

Vergaderjaar 2008–2009

31 967

Zorg op afstand

Nr. 4

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Blok (VVD), Ten Hoopen (CDA), Weekers (VVD), Van Haersma Buma (CDA), De Nerée tot Babberich (CDA), Aptroot (VVD), Voorzitter, Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Luijben (SP), Van der Veen (PvdA), Kalma (PvdA), Van Gerven (SP), Blanksma-van den Heuvel (CDA), Cramer (CU), Van Dijck (PVV), Gesthuizen (SP), Ouwehand (PvdD), Heijnen (PvdA), Tang (PvdA), Vos (PvdA), ondervoorzitter, Bashir (SP), Sap (GL) en Vacature (CDA).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van der Burg (VVD), Jonker (CDA), Snijder-Hazelhoff (VVD), De Vries (CDA), Van Hijum (CDA), Van Beek (VVD), Boekestijn (VVD), De Pater-van der Meer (CDA), Van der Ham (D66), Gerkens (SP), Vermeij (PvdA), Kuiken (PvdA), Kant (SP), Vacature (CDA), Anker (CU), De Roon (PVV), Irrgang (SP), Thieme (PvdD), Linhard (PvdA), Besselink (PvdA), Depla (PvdA), Roemer (SP), Vendrik (GL) en Mastwijk (CDA).

² Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Timmer (PvdA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Atsma (CDA), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Arib (PvdA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Heerts (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en De Wit (SP).

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 8 september 2009

De commissie voor de Rijksuitgaven¹ en de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport² hebben een aantal vragen voorgelegd aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het rapport van de Algemene Rekenkamer «Zorg op afstand» (Kamerstuk 31 967, nrs. 1 en 2).

De staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 september 2009. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie voor de Rijksuitgaven,
Aptroot

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Van de Wiel

1

Hoeveel instellingen maken er op dit moment gebruik van domotica/ICT (zorg op afstand?)

Uit de Monitor Zorg op afstand (Nivel, Utrecht 2009) blijkt dat eind december 2008 bij elf van de eenentwintig aan het netwerk Zorg op Afstand deelnemende zorgorganisaties daadwerkelijk cliënten zijn aangesloten op een systeem voor videocommunicatie. De andere tien zorgorganisaties zijn nog bezig met de doorstart of met het opstarten van zorg op afstand binnen hun organisatie.

Een onbekend aantal andere instellingen werkt ook met zorg op afstand, zoals onder andere blijkt uit het rapport «Zorg op afstand met behulp van ICT, inventarisatie van praktijkvoorbeelden en stimuleringskansen» van Nictiz (Den Haag 2008).

2

Hoeveel denkt het kabinet te besparen, door zorg op afstand te plaatsen?

Zorg op afstand als onderdeel van de reguliere zorg kan veel gaan betekenen voor de zelfstandigheid en de emancipatie van de zorgvrager. Verder moet zorg op afstand worden gezien in het licht van toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt. Het is naar ons oordeel één van de noodzakelijke innovatierichtingen om er voor te zorgen dat in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg behouden kunnen worden. Het aanbod van zorg op afstand komt beschikbaar voor de cliënt door veelal de samenwerking tussen zorgverleners, verzekeraars en het bedrijfsleven, rekening houdend met de wensen van de cliënt. Hoewel er indicaties zijn dat volledig uitontwikkelde toepassingen van zorg op afstand ook de efficiency verbeteren, is het nu nog te vroeg om een besparing in te boeken.

3

Hoe gaat het kabinet ervoor zorgen dat innovatie en techniek in de zorg niet vervreemdend gaat werken voor zowel personeel als de patiënt?

