maken of conclusies betrekking hebben op zorg op afstand, of innoveren in het algemeen. De staatssecretaris constateert ook dat zorg op afstand niet te beperken is tot langdurige zorg, omdat zorg op afstand juist sectoroverstijgend is. We hebben zorg op afstand gepresenteerd als een illustratieve casus voor innovaties in de langdurige zorg. Het onderwerp zorg op afstand is niet te onderzoeken zonder in te gaan op het algemene innovatiebeleid in de langdurige zorg. Veel conclusies en aanbevelingen hebben daarom een bredere strekking dan de innovatie zorg op afstand. Sommige hebben inderdaad alleen betrekking op zorg op afstand. Een voorbeeld van dit laatste is de ontwikkeling van ICT-standaarden.

De staatssecretaris ziet in ons onderzoek weinig aanbevelingen waarmee partijen in het veld hun voordeel mee kunnen doen. We hebben ons beperkt tot de rol van de staatssecretaris en betrokken uitvoeringsinstellingen bij de verspreiding van innovaties.
De staatssecretaris van VWS geeft verder in haar reactie aan dat ze de trage verspreiding van innovaties in de langdurige zorg onderkent. Vanuit haar verantwoordelijkheid heeft ze hiervoor maatregelen getroffen. De staatssecretaris deelt echter niet de conclusie dat onzekerheid over de continuïteit van de financiering een barrière kan vormen om te innoveren. We hebben vastgesteld dat de staatssecretaris veel maatregelen heft genomen om tijdelijke experimenten mogelijk te maken, maar er zijn nog onvoldoende maatregelen genomen om tot structurele inbedding van innovaties te komen.
We zijn het met de staatssecretaris van VWS eens dat er inmiddels diverse mogelijkheden zijn om voor enige tijd een rijksbijdrage te ontvangen voor het opstarten van experimenten. Veel projecten vallen echter ná deze fase stil, omdat subsidies een beperkte looptijd hebben. Er zijn wel budgetten om met innovaties te starten, maar vaak niet om ze te continueren. Daar komt bij dat de toets die de innovaties moeten doorstaan om toegelaten te worden tot het pakket, hoge eisen stelt aan de bewijsvoering over de kwaliteitsverbetering en kosteneffectiviteit voor eventuele opname in het verzekerde pakket. Dat vereist vaak veel langdurige experimenten.

De Raad van Bestuur van de NZa deelt overigens onze conclusie dat de continuïteit in de financiering een probleem vormt bij innovaties, zelfs indien zij succesvol zijn gebleken.

De staatssecretaris benadrukt het belang van de ZorgInnovatieWijzer. Hiermee kan de bestaande wet- en regelgeving onder de aandacht van innovatoren worden gebracht en aan de staatssecretaris worden geadviseerd om belemmeringen in de wet- en regelgeving op te heffen.

Ze gaat daarbij niet in op de vraag of de ZorgInnovatieWijzer álle vraagstukken bij innovatieprojecten gaat signaleren, ook die op ethisch (privacy) en medisch-juridisch (bijvoorbeeld aansprakelijkheid) terrein en brandveiligheid. We zien daarom met belangstelling uit naar de eerste evaluatie van de ZorgInnovatieWijzer die in het najaar 2009 verschijnt.

3.5.2 Nawoord bij de reactie van ZonMw

Met instemming nemen we kennis van het initiatief van ZonMw om het gebruik en toepassing van projecten die zij heeft (mede)gefinancierd systematisch te monitoren, om zo meer zicht te krijgen op de maatschappelijke effecten. Wij vragen met onze aanbeveling over projectevaluaties naast aandacht voor de effecten echter ook aandacht voor de kosten en baten van innovaties.

3.5.3 Nawoord bij de reactie van de NZa

We waarderen de ontwikkeling van een visie op innovatie door de NZa – die ook betrekking heeft op de langdurige zorg – en de oprichting van de ZorgInnovatieWijzer.
De NZa geeft aan er in de praktijk al op toe te zien dat zorgkantoren innovatieve zorgproducten inkopen. Wij vinden echter dat de NZa hier niet alleen op toe moet zien, maar de zorgkantoren ook meer moet stimuleren om op innovatie te sturen, door dit een zwaarder belang te geven in het toezicht.

De NZa stelt dat wij voor het probleem van de continuïteit in de financiering geen aanbevelingen doet. De Algemene Rekenkamer heeft evenwel aan het CVZ aanbevolen om vervolg te geven aan het onderzoek waarin gewezen wordt op oneigenlijke drempels in de toetsingsprocedure als voorwaarde voor structurele financiering. Onze aanbevelingen lopen niet vooruit op besluitvorming over de toekomst van de AWBZ.

De NZa heeft ons er overigens op gewezen dat de signalerende taak van de ZorgInnovatieWijzer te weinig aandacht krijgt in ons onderzoek. De opmerking van de NZa heeft ertoe geleid dat we onze tekst hebben verduidelijkt.

3.5.4 Nawoord bij de reactie van het CVZ

We zijn het met het CVZ eens dat alleen kosteneffectieve innovaties, of innovaties die grote kwaliteitsverbeteringen voor de cliënt betekenen, voor opname in het verzekerde pakket in aanmerking komen. We hechten immers ook aan uitgavenbeheersing in de zorg.
Uit het aangehaalde TNO-onderzoek blijkt echter dat ICT-innovaties het moeilijker hebben om zich te bewijzen. Dit type innovaties leidt tot bredere organisatorische verandering in het zorgproces. Daardoor zijn kosten en baten moeilijk vast te stellen. We hebben daarom aanbevolen om meer systematisch onderzoek te laten doen naar kosten, baten en effecten. We vinden dat er geen oneigenlijk drempels mogen zijn voor toelating tot het pakket. Met het oog op onze aanbeveling een vervolg te geven aan het TNO-onderzoek, zullen we de oplossingen die het CVZ in het derde kwartaal 2009 aan de minister gaat adviseren, met belangstelling volgen.

A:

De staatssecretaris ziet in ons onderzoek weinig aanbevelingen waarmee partijen in het veld hun voordeel mee kunnen doen. We hebben ons beperkt tot de rol van de staatssecretaris en betrokken uitvoeringsinstellingen bij de versreiding van innovaties.

B:

De Raad van Bestuur van de NZa deelt overigens onze conclusie dat de continuïteit in de financiering een probleem vormt bij innovaties, zelfs indien zij succesvol zijn gebleken.

C:

De NZa stelt dat de Algemene Rekenkamer voor het probleem van de continuïteit in de financiering geen aanbevelingen doet. De Algemene Rekenkamer heeft evenwel aan het CVZ aanbevolen om vervolg te geven aan het onderzoek waarin gewezen wordt op oneigenlijke drempels in de toetsingsprocedure als voorwaarde voor structurele financiering.
Onze aanbevelingen lopen niet vooruit op besluitvorming over de toekomst van de AWBZ.

D:

De NZa heeft ons er overigens op gewezen dat de signalerende taak van de ZorgInnovatiewIjzer te weinig aandacht krijgt in ons onderzoek. De opmerking van de NZa heeft ertoe geleid dat we onze tekst hebben verduidelijkt.

E:

We hebben vastgesteld dat de staatssecretaris veel maatregelen heft genome nom tijdelijke experimenten mogelijk te maken, maar er zijn nog onvoldoende maatregelen genome nom tot structurele inbedding van innovaties te komen.

BIJLAGE OVERZICHT VAN CONCLUSIES, AANBEVELINGEN EN TOEZEGGINGEN

Conclusie	Aanbeveling	Toezegging	Nawoord Algemene Rekenkamer
Te weinig prikkels in zorgstelsel om te innoveren en innovaties te verspreiden.	De NZa moet erop toezien dat zorgkantoren bij zorginkoop meer innovatieve zorgvormen inkopen.	De NZa zal daarop blijven toezien. VWS: Dit wordt betrokken bij de evaluatie van de beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties. De NZa ontwikkelt een visie op innovatie waarin aandacht komt voor regulering als belemmerende factor.	NZa moet dit toezicht zwaarder accent geven.
	In de projectevaluaties van zorg op afstand die uit publieke middelen worden gefinancierd, zou meer aandacht moeten komen voor de evaluatie van de effecten, kosten en baten (niet alleen financieel). De minister zou een meta-evaluatie moeten laten uitvoeren op deze projectevaluaties.	VWS: De noodzaak van een overkoepelende evaluatie wordt betrokken bij vervolgbeleid voor zorg op afstand. ZonMw gaat vanaf 2009 het gebruik en de toepassing van projecten systematisch monitoren.	Effecten, kosten en baten blijven een punt van aandacht bij deze projectevaluaties.
	Bevorder bij wijziging zorgstelsel ook agendering van zorginnovaties.	De staatssecretaris stemt daar mee in: vooral ruimte voor en prikkels tot innovatie.	
Continuïteit van de financiering van innovaties nog steeds onzeker.	Onderzoek door minister naar onderbesteding van de beschikbare budgetten.	De staatssecretaris ziet daartoe geen aanleiding omdat de redenen ervoor duidelijk zijn.	
	Vervolg op TNO-onderzoek door CVZ naar toetsingsprocedure als oneigenlijk hoge drempel voor zorginnovatie.	Vervolgonderzoek is in derde kwartaal 2009 gereed en zal leiden tot advies aan de minister.	
Wet- en regelgeving belemmeren verspreiding van zorginnovaties.	Minister moet medische-juridische knelpunten signaleren om aanpassingen in wet- en regelgeving te kunnen overwegen.	De ZIW zal in het najaar 2009 aan de minister rapporteren over de knelpunten.	Ook ethische, medisch-juridische vraagstukken moeten daarbij de aandacht krijgen.
Onvoldoende beschikbaarheid eenduidige standaarden voor ICT-toepassingen.	Bevordering door minister van eenduidige standaarden, zowel op nationaal als Europees niveau.	De staatssecretaris zal dat betrekken bij de evaluatie van de ZIW. Het NEN ontvangt structurele subsidie voor signalering en het voeren van Europese secretariaten. De standaard voor telemedicine wordt momenteel door de veldpartijen ontwikkeld.	
Draagvlak voor zorg op afstand bij cliënten, zorgverleners en bestuurders soms onvoldoende.	Vergroot in zorgopleidingen aandacht voor ICT-toepassingen.	–	

DEEL 2: ONDERZOEKSBEVINDINGEN

1 INLEIDING

In deel I van dit rapport hebben wij een beknopte weergave gegeven van de totstandkoming en verspreiding van innovaties in de langdurige zorg, aan de hand van het voorbeeld van zorg op afstand. Ook zijn daar de probleemstelling en opzet van het onderzoek besproken. Ook vindt u er onze conclusies over en aanbevelingen voor de ontwikkeling van zorg op afstand. Dit deel II bevat de onderzoeksbevindingen waarop de conclusies en aanbevelingen van deel I gebaseerd zijn.

1.1 Achtergrond

Vernieuwing in de zorg is een van de speerpunten van het Ministerie van VWS. Zo'n zorgvernieuwing – zorginnovatie – kan variëren van de invoering van een nieuw medicijn of behandelmethode tot de mogelijkheid om een huisarts, specialist of verpleegkundige van de thuiszorg via internet te raadplegen.
In 2005 stelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in haar advies aan de minister van VWS dat zorginnovaties zich langzamer verspreiden dan wenselijk is.[7] Als reden noemde de RVZ dat het zorgstelsel onvoldoende prikkels bevat om zorginnovaties daadwerkelijk in te voeren. De overheid zou volgens de RVZ zorgaanbieders die gebruik maken van bewezen zorginnovaties moeten belonen en achterblijvers beboeten. Daarnaast dient de overheid belemmeringen voor investeren in zorginnovaties weg te nemen. Zo ontbreekt structurele financiering voor de implementatie van zorgverbeteringen. Daarnaast komen de baten van innovaties vaak niet terecht bij de investerende partij, maar bij een andere partij, zoals de overheid.
De RVZ verwachtte dat concurrentie in de zorg stimulerend zal zijn voor het daadwerkelijk benutten van innovaties.

1.2 Onderzoek Algemene Rekenkamer

De knelpunten die uit het RVZ-advies bleken, kwamen ook al uit eerdere onderzoeken naar voren. Anno 2007 leken ze nog steeds actueel.[8] Voor de Algemene Rekenkamer was dit aanleiding om de verspreiding van zorginnovaties te onderzoeken. In ons onderzoek – dat uitgevoerd is in de periode januari tot en met december 2008 – heeft de volgende probleemstelling centraal gestaan: «Hebben de minister en staatssecretaris van VWS voldoende gedaan om veelbelovende zorginnovaties tot bredere verspreiding te laten komen?»

1.2.1 Zorg op afstand in de langdurige zorg

Verspreiding van zorginnovaties is een breed onderwerp om te onderzoeken. Dat heeft de RVZ al in 2005 gedaan. We kiezen daarom voor een verdiepend onderzoek naar één vorm van zorginnovatie als voorbeeld: de ontwikkeling van zorg op afstand in de langdurige zorg.

Zorg op afstand is het op afstand verlenen van zorg door gebruik te maken van de mogelijkheden van ICT. Voorbeelden zijn het raadplegen van een verpleegkundige van de thuiszorg via een beeldverbinding (videonetwerk), het op afstand monitoren van bloedwaarden van diabetespatiënten of het raadplegen van hulpverleners via internet bij psychische problemen.[9]
De breed gedragen opvatting is dat zorg op afstand extra mogelijkheden biedt in de relatie tussen patiënt en zorgverlener, maar dat het de

[7] RVZ (2005a). *Van weten naar doen.* Zoetermeer: RVZ.
[8] RGO (2002), *Knarsende schakels,* ICM werkgroep (2005), *Tot zorg geprikkeld. Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg.* Voor zorg op afstand gaat het om: EPN (2000) *Telezorg in aanbouw.* RVZ (2002) *E-health in zicht* en CVZ (2004) *ICT in de zorg.*
[9] Riper, H., e.a. (2007).

persoonlijke aandacht en contacten niet kan vervangen. Wat zorg op afstand een cliënt thuis kan bieden, laat onderstaand voorbeeld zien.

Zorg op afstand: videocontact met een cliënt thuis
Mevrouw Van Dorenmalen moet zes maal per dag (elke vier uur) medicijnen innemen. Omdat deze medicatie op tijd ingenomen moet worden en mevrouw wat vergeetachtig aan het worden is, wordt zij begeleid door een wijkzuster. Deze komt daar steeds even voor langs. Dezelfde wijkzuster helpt haar ook bij het aan- en uittrekken van haar steunkousen. Daarnaast wil mevrouw, indien nodig, in de gehele woning alarm kunnen maken.
Afgesproken wordt dat een medewerker van thuiszorgorganisatie ZuidZorg mevrouw Van Dorenmalen drie maal per dag bezoekt. De resterende drie keer dat mevrouw haar medicijnen moet innemen, krijgt ze begeleiding op afstand. De verpleegkundige van de zorgcentrale maakt een beeldverbinding via het videonetwerk en kijkt even mee bij de inname. Omdat mevrouw Van Dorenmalen ook de verpleegkundige ziet, voelt dit al heel snel vertrouwd aan.
Bron: website thuiszorgorganisatie Zuidzorg

Figuur 2 **Mogelijkheden zorg op afstand**

De keuze van een verdiept onderzoek naar zorg op afstand in de langdurige zorg maakt het mogelijk om succes- en faalfactoren voor de verspreiding van zorginnovaties heel concreet in kaart te brengen. We hebben gekozen voor zorg op afstand in de langdurige zorg omdat zorg op afstand eraan kan bijdragen dat mensen ondanks hun fysieke of mentale beperkingen langer zelfredzaam kunnen blijven. Daarmee kan de kwaliteit van de zorg behouden blijven, ondanks de groeiende kloof tussen toenemende zorgvraag (door vergrijzing) en het beschikbare zorgpersoneel. Het is potentieel van belang voor een grote groep mensen.

Het onderwerp hebben we nader afgebakend:
- Een eerste afbakening betreft de keuze om te kijken naar zorg op afstand in de langdurige zorg. Op basis van ons vooronderzoek bleek verspreiding van innovaties binnen de langdurige zorg, die gericht is op verpleging en verzorging, moeilijker dan binnen de curatieve zorg (die kortdurend is en gericht op genezing). Zo zijn er in de langdurende zorg minder faciliteiten (budgetten, kennisinstituten en onderzoeksprogramma) beschikbaar.
- Een tweede afbakening betreft de keuze om alleen te kijken naar zorg op afstand in de relatie met de patiënt. Dat betekent dat we niet kijken naar het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). Het EPD gaat vooralsnog alleen om (communicatietechnologie voor) de informatie-uitwisseling tussen professionals.
- Een derde afbakening is dat we alleen kijken naar de aanpak van de minister en staatssecretaris van VWS. We laten de betrokkenheid van de minister van EZ (innovatiebeleid) en OCW (kennisinfrastructuur) buiten beschouwing. Het gaat ons de vraag of de minister en staatssecretaris voldoende gedaan hebben om veelbelovende innovaties tot een bredere verspreiding te laten komen. De minister van VWS is verantwoordelijk voor het algemene innovatiebeleid, de staatssecretaris van VWS voor de langdurige zorg.

De lopende zorg op afstand-initiatieven zijn veelbelovend, al is het bewijs nog niet geleverd dat ze kosteneffectief of arbeidsbesparend zijn. Zorg op afstand is dan ook nog geen bewezen innovatie, maar – in de visie van het ministerie van VWS – een kansrijke innovatie. Het biedt een mogelijkheid om het verwachte tekort aan personeel in de zorg te verkleinen.

1.3 Beleidsaanpak van de minister

1.3.1 Verantwoordelijkheden minister

De minister van VWS beschouwt de toepassing van zorginnovaties primair als taak van zorginstellingen en individuele zorgverleners. Hij ziet in tweede instantie een rol voor zichzelf weggelegd. Op 7 februari 2008 formuleerden de minister en staatssecretaris van VWS in een beleidsbrief aan de Tweede Kamer hun visie:[10]
- Uitgangspunt van het zorginnovatiebeleid is dat «het veld innoveert en de overheid de randvoorwaarden stelt». Het zijn dan ook de veldpartijen die zorgen voor innovatie in de zorg. Innovatie komt (vanzelf) tot stand als er ruimte en prikkels zijn. De overheid is volgens de minister systeemverantwoordelijk. Ze moet het zorgstelsel zo inrichten dat innovaties optimaal tot stand kunnen komen en zo goed mogelijk worden verspreid. Het veld moet de ruimte krijgen, maar de overheid heeft de taak te sturen, zodat de gewenste innovaties tot stand komen.
- De overheid heeft de taak in te grijpen bij systeem- en/of marktfalen, dat wil zeggen als het zorgstelsel niet de beoogde resultaten oplevert.

[10] Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over innovatie in preventie en zorg, 7 februari 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).

Om dat te bereiken streeft de minister naar een zorgstelsel met voldoende prikkels voor innovaties. De minister wil de verspreiding van innovaties ondersteunen, voor zover die niet vanzelf op gang komt.[11] Dat vereist dat het Ministerie van VWS onder meer beschikt over concrete doelstellingen en informatie over de mate waarin het zorgstelsel aan de verwezenlijking van deze doelstellingen bijdraagt. Als de resultaten onvoldoende zijn, dient de minister zich af te vragen of de slechte resultaten een gevolg zijn van tekortkomingen in het zorgstelsel. Voor deze tekortkomingen is de minister verantwoordelijk.

1.3.2 Beleidsambities en instrumenten van het ministerie

Beleidsambities
Het kabinet wil de concurrentiepositie van Nederland versterken. Innovatie in alle sectoren van de economie, dus ook de zorg, draagt hieraan bij.[12] De minister van VWS ziet innovatie in de zorg bovendien als een instrument om maatschappelijke vraagstukken op te lossen, zoals de toenemende zorgvraag door vergrijzing, toename van het aantal chronische zieken, stijgende zorguitgaven, beslag op personele capaciteit en werkdruk. De minister heeft dit streven verwoord in een beleidsbrief over innovatie (VWS, 2008c) en de arbeidsmarktbrief (VWS, 2008a). In de eerste brief staat bijvoorbeeld: «Kennis en innovatie zijn nodig om knelpunten in de zorg, preventie, curatie en de langdurige zorg te kunnen oplossen. Vernieuwende producten kunnen een bijdrage leveren aan het verlichten van de werkdruk en het verhogen van de kwaliteit.»[13]
Het innovatiebeleid van de minister bevat weinig concrete innovatie-doelstellingen die middelen, beoogde resultaten en effecten koppelen aan de beleidsdoelstellingen van het ministerie.
De minister constateert dat een bredere toepassing van innovaties noodzakelijk is, maar dat dit door markt- en systeemfalen niet vanzelf gaat en dus een stimulans behoeft. In de beleidsbrief onderkennen de bewindspersonen van VWS dat er knelpunten zijn voor de verspreiding van innovaties, zoals de geringe prikkels om te innoveren, onbekendheid met de mogelijkheden van innovaties en het beeld bij partijen in het veld dat door te innoveren in financieel opzicht veel te verliezen en weinig te winnen valt.

Instrumenten
Het ministerie zet voor het bereiken van de doelstellingen de volgende instrumenten in:
- het verhogen van de concurrentiedruk in het zorgstelsel dat daardoor prikkelt tot innoveren;
- het stimuleren van onderzoek dat informatie oplevert over innovaties;
- het tijdelijk financieren van experimenten en het structureel financieren van innovaties door opname ervan in het verzekerde pakket;
- het signaleren van belemmerende wet- en regelgeving;
- het faciliteren van de totstandkoming van kaders en normen voor de nieuwe vormen van zorgverlening;
- het creëren van draagvlak en het agenderen en aanjagen van kansrijke innovaties in de zorg via onder meer platforms voor informatie-uitwisseling.

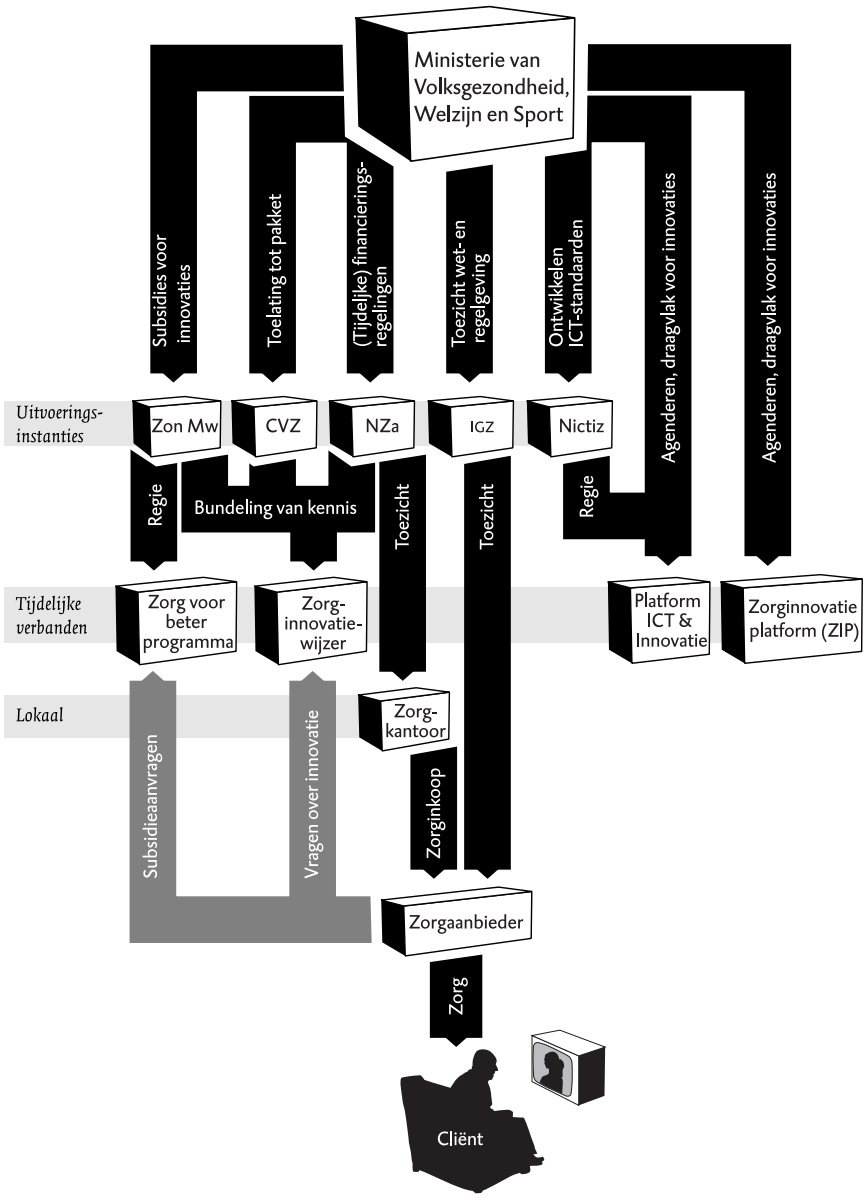
Het ministerie neemt verder deel aan Europese programma's wat zorginnovaties betreft.

[11] Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer van 7 februari 2008 over innovatie.
[12] AZ, 2007, pag. 21.
[13] VWS, 2006.

1.3.3 Uitvoeringsinstellingen

De minister van VWS heeft de uitvoering van het innovatiebeleid opgedragen aan diverse uitvoeringsinstellingen (zie figuur 2).

Figuur 2 **Zorg op afstand: van beleid tot cliënt**



ZorgOnderzoek Nederland
Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) verleent subsidie en opdrachten voor projecten, experimenten, onderzoek en ontwikkeling wat gezondheid, preventie en zorg betreft. De organisatie bewaakt daarbij de kwaliteit en de samenhang en bevordert tevens het gebruik van de resultaten. Naast ontwikkeling van kennis heeft ZonMw daarmee ook een taak bij de implementatie van de resultaten.

Nederlandse Zorgautoriteit
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onder meer belast met het toezicht op de zorgmarkten en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ. Door het markttoezicht speelt ze een rol bij het bevorderen van concurrentiedruk tussen zorgaanbieders. Daarnaast heeft de NZa op aanwijzing van de minister van VWS een aantal beleidsregels geformuleerd voor het – tijdelijk – financieren van zorginnovaties.

College voor zorgverzekeringen
Ook het College voor zorgverzekeringen (CVZ) oefent invloed uit op de verspreiding van zorginnovaties. Het geeft de minister jaarlijks advies over eventuele wijzigingen in het verzekerde pakket. Opname in het verzekerde pakket is een mogelijkheid om bewezen zorginnovaties structureel te financieren.

Inspectie voor de gezondheidszorg
De minister van VWS heeft de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) belast met het toezicht op en de handhaving van de kwaliteit van de zorg. De inspectie beoordeelt of innovaties te verenigen zijn met de bestaande wet- en regelgeving.

Kenniscentra en platforms
Voor de ontwikkeling van zorg op afstand is het Nationaal Instituut ICT in de Zorg (Nictiz) belangrijk. Dit in 2002 opgerichte kenniscentrum houdt zich onder meer bezig met het ontwerpen en onderhouden van standaarden voor ICT-toepassingen, het monitoren en agenderen van ICT-behoeften binnen de zorgsector en het adviseren daarover aan de overheid. Een van de activiteiten is bijvoorbeeld het ontwikkelen van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD). De activiteiten van het Nictiz worden gefinancierd door het Ministerie van VWS.

Naast uitvoeringsinstellingen en kenniscentra vormen ook platforms een beleidsinstrument voor de minister van VWS. Zo is in 2008 het Zorginnovatieplatform (ZIP) opgericht. Een platform kan zorgen voor draagvlak, het agenderen en het aanjagen van kansrijke innovaties. In deze platforms werkt de minister van VWS veelal samen met veldpartijen en met de Ministeries van Economische Zaken (EZ), van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW).

1.4 Leeswijzer

We schetsen in dit rapport om te beginnen in hoofdstuk 2 de prikkels die het zorgstelsel in de langdurige zorg aan partijen geeft om te innoveren. Aansluitend (hoofdstuk 3) beschrijven we de problematiek van de continuïteit in de financiering van innovatieprojecten. Tot slot gaan we nog kort in op een aantal andere factoren die eveneens van belang zijn voor de verspreiding van innovaties (hoofdstuk 4).

2 PRIKKELS IN HET STELSEL

2.1 Inleiding

De minister is verantwoordelijk voor een zorgstelsel waarin innovaties optimaal tot stand kunnen komen en zo goed mogelijk worden verspreid (zie vorig hoofdstuk). Het zijn de veldpartijen die zorgen voor innovatie en de overheid zorgt voor de randvoorwaarden. Het veld krijgt de ruimte en de overheid heeft de taak te sturen zodat de gewenste innovaties tot stand komen.[14]

Om dat te bereiken streeft de minister allereerst naar een zorgstelsel dat voldoende prikkelt om te innoveren. De lopende wijziging in het zorgstelsel – van aanbod- naar vraaggerichte zorg – moet bijdragen aan een ondernemende cultuur in de zorg. Als zorgverzekeraars met elkaar gaan concurreren om de gunst van cliënten, schept dat meer druk dan in de huidige situatie. De besluitvorming over de toekomst van het stelsel voor de langdurige zorg is echter nog niet afgerond.[14] Op de langere termijn wordt duidelijk in hoeverre de beoogde concurrentiedruk innovatie stimuleert. Hierop gaan we in § 2.2 verder in.

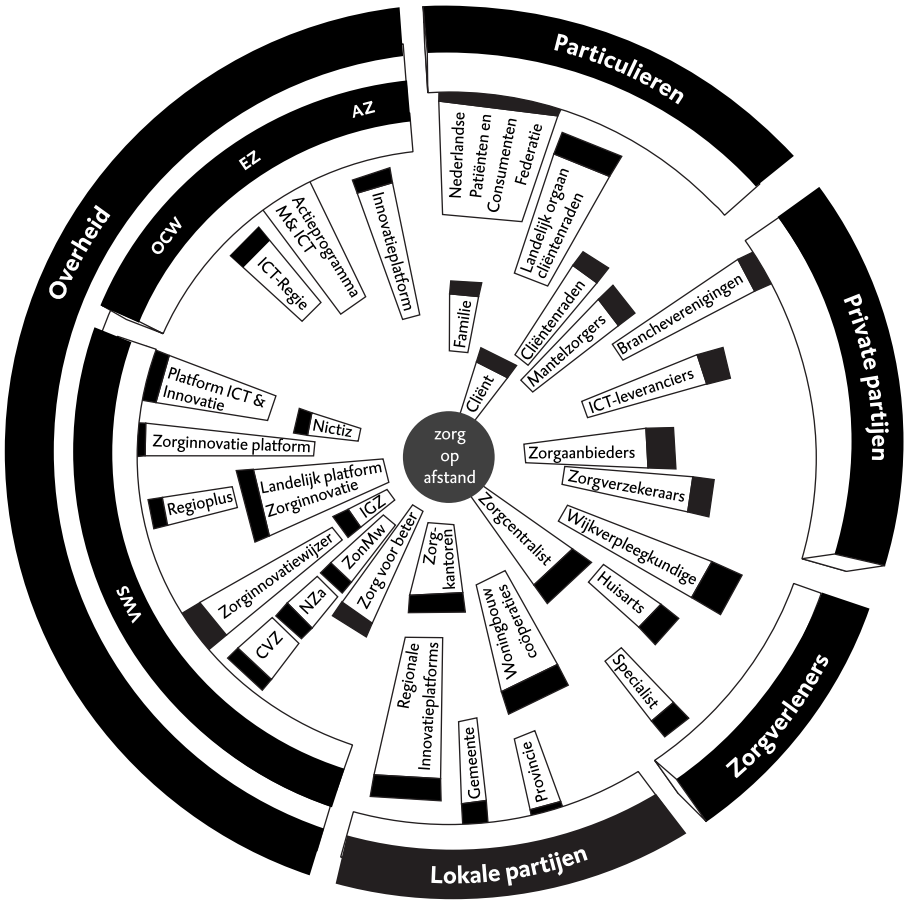
Naast een zorgstelsel dat prikkelt om te innoveren, wil de minister ook de verspreiding van innovaties ondersteunen, voor zover die niet vanzelf op gang komt.[14] De minister heeft geconstateerd dat een bredere toepassing van innovaties noodzakelijk is, maar dat dit door markt- en systeemfalen niet vanzelf gaat en dus een stimulans nodig heeft. Voorlopig is de beoogde prikkel vanuit concurrentiedruk nog zwak. In § 2.3 werken we dit verder uit.

2.2 Prikkels om te innoveren

Bij innovaties in de langdurige zorg zijn veel publieke en private partijen betrokken. Zij hebben niet altijd dezelfde belangen bij innovaties. Hun activiteiten kunnen zowel bevorderend als belemmerend zijn. De inrichting van het zorgstelsel bepaalt voor een deel de prikkels die partijen als zorgaanbieders en zorgkantoren ervaren om te innoveren. Figuur 3 geeft een overzicht van het grote aantal partijen dat betrokken kan zijn bij de ontwikkeling van zorg op afstand.

[14] Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over innovatie in preventie en zorg, 7 februari 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).

Figuur 3 **Betrokken partijen bij zorg op afstand**



2.2.1 Patiënten en patiëntenorganisaties

Het belang van patiënten(organisaties) bij innovaties kan groot zijn. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties beschikken echter over beperkte mogelijkheden om invloed uit te oefenen. Uit onderzoek blijkt dat er nog wel het een en ander nodig is, voor deze organisaties om hun rol als vertegenwoordiger van de vraagzijde goed te vervullen. Zorgaanbieders maken onvoldoende gebruik van hun deskundigheid en kennen hun wensen onvoldoende.[15]

De patiëntenorganisaties proberen wel meer gewicht in de schaal leggen bij de zorgaanbieders of -verzekeraars. Zo bepleit de NPCF het belang van zorg op afstand, omdat het kan bijdragen aan de zelfredzaamheid van patiënten. Met een onderzoek als *De bewezen waarde van telemedicine*[16] of het *Visiedocument Remote control!*[17] brengen zij de waarde van zorg op afstand onder de aandacht van andere partijen.

Het persoonsgebonden budget (PGB) is een mogelijkheid om als individuele patiënt meer invloed uit te oefenen op het zorgaanbod. Met het PGB kunnen patiënten zelf zorg inkopen bij een zorgaanbieder. De zogeheten Thomashuizen en ouderinitiatieven zijn een voorbeeld hoe met

[15] Berk, M., e.a. (2008). Stille kennis. *Patiënten- en gehandicaptenorganisaties: Waardevolle bronnen van informatie.* Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijnsgeneeskunde UMC Utrecht.
[16] Tjalsma, D. 2008.
[17] Tjalsma, D. 2007.

PGB's zorginnovatie kan worden gestimuleerd.[18] Thomashuizen zijn kleine woonvoorzieningen voor mensen met een verstandelijke beperking en/of meervoudige handicap. De kosten van de zorg worden gefinancierd uit PGB's. Bij de ontwikkeling van zorg op afstand spelen PGB's echter nog geen rol.

De mogelijkheid voor patiënten om invloed uit te oefenen op innovaties kent ook beperkingen. De vraag naar innovaties komt niet spontaan bij een cliënt op, maar moet met hulp van een andere partij geformuleerd worden.[19] Zaakwaarnemers, zoals de zorgverzekeraar of zorgverlener, maken deze keuze voor de cliënt in de langdurige zorg.

Zorg op afstand en patiënteninitiatieven
Uit een meting van het Nivel uit 2008 blijkt dat het initiatief om te experimenteren met zorg op afstand lang niet altijd vanuit de patiënt zelf komt. Zo neemt 27% van de cliënten op eigen initiatief deel aan zorg op afstand. Daarnaast heeft 11% ervoor gekozen op aandringen van partner of kind en is 29% gevraagd door de thuiszorgorganisatie.[20]

2.2.2 Zorgaanbieders

Prikkels voor zorgaanbieders
Voor zorgaanbieders zijn de prikkels om te innoveren niet groot. In de langdurige zorg ligt de nadruk meer op kostenbeheersing dan op innovatie. Zorgaanbieders hebben belang bij het leveren van de beste zorg en voldoende omzet. Bovendien worden zorgaanbieders afgerekend op het werkelijk gemaakte aantal uren. Een zorgaanbieder die door een innovatie met minder uren toch de gevraagde zorg kan leveren, kan de vergoeding voor de bespaarde uren niet behouden. De baten daarvan komen ten goede aan de overheid. Het streven van de overheid om tot kostenbeheersing in de langdurige zorg te komen, staat in dat geval op gespannen voet met het streven om het innoveren door de sector te bevorderen. De onzekerheid over een kostendekkende financiering van projecten – voor de korte en langere termijn – speelt een belangrijke rol bij zorgaanbieders (zie verder hoofdstuk 4).

Financiële consequenties
In een van de door ons onderzochte casussen zijn de negatieve financiële consequenties aan de orde gekomen. De manier waarop budgetten in de langdurige zorg worden verdeeld, werkt belemmerend. Personeel dat met deze innovaties bespaard wordt, kan niet ingezet worden om extra omzet te genereren. De AWBZ-omzet van een zorgaanbieder wordt namelijk bepaald door het budget dat hij krijgt van het zorgkantoor. Het totale budget dat een zorgkantoor krijgt om te verdelen, ligt vast. Indien een zorgaanbieder voordeel wil halen uit een arbeidsbesparende innovatie, moet hij personeel ontslaan of omzet van concurrenten binnen zien te halen. In dat geval zal de concurrent personeel moeten ontslaan. Arbeidsbesparende innovaties in combinatie met beperkte ruimte om te contracteren leidt tot ontslag van personeel, terwijl juist binnen de langdurige zorg personeelstekorten worden verwacht vanwege de vergrijzing.

Subsidies van ZonMw
ZonMw prikkelt innovaties bij zorgaanbieders door het verstrekken van subsidie en het verspreiden van kennis (zie § 1.3.3). Door onderzoek komt voor zorgaanbieders en zorgkantoren informatie beschikbaar over de kosten, baten en effecten van innovaties. Deze informatie kan helpen bij de afweging om al dan niet te investeren in een innovatie. Ook de

[18] Thomashuizen zijn vernoemd naar de in 2006 overleden zoon van de initiatiefnemer Hans van Putten. Uit onvrede met het reguliere aanbod voor zijn verstandelijk gehandicapte zoon is het Thomashuis ontstaan. In tegenstelling tot het reguliere aanbod zouden de bewoners in kleinschalige woonvoorzieningen zich thuis voelen.
[19] Putters, 2005 en 2006a.
[20] Peeters, J.M. en A.L. Francke, 2008:98.

ontwikkeling van zorg op afstand is terug te zien in programma's van ZonMw.

Het gaat om het Implementatieprogramma en het Transitieprogramma Langdurige Zorg, beide gestart in het kader van «Zorg voor beter». Het TPLZ kent onder meer het project videonetwerken, waarbij patiënten thuis ondersteund worden door direct beeldcontact met een verpleegkundige in de zorgcentrale. In tweede instantie heeft ZonMW in het kader van het programma Thuiszorgtechnologie (afgesloten in 2005) projecten gefinancierd als telekit (ondersteuning op afstand van patiënten met astma en COPD) en internetbehandeling van paniekstoornissen.

2.2.3 Zorgkantoren

Zorgkantoren kopen zorg in bij de zorgaanbieders en onderhandelen over het volume en de prijs van het aanbod. De zorgkantoren kunnen daarbij ook aandacht vragen voor innovatie. In de taakopdracht aan zorgkantoren ligt het accent bij de inkoop echter nog sterk op kostenbeheersing en slechts beperkt op innovatie.[21] De RVZ (2005b) gaf in 2005 ook aan dat de prikkel voor zorgkantoren bij kostenbeheersing ligt en niet bij innovatie.

Toezicht NZa op zorgkantoren
Door haar toezichtstaak op de zorgkantoren bevordert de NZa de concurrentie tussen zorgaanbieders in de langdurige zorg en daarmee in principe ook innovaties. De NZa beoordeelt zorgkantoren jaarlijks op hun functioneren. Prestatie-indicatoren zijn vooral gericht op doelmatige zorginkoop, zoals de prijs en het aantal cliënten. De NZa let wel op de aandacht die zorgkantoren bij de inkoop besteden aan innovatie, maar het accent legt de NZa op kostenbeheersing.[22] Ook Putters, e.a. (2006b) wijzen op dit dilemma: meer marktwerking stimuleert het innoverend vermogen, maar dat kan door de randvoorwaarde van kostenbeheersing weer teniet worden gedaan.

Uit onderzoek van de NZa in 2008 blijkt dat de helft van de zorgkantoren meer aandacht is gaan besteden aan innovatie bij het inkoopbeleid. Zorgkantoren geven zelf weinig richting aan het dienstenaanbod of de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen. Dat moet volgens de NZa de komende jaren meer worden. De NZa zal hierop bij de komende prestatiemeting letten.[23]

2.3 Prikkels voor de verspreiding

Volgens de minister is een brede toepassing van innovaties noodzakelijk, maar komt dit door het falen van de markt en het zorgstelsel niet van de grond.[24] Voor de verspreiding van innovaties hebben ZonMw en de diverse platforms expliciet een taak gekregen. De NZa en het CVZ hebben hierbij geen taak.

2.3.1 Zorgaanbieders

Zorgaanbieders kunnen een rol spelen bij de verspreiding van innovaties door demonstraties en presentaties te geven, hun businesscase beschikbaar te stellen, artikelen te publiceren, evaluaties openbaar te maken en dergelijke. Rondom zorg op afstand is er een netwerk van tien thuiszorgaanbieders ontstaan dat zich richt op uitwisselen van kennis en ervaringen (zie kader). Het netwerk van thuiszorgaanbieders lijkt meer uitzondering

[21] NZa (2008a). Prestatiemeting zorgkantoren 2007. Utrecht, NZa en RVZ (2005). *Van weten naar doen.* Zoetermeer: RVZ.
[22] NZa (2008a). Prestatiemeting zorgkantoren 2007. Utrecht, NZa.
[23] NZa (2008b). Extramurale AWBZ-zorg. Analyse van de marktontwikkelingen in 2007 en 2008. Utrecht: NZa.
[24] Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over innovatie in preventie en zorg, 7 februari 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).

dan regel. Het is zelfs denkbaar dat vanuit concurrentieoverwegingen het belang om kennis te delen ontbreekt.

ActiZ-programma *Zorg op Afstand, dichterbij*
Tien zorgaanbieders die experimenteren met zorg op afstand hebben via ActiZ een netwerk opgericht. De aanbieders wisselen informatie uit, ondanks dat ze ook elkaars concurrent zijn.[25] Dit netwerk wordt medegefinancierd via het Transitieprogramma Langdurige Zorg.[26]

Het netwerk heeft in een programma *Zorg op afstand, dichterbij* haar plannen en projecten geformuleerd, zoals een periodiek kwantitatief onderzoek (Nivel) en een kwalitatief onderzoek (Universiteit van Amsterdam, Drift). De resultaten van deze onderzoeken zijn op 4 november 2008 openbaar gemaakt. ActiZ constateert dat er nog veel nodig is om zorg op afstand van de grond te laten komen. Zo is er nog onvoldoende zekerheid over de kostendekkende financiering, vormen de wet- en regelgeving nog een belemmering en ontbreken er nog normen voor ICT-gebruik.
Bron: www.zorgopafstand.net

De minister van VWS ziet innovatie als een instrument om maatschappelijke vraagstukken – zoals de toenemende zorgvraag door vergrijzing, toename chronisch zieken, ontgroening personeel – op te lossen.[27] Zorgaanbieders lijken deze maatschappelijke vraagstukken echter anders te ervaren. Een verklaring die geïnterviewden geven voor de trage verspreiding van zorg op afstand is dat aanbieders de dreigende personeelstekorten in de zorg nog niet voelen. Dat is dus een verschil in beleving tussen het ministerie en de partijen in het veld.

2.3.2 ZorgOnderzoek Nederland

Eén deel van de wettelijke taken van ZonMw is het bevorderen van het gebruik van onderzoeksresultaten. ZonMw vervult deze taak door bij de aanvraag van subsidie om een implementatieplan te vragen, potentiële gebruikers te betrekken bij de onderzoeksprojecten en bijeenkomsten te organiseren om de resultaten onder de aandacht te brengen van belanghebbenden.

Bij de zorg op afstand-projecten in de diverse programma's is het de vraag of veelbelovende of bewezen zorgverbeteringen zijn verspreid. ZonMw kan dat niet systematisch voor alle projecten aangegeven. Ook kan ze niet aangegeven wat de belemmeringen waren voor verdere verspreiding. Recentere projecten waren vaak nog niet aan bredere implementatie toe en over oudere projecten ontbrak meestal de benodigde informatie. Om dit te verbeteren gaat ZonMw de verspreiding van projecten systematischer volgen in de zogenoemde VRAP-rapportages.[28] ZonMw is daar medio 2008 mee begonnen. Omdat deze informatie tot nog toe niet systematisch werd bijgehouden, zijn mogelijkheden om te leren van experimentele (zorg op afstand-)projecten nog onvoldoende benut.

Tot slot heeft ZonMw vastgesteld dat voor verspreiding van goede resultaten een actieve «promotie» nodig is, ondersteund door beloningssystemen en veranderingen in de omgeving.[29] De taak van ZonMw ligt vooral in de promotie en minder in de ondersteuning van het beloningssysteem en verandering in de omgeving.

[25] ActiZ, 2007 blz. 21 projectvoorstel aanvraag subsidie bij Transitieprogramma Langdurige Zorg.
[26] Op basis van het Transitieprogramma Langdurige Zorg wordt een subsidie van € 760 000,– ontvangen voor het project *Videonetwerken: «Zorg op afstand – dichterbij»*.
[27] Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer over innovatie in preventie en zorg, 7 februari 2008 (Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).
[28] VRAP = vervolgresultaat afgesloten projecten.
[29] ZonMw (2006). *Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw.* Den Haag: ZonMw.

2.3.3 De platforms

De platforms hebben voor de verspreiding van innovaties een taak door te zorgen voor draagvlak en het agenderen en het aanjagen van kansrijke innovaties. Vanaf 2004 is er elk jaar een landelijk of regionaal platform opgericht, waarbij innovatie een hoofdrol speelt. In deze platforms werkt de minister van VWS veelal samen met veldpartijen en met de ministers van EZ, van SZW en van OCW.

De onderstaande tabel bevat een overzicht van de diverse landelijke platforms met een focus op innovatie in de zorg. Hoewel de accenten verschillen, zijn er ook belangrijke overeenkomsten. Zo is een verbetering van de totstandkoming van innovaties en een snellere verspreiding ervan voor bijna alle platforms van belang. Vrijwel alle platforms werken met experts uit het bedrijfsleven, de wetenschap en de zorg. Alleen het platform ICT & Innovatie werkt met de belangen- en koepelorganisaties in de zorg.

Tabel 1: Platforms in de zorg gericht op innovatie

	Doel	Zorg op afstandprojecten in de langdurige zorg?	Gestart in	Budget
Innovatieplatform *(AZ, VWS, EZ, OCW)*	Versterking innovatiekracht Nederland	Wel zorg op afstand, maar niet in de langdurige zorg.	2004	€ 3,5 mln.
ICTRegie: Platform Health Support *(EZ/OCW)*	Versnellen van de innovatiecyclus	Ja, zelfredzaamheid en alarmering.	2005	€ 0,2 mln.
Platform ICT & Innovatie *(VWS/Nictiz)*	Agendasetting, besluitvorming en bewaking van de uitvoering van programma's	Ja, met het EPD als startpunt.	2006	0[1]
Landelijk Platform Zorg-innovatie *(RegioPlus)*	Verbeteren arbeidsproductiviteit en -omstandigheden	Nee, wel zelfredzaamheid.	2006	€ 0,1 mln.
Zorginnovatieplatform *(VWS)*	Verbetering innovatieklimaat en opschaling succesvolle innovaties	Ja, op termijn ook zorg op afstand in de langdurige zorg.	2008	€ 0,2 mln.[2]

[1] Het platform ICT en Innovatie heeft geen budget. Het is aan het Ministerie van VWS om over de financiering van voorstellen van dit platform te beslissen.
[2] Het Zorginnovatieplatform verstrekt zelf geen subsidies aan partijen. De vermelde uitgaven zijn de apparaatsuitgaven.

Het Innovatieplatform
Dit platform is op 1 januari 2004 gestart onder leiding van de minister-president, gezien het belang dat gehecht wordt aan de invoering van brede sectoroverstijgende innovaties. Doel is de versterking van de concurrentiepositie van Nederland. Sinds het regeerakkoord van het kabinet Balkenende-IV heeft het Innovatieplatform ook aandacht voor de zorgsector.
Het Innovatieplatform heeft vier baanbrekende zorginitiatieven geselecteerd die door wet- en regelgeving of financieringsstructuren niet of onvoldoende snel van de grond komen, maar wel veelbelovend zijn. Twee van de vier initiatieven betreffen zorg op afstand in de curatieve zorg: GRIP voor diabetespatiënten en Mijn Zorgnet voor informatieverlening aan bepaalde patiëntgroepen van het ziekenhuis, zoals patiënten met de ziekte van Parkinson.

Daarnaast is het Innovatieplatform samen met de NZa en het CVZ bij alle innovatieprojecten in de zorg nagegaan welke structurele belemmeringen er zijn. Het gaat daarbij onder meer om het feit dat het niet lonend is om te investeren in innovaties in de zorg. Het platform heeft in mei 2008 zijn bevindingen overgedragen aan het ZIP. Bij de selectie van projecten die voor opschaling zijn overgedragen aan de minister van VWS is er op gelet dat de kosten en opbrengsten goed worden gekwantificeerd en het nut van de innovatie bewezen is.

ICTRegie: Platform Health Support
ICTRegie is opgericht door de ministeries van EZ en OCW om het Nederlandse ICT-onderzoek te versterken en gerichter te maken. Doelstelling is de Nederlandse productiviteit te verhogen door een snellere innovatiecyclus. Voor de zorg is het Platform Health Support ingesteld, dat experts uit onderzoek, bedrijfsleven en zorginstellingen bij elkaar brengt.
ICTRegie krijgt rechtstreeks financiële middelen van onder meer EZ, OCW en NWO. Ze kan daarnaast lobbyen voor geld uit andere bronnen, zoals EU-middelen voor ICT-onderzoek.

Platform ICT & Innovatie
Aan dit door het Ministerie van VWS en Nictiz georganiseerde platform nemen zo'n 25 koepel- en brancheverenigingen deel. Doel is afstemming en agendavoorbereiding van landelijke trajecten voor ICT en het EPD. De stuurgroep ICT & Innovatie is vervolgens verantwoordelijk voor de besluitvorming en voortgangsbewaking van deze trajecten en bakent het werkterrein van de ICT-agenda af. Na goedkeuring van het programma voert Nictiz dit uit.[30]

Medio 2008 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de ICT-agenda voor de toekomst.[31] De vier prioriteiten van deze agenda gelden allemaal het EPD. Een daarvan, «Patiënt en EPD», heeft het programma zorg op afstand als onderdeel, met als doel de volgende randvoorwaarden voor zorg op afstand te realiseren:
- kwaliteits- en gebruikscriteria voor elektronische zorgdiensten;
- een toegankelijke zorginfrastructuur voor de cliënt;
- eenduidige standaarden voor de apparatuur;
- protocollen om processen van verschillende instellingen op elkaar af te stemmen.

Het Landelijk Platform Zorginnovatie
Dit platform is opgericht op initiatief van de Stichting RegioPlus met subsidie van de Ministeries van SZW en van VWS. Doel is het zoeken naar oplossingen om de arbeidsproductiviteit en de arbeidsomstandigheden in de zorg te verbeteren en de zorgsector als werkveld aantrekkelijker te maken.

Zorginnovatieplatform
De minister en staatssecretaris van VWS willen met het onlangs ingestelde Zorginnovatieplatform innovaties agenderen en het innovatieklimaat in de zorg stimuleren.[32] Zij doen dit samen met ervaren specialisten uit de zorg, het bedrijfsleven en de wetenschap.
Het ZIP moet voorstellen doen ter beperking van de bureaucratie die de innovatie belemmeren. Daarbij is volgens het Ministerie van VWS ook aandacht voor zorg op afstand-projecten. Het platform werkt nauw samen met het Innovatieplatform. Laatstgenoemde heeft in mei 2008 zijn activiteiten voor de zorgsector overgedragen aan het ZIP.

[30] VWS 2008e, *ICT in de zorg. Resultaten, ontwikkelingen en agenda*, Kamerstuk 2007–2008, 27 529, nr. 40, Tweede Kamer.
[31] VWS 2008e, *ICT in de zorg. Resultaten, ontwikkelingen en agenda*, Kamerstuk 2007–2008, 27 529, nr. 40, Tweede Kamer.
[32] De minister is voorzitter van het platform en de staatssecretaris is vicevoorzitter.

Regionale platforms
Naast de landelijke platforms bestaan er op regionaal niveau diverse initiatieven met vergelijkbare doelstellingen. De regionale platforms worden veelal opgezet door organisaties uit verschillende sectoren in de zorg, zoals de thuiszorg, verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzekeraars en kenniscentra. Ook de provincies, gemeenten en bedrijven kunnen hierbij een rol spelen.

3 CONTINUÏTEIT VAN DE FINANCIERING

3.1 Inleiding

Het Ministerie van VWS stimuleert innovaties in de zorg door het tijdelijk financieren van pilotprojecten. Innovaties die volgens de minister succesvol zijn worden structureel gefinancierd door opname in het verzekerde pakket. Diverse onderzoeken (RVZ 2005 en Beekum, W.T. van, e.a. 2006) laten zien dat onzekerheid over financiering voor zorgaanbieders een belangrijke barrière kan zijn om te innoveren, zowel in de kort- als langdurige zorg. Het verkrijgen van een tijdelijke financiering van een pilotproject kan al lastig zijn. De overgang van tijdelijke naar structurele financiering is vaak problematisch. Innovaties vallen vaak stil nadat de tijdelijke projectsubsidies ophouden. Projectevaluaties (zoals Gemert-Pijnen, e.a. 2006 en Lauriks, e.a. 2008) bevestigen dat dit financieringsprobleem zich ook voordoet bij de ontwikkeling van zorg op afstand.
In dit hoofdstuk beschrijven we de knelpunten in de financiering en wat de rijksoverheid heeft gedaan om deze problemen op te lossen. Eerst brengen we de tijdelijke financiering van pilotprojecten voor zorginnovaties in kaart (§ 3.2). Vervolgens gaan we in op structurele financiering van zorginnovaties (§ 3.3).

3.2 Tijdelijke financiering van pilotprojecten

Voor innovatieprojecten is geld nodig. De ontwikkel- en implementatiefase van zorg op afstand brengt tijdelijke kosten met zich mee voor de ontwikkeling van nieuwe technologie en werkwijzen, zoals de kosten van het installeren van apparatuur, de scholing van cliënten en medewerkers of het aanpassen van protocollen en werkprocessen. Deze projectkosten kunnen uit eigen middelen worden gefinancierd. Daarnaast kunnen ook regionale overheden, de EU, woningcorporaties, zorgverzekeraars, zorgkantoren en banken een bijdrage in de projectkosten leveren. Uit de Nivel/ActiZ-monitor (Peeters, M.M. en A.L. Francke, 2008) blijkt dat provincies ongeveer 30% van de kosten voor zorg op afstand betalen. Gemeenten financieren zorg op afstand in het kader van de Wet Maatschappelijke Ontwikkeling (WMO). Ook cliënten kunnen bijdragen in de kosten via een eigen bijdrage. Bovendien zijn er EU-middelen beschikbaar onder meer in het kader van het «Ambiant Assisted Living»-programma (AAL, zie § 3.2.1). Ten slotte kent ook de rijksoverheid mogelijkheden om bij te dragen aan de financiering van innovatieprojecten. Dit betreft zowel begrotingsmiddelen als AWBZ-premiemiddelen. De EU- en rijksmiddelen worden hieronder besproken.

3.2.1 Tijdelijke financiering door rijksoverheid en EU

In de periode 2005–2013 is er in totaal zo'n € 340 miljoen aan premie-, begrotings- en EU-middelen beschikbaar voor tijdelijke financiering van innovaties in de langdurende zorg (zie tabel 2). De middelen die door gemeenten, provincies en zorgaanbieders beschikbaar worden gesteld zijn hierin dus niet meegenomen.

Tabel 2: premie-, begrotings- en EU-middelen voor tijdelijke financiering van pilotprojecten (totaalbedragen over 2005–2012)

Premie: AWBZ-convenant[1]	€ 90 mln
Premie: AWBZ-beleidsregels NZa[2] (2007–2010)	€ 40 mln
Begroting[3]	€ 200 mln
EU-middelen[4]	€ 10 mln

[1] AWBZ-convenant 2005–2007. Convenantpartners zijn: het Ministerie van VWS, Arcares, GGZ Nederland, de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Branchebelang Thuiszorg Nederland.
[2] Dit is een schatting: beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties € 39 miljoen, beleidsregel sreen-to-screen € 0,6 miljoen (o.b.v. aantal uur x uurtarief) en beleidsregel zorginfrastructuur € 0,2 miljoen (schatting op basis van Peeters, J. M. en A. L. Francke (2008) Monitor zorg op afstand in de thuiszorg).
[3] De helft van deze middelen staat op de begroting van het Ministerie van VWS, de andere helft staat in tranches gereserveerd op de aanvullende post op de begroting van het Ministerie van Financiën (VWS 2008c, TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 116).
[4] Beschikbaar gesteld in het kader van het AAL-programma.

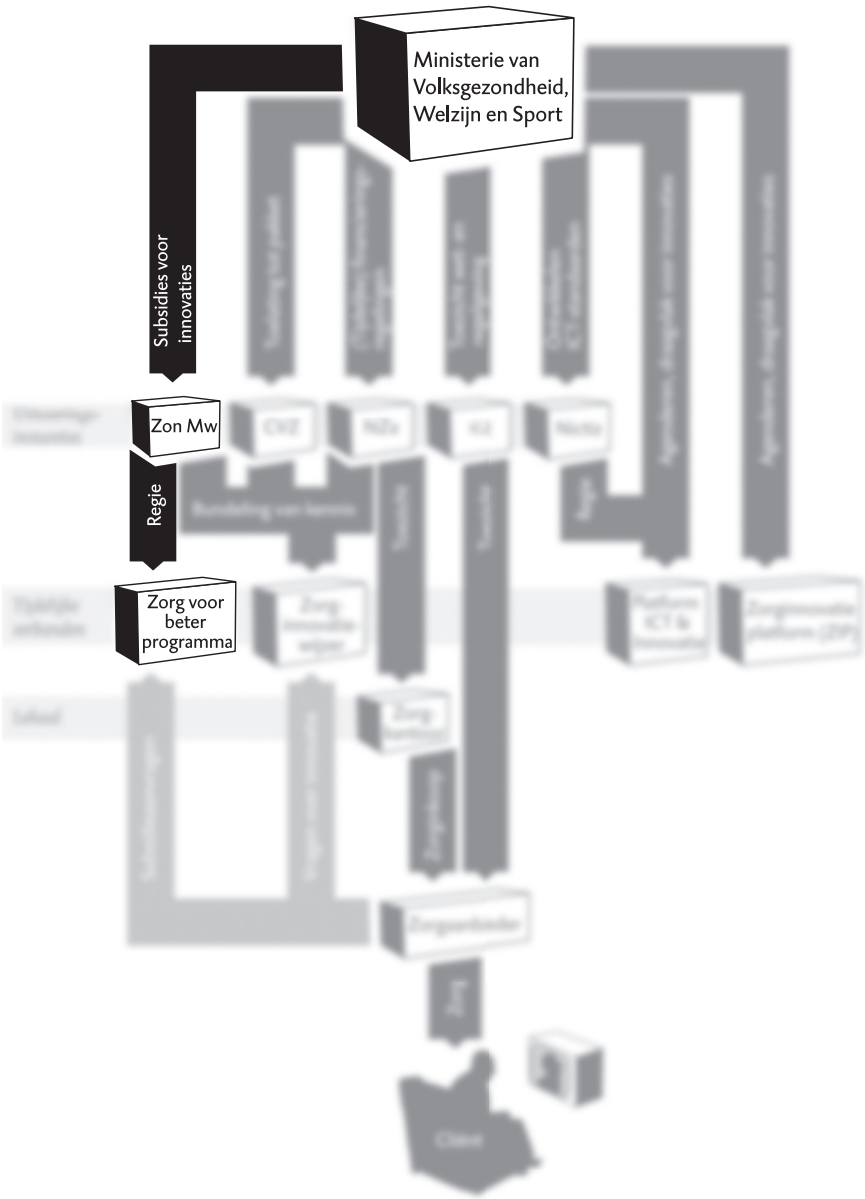
Met bovenstaande middelen worden diverse programma's, projecten en langdurige zorg gefinancierd. Deze «beleidsregels» zullen hier kort worden beschreven:

AWBZ-convenant 2005–2007
De middelen voor tijdelijke financiering op basis van het AWBZ-convenant 2005–2007 zijn beschikbaar voor implementatieprojecten, transitieprojecten en het AAL-programma. Deze zullen we achtereenvolgens toelichten.

De *implementatieprojecten* van het implementatieprogramma hebben tot doel het leveren van goede zorg voor meer cliënten zonder extra personeel aan te trekken. Het programma bestaat uit het vinden van goede voorbeelden die voor brede toepassing in aanmerking komen. Het programma loopt van 2006–2009 en er is (in totaal) € 11,3 miljoen voor gereserveerd. Van de 66 implementatieprojecten die van start zijn gegaan, zijn er vier die te maken hebben met zorg op afstand. Het implementatieprogramma is ondergebracht bij het algemene zorgverbeteringsprogramma «Zorg voor Beter» in de care. Zorg voor Beter is een initiatief van het Ministerie van VWS. ZonMw heeft de regie. Zorg voor Beter stimuleert organisaties in de langdurende zorg om te werken aan kwaliteitsverbetering en duurzaamheid in de zorg. Leren van elkaar staat daarbij centraal. Inmiddels doen er meer dan 700 zorgaanbieders mee.

Transitieprojecten zijn pilotprojecten die radicale vernieuwingen van de organisatie en financiering van de langdurige zorg vergen (transitie van het zorgstelsel). Een van de doelen van het Transititieprogramma is om leerervaringen op te doen met betrekking tot stelsel, structuur en cultuur van zorgketens. Bijzonder aandachtspunt is structurele toelating van innovaties tot het zorgpakket. De minister van VWS stelt jaarlijks € 2 miljoen beschikbaar voor de coördinatie. Daarnaast is voor de projecten € 13 miljoen beschikbaar. Tot 2011 is er in totaal € 65,4 miljoen beschikbaar. In 2007 is € 280 000 beschikbaar gesteld voor twee zorg op afstand-projecten. Daarnaast is aan het project «Smart Caring Community», dat eveneens als experiment gedeeltelijk werkt met zorg op afstand, € 1 miljoen toegekend. De projecten die eind 2007 gestart zijn, zijn nu in de uitvoeringsfase. Ook het Transitieprogramma Langdurige zorg (2007–2009) is onderdeel van Zorg voor Beter.

Figuur 4 **Subsidies voor innovaties**



Het *AAL-programma* is een onderzoeks- en ontwikkelprogramma van de Europese lidstaten. AAL-projecten hebben tot doel om met behulp van ICT de levenskwaliteit van ouderen en gehandicapten te verhogen. Bedrijven en instellingen kunnen de ontwikkeling van nieuwe toepassingen van ICT in de zorg laten financieren. De Europese Commissie draagt voor 50% bij in de ontwikkelings- en toepassingskosten van het project. VWS draagt jaarlijks voor € 2 miljoen bij aan dit EU-programma. Een deel van het budget wordt ingezet als bron voor co-financiering van het Europese AAL-programma. Onder begeleiding van ZonMw is de eerste ronde in april 2008 van start gegaan. Naast het AAL-programma bestaan er kleinere mogelijkheden tot financiering door de Europese Commissie zoals Netcarity en Soprano (VROM/VWS 2007).

AWBZ-beleidsregels van de NZa
Naast het convenant bieden ook de beleidsregels van de NZa de mogelijkheid voor de financiering van innovatieve projecten. In beleidsregels zijn criteria geformuleerd voor zorg die gefinancierd kan worden uit AWBZ-middelen. Drie relevante beleidsregels van de NZa op basis waarvan zorgaanbieders kosten die gemoeid zijn met innovatieprojecten kunnen financieren uit AWBZ-middelen zijn:
– de beleidsregel Screen-to-screen uit 2005;
– de beleidsregel Zorginfrastructuur uit 2007;
– de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties uit 2008.

De Nederlandse Zorgautoriteit
De NZa heeft op aanwijzing van de minister van VWS een aantal beleidsregels geformuleerd rondom het – tijdelijk – financieren van zorginnovaties. De beleidsregels van de NZa bieden zorgaanbieders een beperkte mogelijkheid voor financiering: de looptijd en de reikwijdte (specifieke patiëntengroepen) zijn beperkt. Het bevorderen van de verspreiding van innovaties behoort overigens niet tot de wettelijke taken van de NZa.

De beleidsregel Zorginfrastructuur voorziet in een kortdurende bijdrage voor sommige «hardware» voorzieningen in gebouwen en woningen in de ontwikkelfase van een project. De declarabele kosten zijn de kapitaallasten en sinds 2006 een deel van de bijkomende kosten (zoals de exploitatiekosten). Met deze beleidsregel was in 2007 een bedrag van € 225 000 aan kapitaallasten gemoeid. De NZa kan niet aangeven hoeveel zorgaanbieders hier gebruik van maken. Voor de ontwikkeling van zorg op afstand is deze beleidsregel van belang omdat er voorzieningen in gebouwen en woningen mee gefinancierd kunnen worden.

Op basis van de beleidsregel Screen-to-screenzorg is in 2005 een experiment gestart met zorg op afstand. Zorgaanbieders kunnen – na overeenstemming met het zorgkantoor – per patiënt die gebruik maakt van zorg op afstand vier uur per maand declareren tegen het tarief «verpleging basis» (€ 65,30). De beleidsregel geldt tot 30 juni 2010. Op dit moment maken minder dan 10 zorgaanbieders gebruik van de beleidsregel. Uit de voorlopige declaraties over 2007 blijkt € 587 700 besteed te zijn aan zorg op afstand op basis van de beleidsregel Screen-to-screen. Voor de evaluatie van deze beleidsregel steunt de NZa op de monitor die het Nivel jaarlijks opstelt in opdracht van ActiZ.

Ten slotte is ook de beleidsregel Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties vanaf 2008 van belang. Deze beleidsregel maakt het mogelijk om kleinschalige kortdurende experimenten te financieren. Hiervoor is in 2008, 2009 en 2010 jaarlijks € 13 miljoen voor beschikbaar. Oorspronkelijk waren declaraties van innovatieve producten in de langdurige zorg alleen mogelijk indien deze in relatie met een innovatie in de kortdurende zorg werden aangeboden. Sinds juli 2008 is deze beleidsregel uitgebreid naar de langdurige zorg. De NZa heeft ons gemeld dat er tot op heden meer dan 140 aanvragen voor AWBZ-experimenten op basis van de beleidsregel zijn ontvangen.

3.2.2 Onderbesteding van innovatiegeld

Uit bovenstaande blijkt dat er sinds 2005 nieuwe mogelijkheden zijn ontstaan om de kosten van innovatieve experimenten te financieren. Voor de ontwikkeling van zorg op afstand zijn, naast de financiering door

provincies en gemeenten, met name de beleidsregel «Screen-to-screen»-zorg en de beleidsregel Zorginfrastructuur van belang.

Opvallend is dat de huidige financieringsmogelijkheden slechts beperkt worden gebruikt. Zo werd van de € 90 miljoen die beschikbaar werd gesteld op basis van het AWBZ-convenant, tot en met 2008 ongeveer € 41 miljoen toegewezen aan projecten. Het Ministerie van VWS verklaart deze onderbesteding uit het beperkte vermogen van de organisaties in de langdurige zorg om beschikbare innovatiemiddelen te besteden aan innovaties. Het ministerie heeft echter, voor zover ons bekend, geen onderzoek laten doen naar de oorzaken van de onderbesteding. Hierdoor zijn de redenen voor onderbesteding nog niet bekend.

3.3 Financiering voor de langere termijn

De overgang van tijdelijke financiering naar structurele financiering verloopt stroef, constateerde de RVZ al in 2005 (RVZ 2005a). Succesvolle innovaties vallen vaak stil als van de experimenteerfase met tijdelijke financiering via subsidies overgestapt moet worden naar een kostendekkende financiering voor de lange termijn: de structurele financiering. Een van de mogelijkheden om tot structurele financiering te komen is opname van de innovatie in het verzekerde pakket. De toepassing van een innovatie komt dan in aanmerking voor vergoeding uit de AWBZ. Toelating tot het verzekerde pakket is echter niet eenvoudig. Kostenoverwegingen spelen daarbij een rol. Bovendien bevindt zorg op afstand zich vaak op het grensvlak van verschillende beleidsterreinen. Zo is het niet duidelijk wie er verantwoordelijk is voor de structurele financiering van zorg op afstand.

3.3.1 Verantwoordelijkheid voor financiering van zorg op afstand

Apparatuur voor zorg op afstand kan diverse functies vervullen. Dergelijke apparatuur kan gebruikt worden voor zorgverlening, maar ook om eenzaamheid tegen te gaan of de veiligheid te bevorderen. Doordat zorg op afstand in de praktijk vaak meerdere functies vervult, is het moeilijk om een partij aan te wijzen die verantwoordelijk is voor de financiering. Als de toepassing van zorg op afstand daadwerkelijk (langdurige) zorg betreft, is financiering vanuit de AWBZ vanzelfsprekend. Indien het gaat om welzijn, dan kunnen gemeenten (via de WMO) een rol spelen. En als door de inzet van zorg op afstand het ontslag uit het ziekenhuis kan worden vervroegd, lijkt financiering op grond van de zorgverzekeringswet een logische stap.

Persoonsalarmering
Voor ouderen die alleen wonen, kan persoonsalarmering een passende oplossing zijn. In een noodsituatie kan de oudere op een knop drukken en zo de zorgverleners alarmeren. Hierdoor kan hij/zij langer in de eigen vertrouwde omgeving blijven wonen. Eigenlijk is persoonsalarmering een vroege vorm van zorg op afstand. Bij persoonsalarmering spelen zowel de sociale als de medische kant een rol. Deze zorgvorm kost € 7 à € 8 per maand per persoon. Desondanks is het moeilijk om dit te financieren en is de financiering versnipperd. Voor personen met een (medische) indicatie is er financiering vanuit de AWBZ. Personen zonder indicatie kunnen bij gemeenten op basis van de WMO een verzoek indienen. Het is echter afhankelijk van de gemeente of deze de dienstverlening vergoedt. Verder kosten het callcenter en het apparaatje om te alarmeren ook geld; deze kosten worden niet altijd gefinancierd vanuit de AWBZ of WMO. Ook de eigen bijdrage kan voor cliënten een belemmering zijn om deel te nemen aan innovatieve projecten.

3.3.2 Toelating tot het verzekerde pakket

Maakt een product onderdeel uit van het verzekerde AWBZ-pakket, dan valt het onder de reguliere zorg en biedt dit de zorgaanbieder zekerheid voor de langere termijn. Er zijn twee wijzen waarop een product in het AWBZ-pakket kan worden opgenomen. De eerste mogelijkheid is dat innovaties automatisch het verzekerde pakket instromen. Immers, als de zorgvorm een open wettelijke omschrijving kent en de nieuwe ontwikkeling voldoet aan het wettelijke criterium «stand van de wetenschap en praktijk», dan is sprake van een te verzekeren prestatie.[33] De tweede mogelijkheid is als er sprake is van een gesloten omschrijving van een zorgvorm. In dat geval kan het CVZ op basis van de pakketprincipes adviseren een innovatie tot het pakket toe te laten.[34] Het CVZ toetst of innovaties voor financiering uit het verzekerde pakket in aanmerking komen. Het CVZ adviseert de minister hierover. Uiteindelijk beslist de minister of een zorginnovatie in het verzekerde pakket komt.

Figuur 5 **Toelating tot pakket**

[33] Dit betekent dat een behandeling op basis van literatuur, wetenschappelijke onderzoeken en gezaghebbende meningen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd is gevonden.

[34] De pakketprincipes zijn: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

Het CVZ beoordeelt en onderhoudt de inhoud van het basispakket, zoals nieuwe en bestaande geneesmiddelen en zorgfuncties AWBZ. Het CVZ toetst voorgenomen pakketmaatregelen en rekent scenario's door bij wijzigingen van het pakket.

Het College voor zorgverzekeringen
Het College voor zorgverzekeringen geeft de minister jaarlijks advies over eventuele wijzigingen in het verzekerde pakket. Op basis van dit advies moet de minister beslissen over opname in het verzekerde pakket. Het CVZ heeft in zijn onderzoek uit 2006 naar zorg op afstand gesteld dat de gangbare procedures niet bevorderlijk zijn voor snelle opname in het verzekerde pakket (Beekum, W.T. van, e.a., 2006). Zorginnovaties moeten een lang traject doorlopen voordat zij kosteneffectiviteit kunnen aantonen.

De pakketagenda is leidend bij het maken van keuzen en geeft inhoudelijk richting en structuur aan het pakketbeheer van het CVZ.[35] De agenda benoemt de thema's waar het CVZ zich de komende jaren als pakketbeheerder op zal richten. Een van de thema's is «Ruimte maken voor innovatie». De beoordelingssystematiek gaat uit van vier principes: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het CVZ is van plan om deze principes samen met de veldpartijen verder uit te werken (www.cvz.nl).

Onzekerheid over kosten en baten
Belangrijk bij de toelating van nieuwe zorgvormen tot het verzekerde pakket is dat er voldoende bekend is over de kosten en baten. Op basis hiervan kan worden bepaald of een innovatie meerwaarde heeft in vergelijking tot bestaande zorgvormen. Dit geldt ook voor zorg op afstand. Het blijkt echter lastig om de meerwaarde van zorg op afstand aan te tonen, ondanks onderzoek van ZonMw en talloze experimenten. Van veel experimenten zijn de kosten en baten onbekend. Van Houwelingen (2007) concludeerde al dat de kwaliteit van de informatie over zorg op afstand in Nederland over het algemeen matig is. Daardoor zijn resultaten vaak niet met zekerheid toe te schrijven aan de innovatie.
Bovendien is het mogelijk dat zorg op afstand in de ene situatie positieve resultaten oplevert en in een andere situatie negatieve. De weging van kosten en baten van een innovatie is dus afhankelijk van het doel en de doelgroep. Zo blijkt uit het de evaluatie van het Groningse zorg op afstand-project Koala dat deze innovatie waarschijnlijk doelmatig kan worden ingezet bij een relatief kleine groep in de langdurige zorg (mensen met een terugkerende zorgvraag) en grote groepen in de kortdurende zorg (Boonstra, e.a., 2008). Zorg op afstand is dus niet per definitie efficiënt bij iedere cliënt; het is belangrijk om per doelgroep de juiste techniek te kiezen. Zo kan het voor sommige cliënten eenvoudiger en goedkoper zijn om voor medicatie twee keer per dag te bellen of een sms te sturen, dan videocontact te hebben.

Ook wanneer er voldoende informatie is kan het een probleem voor de minister zijn om veel innovaties toe te laten tot het pakket. Met name wanneer de kosten van de zorg toenemen, kan dit een drempel vormen voor toelating tot het verzekerde pakket. Vaak leiden innovatieve vormen van zorg in eerste instantie tot hogere kosten, terwijl de baten van de innovaties zich pas op langere termijn voordoen.

[35] De pakketagenda is de lijst met zorgvormen die in aanmerking komen voor een beoordeling met het oog op opname in het verzekerde pakket.

3.3.3 ZorgInnovatieWijzer

De Tweede Kamer heeft in 2007 in een motie gevraagd om een speciale regeling die tijdelijke toelating van veelbelovende zorginnovaties tot het pakket moest bevorderen (VWS 2007d). Hierop heeft de minister, op advies van ZonMw en CVZ aan ZonMw, de NZa en het CVZ gevraagd een informatieloket in het leven te roepen. De drie organisaties hebben vervolgens besloten de ZorgInnovatieWijzer in het leven roepen (zie ook figuur 6).[36] De ZorgInnovatieWijzer heeft twee doelstellingen:

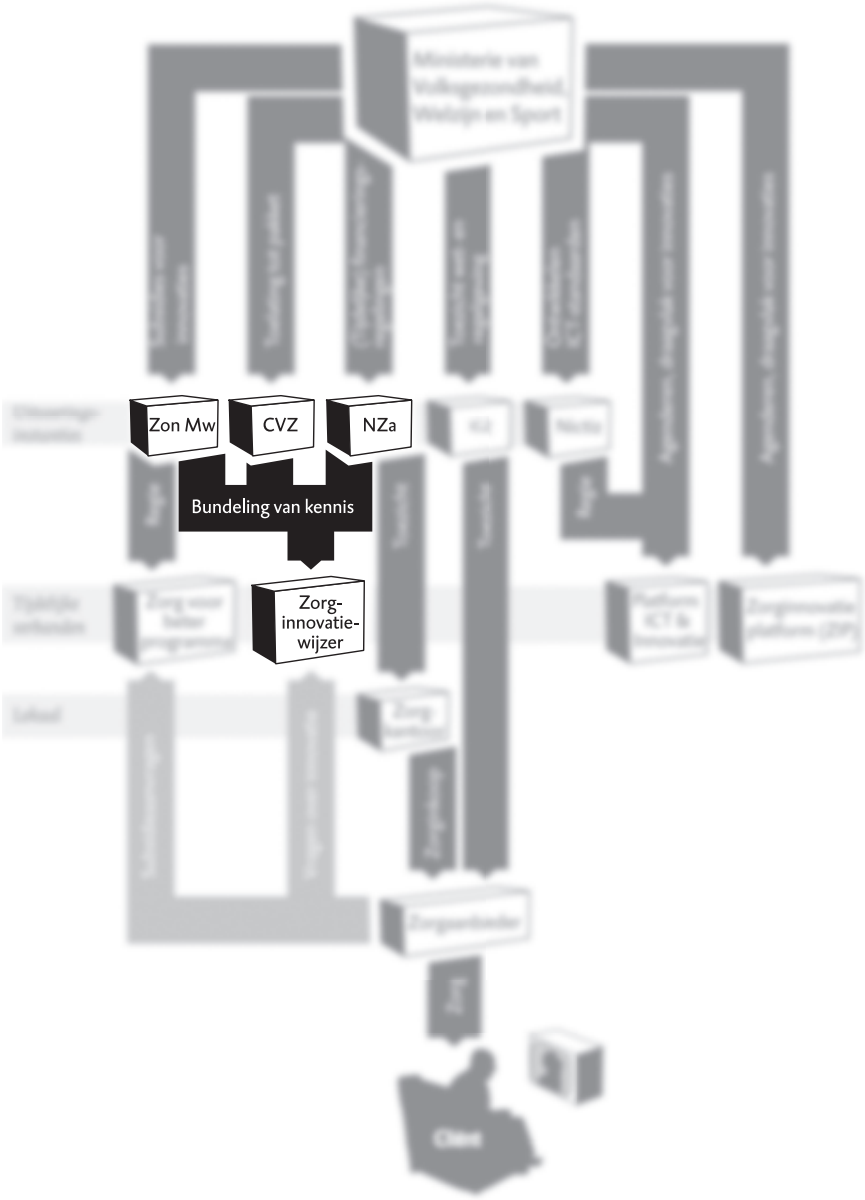
- Via dit loket wordt allereerst zorgaanbieders die willen innoveren de weg gewezen door de relevante wet- en regelgeving en financieringsmogelijkheden. Daarbij kan het gaan om de toelating tot het basispakket (Zorgverzekeringswet en AWBZ), het verkrijgen van een beleidsregel of tarief en het op elkaar aansluiten van regelingen. Hierdoor kunnen bestaande regelingen beter en vollediger worden benut. Daarmee komt een einde aan de situatie waarin informatie over zorginnovaties is verspreid over drie organisaties (de NZa heeft informatie over experimenten, tarieven en beleidsregels; ZonMw heeft informatie over onderzoek, ontwikkeling en implementatie; het CVZ beschikt over informatie over het verzekerde pakket (Zvw en AWBZ)).
- Daarnaast onderzoekt de ZorgInnovatieWijzer of bestaande regelingen voldoende ruimte en prikkels voor vernieuwing bevatten. Bij tekortkomingen moet de ZorgInnovatieWijzer de minister adviseren over mogelijke aanpassingen.[37]

De ZorgInnovatieWijzer gaat in het tweede kwartaal van 2009 officieel van start. Eind 2008 heeft het CVZ een voorlopig loket geopend.

In 2008 is de minister van VWS dus gestart met het verbeteren van informatievoorziening over de relevante financiële wet- en regelgeving en financieringsmogelijkheden. Dit kan ertoe bijdragen dat innovatieve ideeën sneller het traject van experimenteren, testen en breed invoeren doorlopen. Het is nog onduidelijk in hoeverre met de ZorgInnovatieWijzer drempels voor de toelating tot het verzekerde pakket worden verlaagd.

[36] VWS 2008a Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 69.
[37] Zie ook www.zorginnovatieplatform.nl.

Figuur 6 **Bundeling van kennis**



4 ANDERE BELEMMERINGEN

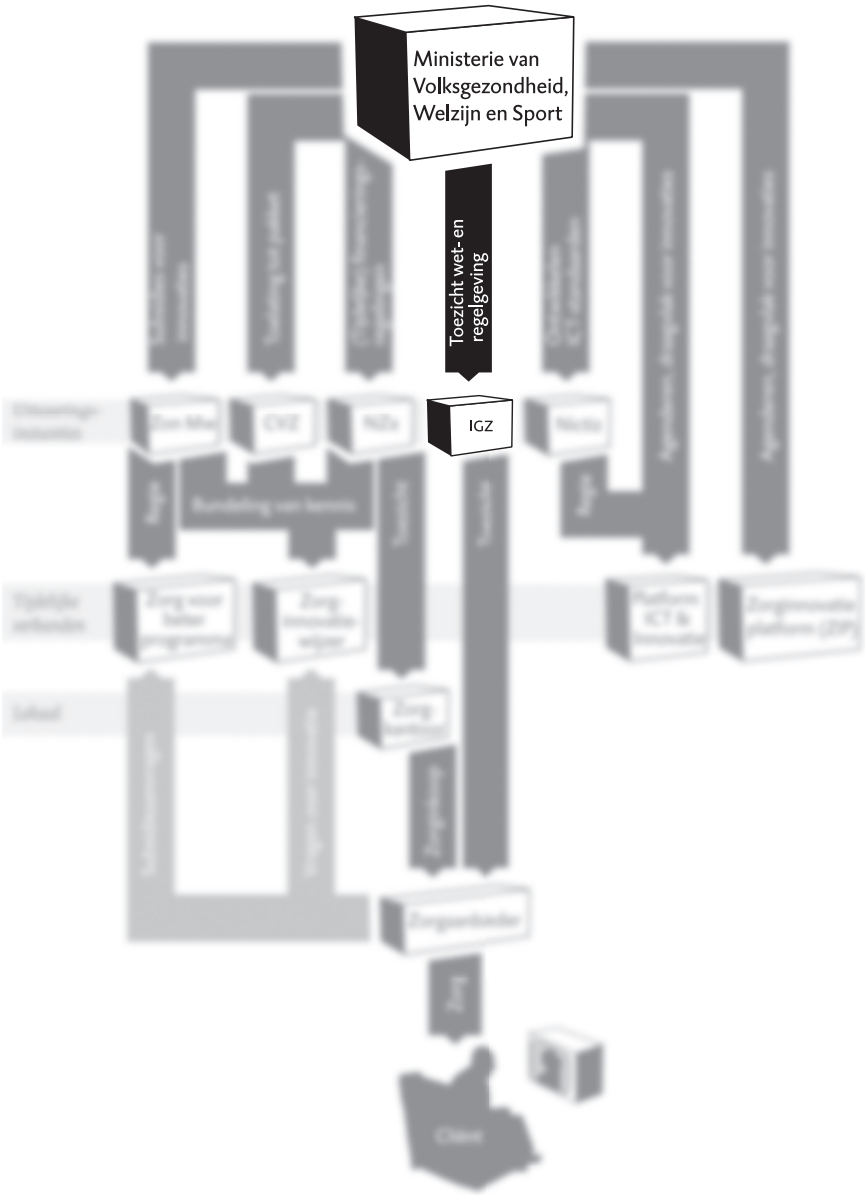
4.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben we gewezen op het ontbreken van voldoende prikkels in het zorgstelsel om te innoveren en innovaties te verspreiden. Ook belichtten we de onzekerheid over de continuïteit van de financiering van innovaties. Er zijn echter nog andere factoren in het zorgstelsel van belang voor de ontwikkeling van innovaties als zorg op afstand. In dit hoofdstuk gaan we allereerst in op belemmeringen als gevolg van bestaande wet- en regelgeving (§ 4.2). Vervolgens bespreken we de standaarden voor ICT-toepassingen (§ 4.3) en eindigen we met het draagvlak bij cliënten, zorgverleners enbestuurders (§ 4.4).

4.2 Wet- en regelgeving

Uit ons literatuuronderzoek naar de verspreiding van innovaties blijkt dat de bestaande wet- en regelgeving de verspreiding kan belemmeren. Uit ons onderzoek blijkt dat dit enerzijds ligt aan de onbekendheid van betrokkenen met de wet- en regelgeving, waaronder de in § 3.3 beschreven financiële regelgeving. Anderzijds ontstaan er vragen over de toepassing van de bestaande wet- en regelgeving en nieuwe vragen over ethische-juridische zaken als privacy en aansprakelijkheid.

Figuur 7 **Toezicht wet- en regelgeving**



Bij zorg op afstand is niet alleen zorgwetgeving van betekenis, maar moet ook steeds voldaan worden aan andere wetgeving, zoals die op het terrein van wonen. De eisen voor de brandveiligheid zijn hiervan een voorbeeld (zie kader).

Brandveiligheidseisen

Zorg op afstand kan betekenen dat zorg aan zelfstandige of kleinschalige woonvormen wordt verleend. Als met zorg op afstand, zorg in kleinschalige woonvormen wordt geboden, gelden echter dezelfde eisen voor brandveiligheid van het gebouw als voor grootschalige zorginstellingen. Dit betekent dat elke woonvoorziening een gecertificeerde brandmelder moet hebben en een aansluiting bij de brandmeldcentrale. Dit brengt hoge

kosten voor deze woonvormen met zich mee. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld de aanwezigheid van bordjes met de aanduiding van vluchtwegen. Dit kan € 842 per aansluiting bedragen.[38]

Er zijn alternatieven voor aansluiting bij de brandmeldcentrale. Een brandalarm is vaak loos alarm: de bewoner van een kleinschalige woonvorm heeft eten laten aanbranden of te lang onder de douche gestaan. Vervolgens gaat het alarm naar de brandmeldcentrale en naar de zorgcentrale. De medewerker van de zorgcentrale neemt contact op met de bewoner om te controleren wat er aan de hand is. Bij loos alarm belt hij de brandmeldcentrale. De wettelijke regeling BrandMeldInstallaties (BMI) vereist een rechtstreekse melding aan de brandweer. De Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding heeft aangegeven dat een particuliere alarminstallatie (PAC) wellicht een oplossing is voor het reduceren van het aantal loze alarmen.[39] Zo'n PAC past echter niet binnen de mogelijkheden die BMI biedt.

Privacy

Zorg op afstand roept daarnaast nieuwe ethisch-juridische vragen op over de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Zo kan de zorgverlener vanuit de hulpcentrale meekijken in de kamer van de cliënt. Dit kan het gevoel van veiligheid thuis vergroten, maar aan de andere kant ook een inbreuk op de privacy van de cliënt vormen.

Een vergelijkbaar probleem heeft zich voorgedaan met het gebruik van domotica in het woonzorgcentrum Leo Polak (zie onderstaand kader). Het gebruik van domotica (woonhuisautomatisering) riep vragen op over de toepassing van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ).[40]

Voorbeeld: toepassing van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen

Uit het onderzoek naar de toepassing van domotica in kleinschalige groepswoningen in het woonzorgcentrum Leo Polak in Amsterdam kwam naar voren dat de status van domotica binnen de Wet BOPZ voor veel verzorgenden en managers onduidelijk is. Zorgverleners leggen bijvoorbeeld bij de toepassing van deze elektronica de nadruk op de behoefte van de bewoner en minder op de vrijheidsbeperkende gevolgen ervan. Die vrijheidsbeperkende elementen zijn onmiskenbaar: het persoonlijk profiel zoals dat per bewoner in het systeem wordt vastgelegd, «tags» (polsbandjes) en bewegingsmelders bepalen én beperken immers rechtstreeks iemands bewegingsvrijheid.
Onduidelijkheid over de juridische status van domotica blijkt een belemmerende factor te zijn voor de invoering van domotica en kan – naast andere overwegingen – een reden zijn waarom zorgaanbieders een afwachtende houding aannemen, dan wel – zoals in het Leo Polakhuis – hun eigen weg zoeken en zelf richtlijnen opstellen voor de toepassing van domotica. Zij missen daarbij een richtinggevend normatief kader.

In oktober 2008 heeft Prismant in opdracht van de IGZ een rapport gepubliceerd over de E-health en domotica waarin ook gewezen wordt ook het vraagstuk rondom de privacybescherming (Velde, F. van der, e.a. 2008). Hiermee krijgt zorg op afstand nu ook vanuit de IGZ speciale aandacht. IGZ heeft zorg op afstand voor 2009 als speerpunt benoemd.

Protocollen

Uit de evaluatie van het Groningse Koalaproject blijkt daarnaast dat het op afstand verlenen van zorg vragen kan oproepen over de – al dan niet veranderende – verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor de cliënt (Boonstra, 2008). Een wijkverpleegkundige moet zijn verantwoordelijkheid voor de cliënt – voor zijn gevoel – delen met hulpverleners die via de hulpcentrale letterlijk en figuurlijk in beeld komen. Onzekerheid over die

[38] Eenmalige investering van € 8 miljoen (afschrijvingsperiode 10 jaar), kosten € 800 000 per jaar. Abonnementskosten aansluiting brandmeldcentrale € 800 000. Totale kosten € 1,6 miljoen per jaar gedeeld door 1 900 aansluitingen is € 842 per aansluiting.

[39] Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding. Brief aan het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, d.d. 3 december 2007.

[40] Bij domotica gaat het om woonhuisautomatisering voor comfort (zoals afstandsbediening van licht en gordijnen), bescherming (automatisch sluiten van deuren en de gaskraan) en personenalarmering. Bij zorg op afstand gaat het om zorgverlening: monitoring, consultatie en behandeling op afstand. In de praktijk is het onderscheid niet altijd te maken.

verantwoordelijkheid kan tot gevolg hebben dat zorgverleners terughoudend blijven met het gebruik van zorg op afstand.

Met enige onderzoeken en het opstarten van de ZorgInnovatieWijzer heeft de minister maatregelen genomen om beperkingen in wet- en regelgeving aan te pakken. De ZorgInnovatieWijzer moet belemmeringen signaleren en daarover rapporteren aan de minister. De ZorgInnovatieWijzer biedt daarmee nog geen oplossing voor andere ethisch-juridische vragen. Daarbij kan gedacht worden aan de privacy en brandveiligheid.

4.3 Standaarden voor ICT-toepassingen

Producten en diensten moeten aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Voor nieuwe producten zijn die eisen soms nog niet duidelijk. Daarom maken producenten, handelaren, inspecteurs, consumentenorganisaties en andere belanghebbenden onderling afspraken over deze eisen (normen). Standaarden kunnen in documenten vastgelegd worden.[41] Voor nieuwe producten is soms niet duidelijk aan welke eisen ze moeten voldoen.
Ook bij zorg op afstand zijn de kwaliteitseisen nog in ontwikkeling. Het gaat daarbij niet alleen om standaarden in technologie en apparatuur en de uitwisselbaarheid tussen systemen (interoperatibiliteit), maar ook om afspraken over begrippen en definities, wetgeving en protocollen, kwaliteits- en gebruikerscriteria en dergelijke.

Ontwikkeling eenduidige standaarden
Uit ons onderzoek blijkt dat het veld behoefte heeft aan eenduidige standaarden voor zorg op afstand. Het ontwikkelen van eenduidige standaarden draagt bij aan het beter op elkaar aansluiten van zorg op afstand-activiteiten. Nu moet, zo geven verschillende zorgaanbieders aan, telkens het wiel opnieuw worden uitgevonden. Dat betekent dat elk project zijn eigen standaarden gaat definiëren voor ICT-toepassingen. Dit kan leiden tot een geringe uitwisselbaarheid van gegevens en hoge kosten om de aansluiting alsnog te maken.

Het is overigens niet zo dat er geen standaarden voor het gebruik van zorg op afstand zijn. De basisnormen voor verantwoorde zorg, normeringen voor bouwen en wonen en kwalificaties voor een goed beheer van zorgsystemen zijn van toepassing op zorg op afstand.
Standaardisering van technologie en apparatuur kan een positieve bijdrage leveren aan het gebruik van de voorziening. Het is efficiënt als alle zorgaanbieders voor dezelfde aanpak kiezen, omdat hierdoor de uitwisselbaarheid van gegevens wordt bevorderd. Eenduidige technische standaarden dragen bij aan het sneller invoeren van bewezen verbeteringen. Voorbeelden hiervan zijn standaarden voor alarm- en ICT-toepassingen voor nachtbewaking en internetstandaarden die telemonitoring eenvoudiger kunnen maken.
Ook Nictiz heeft gepleit voor eenduidige standaarden voor zorg op afstand in taal, referentiemodellen en protocollen. Projecten kunnen zich vaak niet verbreiden door de beperkte uniformiteit. Op dit moment is er nog geen keuze gemaakt voor een standaard. ActiZ en VGN voeren in samenwerking met Nictiz – en gefinancierd door het Ministerie van VWS – een project uit dat een eerste stap is om tot eenduidige standaarden te komen.

Ten slotte heeft ook de NPCF aangegeven waaraan ICT-toepassingen vanuit patiëntperspectief moeten voldoen.[42] Hun kwaliteitscriteria

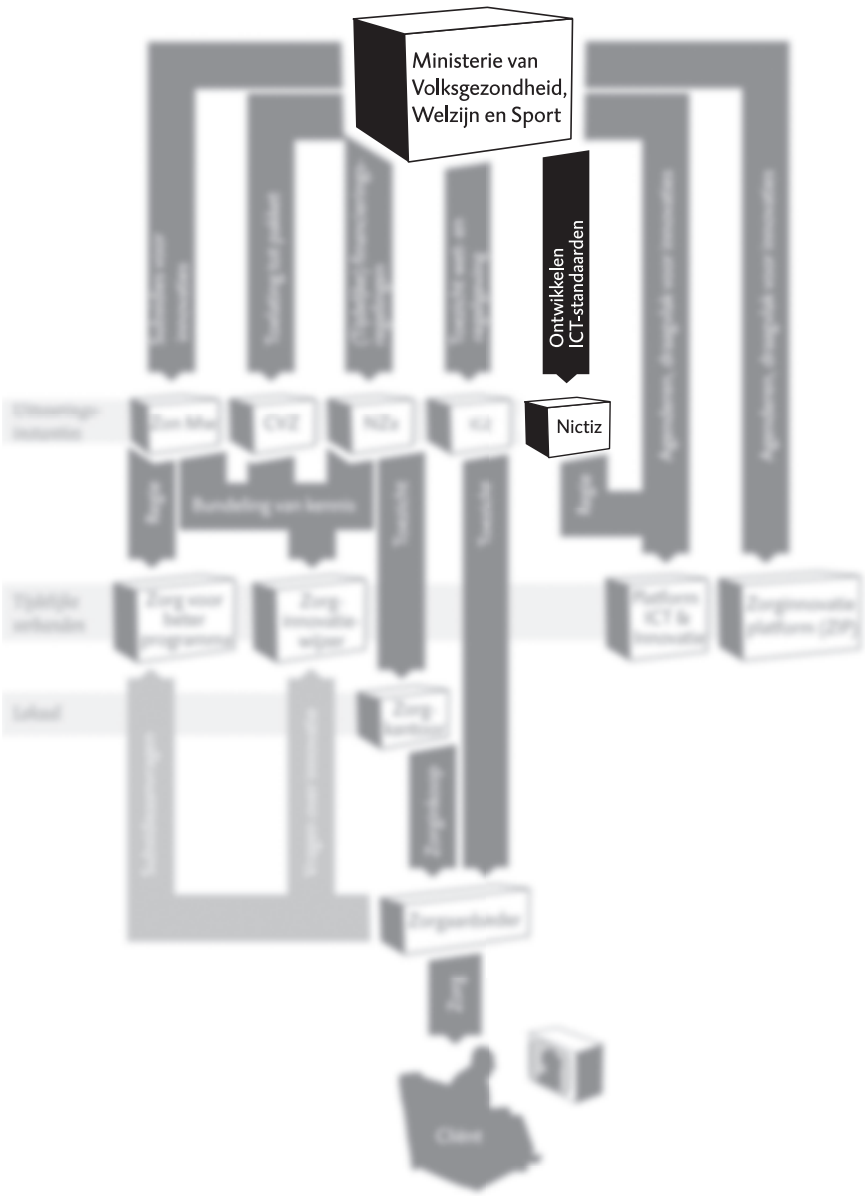
[41] www.normalisatie.nl.
[42] M. Heldoorn (2008) NPCF Visiedocument, Gezondheid 2.0, Toekomst en betekenis van e-health voor de zorgconsument.

betreffen onder meer onbeperkte toegang tot informatie, veiligheid, interoperabiliteit en integratie van toepassingen.

De bewindspersonen van VWS zien de invoering van het EPD als een vertrekpunt voor andere ICT-toepassingen in de zorg. Door het ontwikkelen van standaarden voor het EPD worden nieuwe ICT-toepassingen mogelijk. Dat is in 2008 zo geformuleerd in de ICT-agenda van VWS.[43] Zorg op afstand wordt gezien als een van de volgende stappen in het proces naar een bredere toepassing van ICT. Voor deze volgende stap is echter nog geen beleid ontwikkeld.

Ook op Europees niveau wordt er gewerkt aan normen voor ICT-toepassingen in de zorg. De drie Europese standaardisatieorganisaties CEN, CENELEC en ETSI gaan op verzoek van de Europese Commissie meer samenhang in de diverse Europese normen aanbrengen.[44] Dit project wordt uitgevoerd in de periode 2008–2010.

Figuur 8 **Ontwikkeling van ICT-standaarden**



[43] VWS (2008b) ICT-agenda voor de toekomst.
[44] http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/index_en.htm.

4.4 Draagvlak bij cliënten, zorgverleners en bestuurders

Innovaties kunnen de dagelijkse werkzaamheden in het zorgproces ingrijpend veranderen. Dat kan leiden tot twijfels of weerstanden bij betrokken zorgverleners, hun cliënten en managers. Wordt het zorgproces hier wel beter van? De RVZ heeft in 2005 al gewezen op het belang van draagvlak. Dat belang blijkt uit ook de beschikbare evaluaties over zorg op afstand.
Draagvlak is voor de minister een lastig te beïnvloeden factor. Hij kan zorg op afstand op de agenda zetten bij koepelorganisaties zoals ActiZ, ZN of bestuurders van individuele marktpartijen. Maar hij heeft geringe invloed op het draagvlak bij cliënten. De minister kan wat betreft draagvlak onder zorgverleners bovendien alleen indirect sturen via aandacht in de opleiding, bijscholing of richtlijnen en protocollen.

Cliënten
Zitten cliënten in de langdurige zorg wel te wachten op zorg op afstand? Volgens een aantal zorgaanbieders is het moeilijk om dat te peilen, omdat cliënten geen duidelijk idee hebben van de mogelijkheden van deze nieuwe vorm van zorgverlening. Een aantal patiënten heeft al wel ervaring opgedaan met zorg op afstand. Hun ervaringen worden jaarlijks door het Nivel gemeten. Hieruit blijkt dat driekwart van de cliënten (76%) positief is over zorg op afstand: zij ervaren het contact via het beeldscherm als een belangrijke meerwaarde in vergelijking met telefonisch contact (59%).[45] De meerwaarde van het beeldcontact is dat de cliënt op elk gewenst moment rechtstreeks contact kan opnemen met de zorgcentrale van de thuiszorgorganisatie. Het merendeel van de cliënten en mantelzorgers die ervaring hebben opgedaan met zorg op afstand, vindt zorg op afstand een goede uitvinding. Van de geïnterviewden voelt 70% zich daardoor thuis veiliger. Ook mantelzorgers zijn in het algemeen blij met het extra «toezicht» van de zorgcentrale op de cliënt en met het feit dat de thuiszorgorganisatie in geval van nood te bereiken is. Er zijn overigens nog wel klachten over de betrouwbaarheid van de techniek, maar voor de meeste cliënten is dat geen reden om af te haken.

Een terugkerende vraag bij de zorg op afstand-projecten is in hoeverre oudere cliënten moeite hebben met het gebruik van ICT-toepassingen (bedieningsgemak). De zorgaanbieders die wij geïnterviewd hebben, geven aan dat goede begeleiding daarbij belangrijk is. Bij de introductie van de techniek kan goede begeleiding eventuele problemen of weerstand voorkomen.[46] Ook een eenvoudige en gebruikersvriendelijke vormgeving van de techniek helpt daarbij. Een goede stimulans om vertrouwd te raken met zorg op afstand is verder het mogelijk maken van welzijnsaspecten, zoals contact met familie via internet.[47] Als cliënten op een later moment echt zorg nodig hebben via internet, zijn ze al vertrouwd met de apparatuur. Ook uit het Nivel-onderzoek blijkt dat de meeste ouderen in de praktijk heel goed in staat zijn om met de techniek om te gaan (Peeters J. M. en A. L. Francke 2008).

Zorgverleners
De zorgverleners spelen een zeer belangrijke rol bij het opzetten en verspreiden van innovaties. Zonder de inzet van enkele sleutelpersonen was een aantal innovaties niet van de grond gekomen. Dit is ook de overeenkomst tussen de projecten die we bezocht hebben: het enthousiasme van de betrokkenen. De minister kan deze zorgverleners steunen door in het openbaar aandacht te besteden aan goede voorbeelden van innovatie en te voorkomen dat enthousiaste pioniers afgeremd worden

[45] Peeters J.M. en A.L. Francke (2008) Monitor Zorg op afstand. Verslaglegging van de peiling najaar 2007. Utrecht: Nivel.
[46] Peeters J.M. en A.L. Francke (2008): De meeste cliënten zijn tevreden met het gemak waarmee het systeem te bedienen is. Een vijfde deel vindt de techniek lastig.
[47] Ingen, E. van, e.a. (2007). *Achterstand en afstand; digitale vaardigheden van ouderen, laagopgeleiden, inactieven en allochtonen.* Den Haag: SCP.

door belemmeringen die voortkomen uit het zorgstelsel, zoals de belemmerende wet- en regelgeving en de schotten in de financiering.

Bij andere zorgverleners kan de invoering van zorg op afstand ook tot twijfels leiden, bijvoorbeeld omdat het hun werk sterk zal veranderen. Uit de evaluatie van het Groningse Koalaproject blijkt bijvoorbeeld dat het op afstand verlenen van zorg vragen kan oproepen over de – al dan niet veranderende – verantwoordelijkheid van de zorgverlener voor de patiënt. Een wijkverpleegkundige zal zijn verantwoordelijkheid moeten delen met hulpverleners die via de hulpcentrale in beeld komen (Boonstra, 2008). Een goede begeleiding van de verandering van werkprocessen is daarom van belang.

Zorgaanbieders moeten daarom bij de invoering van zorg op afstand ook aandacht besteden aan begeleiding en scholing van hun professionals. Uit het Nivel/ActiZ-onderzoek (Peeters, J.M. en A.L. Francke 2008) blijkt dat driekwart van de «zorgcentralisten» – de zorgverleners in de hulpcentrale – de ondersteuning bij de werking of techniek van videocommunicatie voldoende vindt. Drie op de tien zorgcentralisten geeft aan dat ze geen training of instructie hebben gekregen over videocommunicatie.

Opleidingsmateriaal zorgverleners

Het verlenen van zorg op afstand heeft grote invloed op het werk van zorgverleners. Volgens de stichting Fonds voor Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg (FOAT) is er behoefte aan opleidingsmateriaal over veranderingen in het zorgaanbod en de gevolgen voor het werk van zorgverleners door (ingrijpende) technologische ontwikkelingen, zoals videocontact.[48] Om in deze behoefte te voorzien financiert Stichting FAOT mede een project van ActiZ voor opleidingsmateriaal over veranderingen in het werk van zorgverleners. Eind 2008 komt een toolkit beschikbaar met een klapper of dvd «Communicatie- en domoticatechnologie», een handleiding «Wat betekent het voor het zorgproces?», een checklist, een technische richtlijn en een format voor het opstellen van een businesscase.

Ook is recent een publicatie verschenen voor verplegenden en verzorgenden over hoe zorg op afstand werkt en wat het betekent voor de cliënt, de mantelzorger en de professionele zorgverlener.[49]

De houding van professionals over zorg op afstand wordt ook beïnvloed door hun achtergrond. De Witte (2008) geeft in zijn oratie aan dat langdurige zorg nog een sterk ambachtelijk karakter heeft en dat mensen vaak in de zorg zijn gaan werken om te zorgen. In hun beleving wringt dat met het gebruik van technologie. Daarbij komt dat in de opleiding van zorgverleners nauwelijks aandacht wordt besteed aan de mogelijkheden van technologie.[50] Uit het effectonderzoek naar de toepassing van domotica blijkt dat daaraan in de opleiding van verzorgende inderdaad geen of nauwelijks aandacht wordt besteed.[51] De kennis van verzorgenden over de mogelijkheden van domotica en toepassingen in de ICT in de zorg is daardoor beperkt: men is minder vertrouwd met het gebruik van nieuwe technologieën.

Bestuurders in de zorg

Bestuurders van een zorginstelling of financiers zijn degenen die beslissen om al dan niet te investeren in zorg op afstand. Zoals in eerdere hoofdstukken is aangegeven bepalen vragen over de toegevoegde waarde van zorg op afstand en de mogelijkheden van een kostendekkende financiering mede deze beslissing. De minister heeft via de (regionale) innovatieplatforms een mogelijkheid gecreëerd om innovaties in het algemeen

[48] http://www.faot.nl.
[49] Thie, J. (2008). *Schermzorg: zorg op afstand via camera en beeldscherm.* Den Haag/Utrecht: Uitgeverij Lemma/Vilans.
[50] Witte, P. de. (2008). Technologie, *mij(')n zorg! Over langdurige zorg, technologie en innovatie.* Rede. Maastricht: Universiteit Maastricht.
[51] Lauriks, e.a., 2008.

onder de aandacht van zorgbestuurders te brengen. Zorg op afstand maakt hiervan ook deel uit.
De minister van VWS startte onlangs een project om het draagvlak bij bestuurders in de langdurige zorg voor het gebruik van ICT te vergroten. Het ministerie heeft het innovatienetwerk voor ondernemers Syntens eind 2008 de opdracht geven om workshops voor zorgbestuurders te ontwikkelen om het draagvlak voor ICT-toepassingen in de zorg te vergroten. Bij afsluiting van dit onderzoek is nog niet bekend op welke schaal hieraan wordt deelgenomen en tot welke activiteiten dit heeft geleid.

BIJLAGE 1 **AFKORTINGEN**

AAL	Ambiant Assisted Living
ActiZ	Organisatie van zorgondernemers
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AZ	(ministerie van) Algemene Zaken
BMI	BrandMeldInstallatie
BOPZ	(wet) Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVZ	College voor zorgverzekeringen
EPD	Elektronisch patiëntendossier
EPN	Electronic-Highway Platform Nederland
EU	Europese Unie
EZ	(ministerie van) Economische Zaken
FAOT	Fonds Arbeidsmarktbeleid en Opleidingen Thuiszorg
FES	Fonds Economische Structuurversterking
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
Nictiz	Nationaal Instituut ICT in de Zorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NWO	Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	(ministerie van) Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
PAC	Particuliere alarminstallatie
PGB	Persoonsgebonden budget
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TPLZ	Transitieprogramma Langdurige Zorg
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VRAP	Vervolg resultaat afgesloten project
VWS	(ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ontwikkeling
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZIP	Zorginnovatieplatform
ZIW	ZorgInnovatieWijzer
ZonMw	ZorgOnderzoek Nederland Medische wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet

BIJLAGE 2 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

De Algemene Rekenkamer heeft tussen augustus 2007 en juni 2008 onderzoek gedaan naar de vermeende problemen met de verspreiding van innovaties in de langdurige zorg. De ontwikkeling van zorg op afstand in de langdurige zorg heeft daarbij als voorbeeld gediend.

Ter voorbereiding van dit onderzoek hebben wij gesproken met vertegenwoordigers van relevante partijen, namelijk (koepels van) zorgverleners, een zorgverzekeraar, een patiëntenorganisatie, onderzoeks- en kennisinstituten, Ministerie van VWS, en ZonMw, de NZa, het CVZ en NIctiz.

Het onderzoek bestond uit vier onderdelen. Dit waren:
- op basis van literatuuronderzoek inventariseren van algemene succes- en faalfactoren voor de verspreiding van zorginnovaties;
- afbakenen van het onderzoek;
- analyse van knelpunten voor de verspreiding;
- analyse van beleidsmaatregelen.

Literatuuronderzoek
In de eerste fase hebben we op basis van literatuuronderzoek en beschikbare projectevaluaties geïnventariseerd welke algemene succesen faalfactoren van invloed zijn op de verspreiding van innovaties.

Afbakenen van het onderzoek
In de tweede fase van het onderzoek zijn deskundigen geïnterviewd, projecten geïnventariseerd en casussen beschreven:
- Ter oriëntatie zijn bij ambtenaren van het Ministerie van VWS en enkele deskundigen uit het veld en van uitvoeringsinstanties geïnterviewd. Dit waren open interviews waarbij vooral werd gevraagd naar praktijkvoorbeelden van innovaties en naar knelpunten in de praktijk.
- Daarnaast hebben wij op basis van internet geprobeerd om zoveel mogelijk projecten te inventariseren die mogelijk relevant konden zijn voor ons onderzoek.

Uit de inventarisatie van projecten bleek dat er sprake is van een grote diversiteit aan zorg op afstand-projecten en dat een nadere afbakening noodzakelijk was. Op basis van een globale inschatting van de risico's is een keuze gemaakt voor zorg op afstand in de landurige zorg. Ook is een keuze gemaakt voor vier projecten die wij nader hebben onderzocht. We hebben gekozen voor de langdurige zorg omdat innovaties in deze sector nog trager van de grond lijken te komen dan in de kortdurende zorg. De casus zorg op afstand is gekozen omdat hier zowel een andere manier van werken als techniek bij komt kijken.

Analyse van de knelpunten voor de verspreiding Om de beleidsuitvoering te beschrijven is er een analyse uitgevoerd van relevante onderzoeken en projectevaluaties. Daarnaast zijn er gesprekken gevoerd met de uitvoerende organisaties NZa, CVZ en ZonMw. Met enkele van deze organisaties zijn meerdere gesprekken gevoerd. Tijdens deze gesprekken werd vooral aandacht besteed aan de opstartfase en «verspreidingsfase» van projecten, betrokkenheid van cliënten, financiën en de rol van de overheid.

Tijdens de laatste twee onderdelen van het onderzoeksproces (analyse van knelpunten voor de verspreiding en getroffen beleidsmaatregelen) is

er bijeenkomst georganiseerd met een externe klankbordgroep (een zogenoemd frisseblikteam). Deze externe klankbordgroep bestond uit:

- prof. dr. Bart Nooteboom, hoogleraar innovatiebeleid Universiteit Tilburg en daarvoor werkzaam bij de WRR;
- dr. Kim Putters, werkzaam bij het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg – iBMG;
- prof. dr. Luc de Witte is bijzonder hoogleraar Technologie in de zorg, Maastricht University, lector Technologie in de zorg, Hogeschool Zuyd en clustermanager Technologie en Toegankelijkheid, Vilans;
- drs. Henk Nouws heeft een onderzoeksbureau: Ruimte voor zorg;
- prof. dr. Guus Schrijvers, als hoogleraar werkzaam bij het Julius-centrum van het UMC-Utrecht.

Analyse van de beleidsmaatregelen
Om na te gaan wat de minister sinds 2005 heeft ondernomen om de verspreiding van innovaties in de langdurige zorg te bevorderen, hebben we beleidstukken bestudeerd. Ook zijn er enkele interviews afgenomen met beleidsambtenaren van het ministerie. Daarbij zijn de relevante onderdelen van het «systeem» beschreven waarvoor de minister (in)direct verantwoordelijk is, zoals de beleidsdoelen en instrumenten en het financieel belang. De beleidsambtenaren hebben hiervoor extra informatie verstrekt.

Analyse van de ontwikkeling van zorg op afstand
Voor het onderzoek zijn vier casussen ter illustratie nader bestudeerd. Hiervoor hebben we interviews gehouden met de aanbieder en gebruik gemaakt van evaluaties van het specifieke project. Daarnaast heeft een literatuurinventarisatie plaatsgevonden van zorg op afstand.

LITERATUURLIJST

ActiZ (2007) *Projectvoorstel aanvraag subsidie bij Transitieprogramma Langdurige zorg.* Utrecht: ActiZ.

Actiz www.zorgopafstand.net, geraadpleegd op 1 december 2008.

AZ (2007) *Beleidsagenda*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008 31 200 III, nr. 2. Den Haag: Sdu.

Beekum, W.T. van, e.a. (2006). *Domotica en telemedicine in het verzekerde pakket: naar nieuwe besluitvormingsprocessen? Een aanzet voor debat.* Diemen: TNO, i.o.v. CVZ.

Berg, B. van den, e.a. (2008). *Financieringsvormen van innovaties in de zorg. Een verkennend onderzoek onder zorgaanbieders en financiers.* Amsterdam: Regioplan.

Berk, M., e.a. (2008). *Stille kennis. Patiënten- en gehandicaptenorganisaties: waardevolle bronnen van informatie.* Utrecht: Julius Centrum.

Boonstra, A, e.a. (2008). *Kijken op afstand, een leerzaam alternatief.* Groninggen: RuG/RHO.

Bos, J.T., D.M. de Jongh en A.L. Francke (2005). *Monitor invoering videonetwerken in de thuiszorg. Verslaglegging van de eerste peiling.* Utrecht: Nivel.

Bouwstenen zorginkoop AWBZ. *Gezamenlijk kader van zorgkantoren voor contractering en zorginkoop 2008 (2007).* Zeist: ZN.

College voor zorgverzekeringen www.cvz.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

CVZ (2004). *ICT in de Zorg.*

EPN (2002). *Telezorg in aanbouw.* Den Haag: EPN.

Gemert-Pijnen, e.a. (2006). *Elektronische consultatie in de praktijk.* Enschede: universiteit Twente.

Heldoorn, M (2008). *Visiedocument, Gezondheid 2.0, Toekomst en betekenis van e-health voor de zorgconsument.* Utrecht: NPCF.

Houwelingen, M. van, e.a. (2007). *HealthHome.* Utrecht: RIVM.

ICM werkgroep (2005). *Tot zorg geprikkeld. Arbeidsproductiviteit en innovatiekracht in de zorg.* Den Haag: ICM.

Ingen, E. van, e.a. (2007). *Achterstand en afstand; digitale vaardigheden van ouderen, laagopgeleiden, inactieven en allochtonen.* Den Haag: SCP.

Lauriks, e.a. (2008). *Meer levenskwaliteit met domotica.* Amsterdam: GGD Amsterdam, VU medisch centrum.

Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding (2007). *Brief aan het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid.*

NEN (z.d.). www.normalisatie.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

NITEL (2002). *Telezorg in aanbouw.* Den Haag: Nitel.

NZa (2008a). *Prestatiemeting zorgkantoren 2007.* Utrecht: NZa.

NZa (2008b). *Extramurale AWBZ-zorg. Analyse van de markt-ontwikkelingen in 2007 en 2008.* Utrecht: NZa.

Peeters, J.M. en A.L. Francke (2008). *Monitor Zorg op afstand in de thuiszorg. Verslaglegging van de peiling najaar 2007.* Utrecht: Nivel.

Putters, K., e.a. (2005). *Passende prikkels. Een studie over innovatie en productiviteit in de AWBZ sectoren.* Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Putters, K., e.a. (2006a). *Vertrouwen voor en door innovatie.* Tilburg: Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Universiteit Tilburg.

Putters, K., e.a. (2006b). *Zorg om vernieuwing.* Tilburg: Tilburgse School voor Politiek en Bestuur, Universiteit Tilburg en TNSnipo.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2002). *E-health in zicht.* Zoetermeer: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2005a). *Van weten naar doen.* Zoetermeer: RVZ.

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2005b). *Weten wat we doen. Verspreiding en innovaties in de zorg.* Zoetermeer: RVZ.

Raad voor Gezondheidsonderzoek (2002). *Knarsende schakels.* Den Haag: RGO.

Riper, H., e.a. (2007). *E-MentalHealth. High Tech, High Touch, High Trust.* Utrecht: Trimbos.

Scherjon, K (2007). *Brief aan het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid, d.d. 3 december 2007 (Nederlandse Vereniging voor Brandweerzorg en Rampenbestrijding).*

Stichting FAOT www.faot.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

TCCN www.teleconsultatie.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

Thie, J. (2008). *Schermzorg: zorg op afstand via camera en beeldscherm.* Den Haag/Utrecht: uitgeverij Lemma/Vilans.

Tjalsma, D. (2007). *Visiedocument Remote control!* Utrecht: NPCF.

Tjalsma, D. (2008). *De bewezen waarde van telemedicine.* Utrecht: NPCF.

Velde, F. van der, e.a. (2008). *E-health en domotica in de zorg: kans of risico?* Utrecht: Prismant (opdrachtgever IGZ).

VROM/VWS (2007). *Beter (t)huis in de buurt. Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 207–2011.*

VWS (2006). *Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg).* Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, nr. 59. Den Haag: Sdu.

VWS (2007a). *Beleidsagenda 2008. Zorgen voor de toekomst.* Den Haag: Sdu.

VWS (2007b). *Rijksbegroting 2008 Volksgezondheid, Welzijn en Sport,* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 2. Den Haag: Sdu.

VWS (2007c). *Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010.* Tweede Kamer, 30 800 XVI, nr. 138.

VWS (2007d). *Motie van de leden Schippers en Agema,* Tweede Kamer vergaderjaar 2006–2007, 30 800 XVI, nr. 92.

VWS (2008a). *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 69. Den Haag: Sdu.

VWS (2008b). *ICT agenda voor de toekomst.* MEVA/ICT-2851961 Den Haag: Sdu.

VWS (2008c). *Innovatie in preventie en zorg, 7 februari 2008.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008 31 200 XVI, nr. 116. Den Haag: Sdu.

VWS (2008d). *Regels inzake marktordening, doelmatigheid en beheerste kostenontwikkeling op het gebied van de gezondheidszorg (Wet marktordening gezondheidszorg).* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 30 186, nr. 65. Den Haag: Sdu.

VWS (2008e). *Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg.* Tweede Kamer, vergaderjaar 2007–2008, 27 529, nr. 40. Den Haag: Sdu.

Westert, G.P., e.a. (red.) (2008). *Zorgbalans 2008, de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg.* Bilthoven: RIVM.

Witte, P. de (2008). *Technologie, mij(')n zorg! Over langdurige zorg, technologie en innovatie.* Maastricht: Universiteit Maastricht.

ZonMw (2006). *Dat verandert de zaak! Geleerde implementatielessen van ZonMw.* Den Haag: ZonMw

Zorginnovatieplatform: www.zorginnovatieplatform.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

Zuidzorg: www.zuidzorg.nl, geraadpleegd op 1 december 2008.

Aangeboden aan de Voorzitter van
de Tweede Kamer der Staten-Generaal door
de Algemene Rekenkamer

Onderzoeksteam

Dhr. drs. O.D. van der Maas (projectleider)
Dhr. drs. S. van As
Mw. drs. J.H. Donk-Antonius
Dhr. H.E.J. van der Geest RE
Dhr. ing. G.J. de Jong
Mw. drs. S.W. Mathijssen

Voorlichting en tekstbegeleiding

Afdeling Communicatie

Postbus 20015
2500 EA Den Haag
telefoon (070) 342 44 00
fax (070) 342 41 30
voorlichting@rekenkamer.nl
www.rekenkamer.nl

Uitgave

Sdu Uitgevers

Zetwerk en begeleiding

Sdu Uitgevers
afdeling Traffic
e-mail traffic@sdu.nl

Drukwerk

DeltaHage Grafische Dienstverlening

Omslag

Corps Ontwerpers, Den Haag

Fotografie

Koen Verheijden / Hollandse Hoogte

Graphics

Xander Wiersma, Taco Zwaanswijk /
Interactive Affairs

Bestelling

Sdu Klantenservice
telefoon (070) 378 98 80
fax (070) 378 97 83
e-mail sdu@sdu.nl
internet www.sdu.nl
of via de boekhandel

KST 130782
ISBN 978 90 12 13027 1
NUR 823