Innovatie en techniek maken al onderdeel uit van de zorg en de samenwerking. Zoals in het antwoord op vraag 2 al wordt aangegeven, komt het aanbod van zorg op afstand beschikbaar voor de cliënt door veelal de samenwerking tussen zorgverleners, verzekeraars en het bedrijfsleven, door vooral ook rekening te houden met de wensen van de cliënt. Wil de implementatie van nieuwe innovatie en techniek succesvol zijn dan is goede aansluiting nodig bij de wensen van de cliënt en bij het oordeel van de zorgverlener (hoe past zorg op afstand in het zorgproces). Deze aansluiting biedt naar ons oordeel ook de voorwaarde om het effect van vervreemding te voorkomen.

4

Kan een overzicht worden gegeven van alle innovaties zorgprojecten? Wat zijn de kosten ervan? Wat zijn de verwachte baten?

Het bedoelde overzicht kunnen we niet geven. Innovatieve zorgprojecten vinden op veel plaatsen in Nederland in vele soorten en maten plaats en zijn in veel gevallen niet gemakkelijk los te beschouwen van de reguliere zorg. Zoals in het antwoord op vraag 2 ook al is aangegeven, kunnen innovaties veel betekenen voor de zelfstandigheid en de zelfredzaamheid van de cliënt. Innovatie achten we noodzakelijk om in de toekomst de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg te kunnen behouden. Binnen onze beleidsterreinen lopen verschillende programma's gericht op de preventie, cure en care zoals de ontwikkeling van zelfmanagement, het beleid ten aanzien van ontwikkeling zorgstandaarden en

de functionele bekostiging, het Programma versterking eerste lijn, het Transitieprogramma in de Langdurige Zorg en het Nationaal Programma Ouderenzorg. Over de resultaten van deze specifieke programma's wordt u afzonderlijk op de hoogte gehouden.

Ten aanzien van het Zorginnovatieplatform (ZIP), waarvan de minister en ik respectievelijk voorzitter en vice-voorzitter zijn, kan hier worden vermeld dat wij eind juni een financieel instrumentarium van 96 miljoen euro tot 2012 voor innovaties in de zorg hebben gelanceerd. Dit instrumentarium bestaat uit inmiddels gepubliceerde regelingen voor innovatievouchers en voor zorginnovatie prestatiecontracten. Medio augustus verschijnt er een call voor opschalingsprojecten en begin 2010 start een call voor experimenten. Deze financiële regelingen worden uitgevoerd door SenterNovem.

Ik geef aan de implementatie van innovaties in de langdurige zorg een extra impuls met het stimuleringsprogramma «In voor zorg!» dat volgt op het congres «Yes, we care!» van 5 juni 2009. Daarmee wordt bestaande kennis toegankelijker gemaakt voor zorgaanbieders en wordt zorgaanbieders een ondersteuningsaanbod gedaan voor de implementatie van deze kennis. In mijn brief van 12 juni 2009 over de nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ, is dit programma reeds aangekondigd. In het antwoord op vraag 21 wordt in gegaan op de verwachte baten.

5

Erkent de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat zorg op afstand de «warme zorg» nooit helemaal kan vervangen? Wat gaat het kabinet doen om de personeelstekorten zoveel mogelijk te beperken?

De essentie van zorg op afstand is dat het (warm) onderdeel uitmaakt van het reguliere zorgproces. Zorg dient altijd afgestemd te zijn op de behoefte en mogelijkheden van de patiënt. Combinaties van zorgverleninginstrumenten geven ook weer meer mogelijkheden van zorg op maat. In de monitor van het Nivel wordt aangegeven dat de op zorg op afstand aangesloten cliënten overwegend tevreden zijn over het contact op afstand. Van de cliënten wil bijvoorbeeld 66% het netwerk graag houden, voelt 71% zich veiliger en is 61% van mening langer thuis te kunnen blijven wonen (Nivel, Utrecht 2008).

In november hebben wij u het actieplan «Werken aan de zorg» met betrekking tot de knelpunten op de arbeidsmarkt toegestuurd. Op dit moment wordt dit actieplan, dat aanvullend is op hetgeen door de zorginstellingen en sociale partners ondernomen wordt, uitgevoerd. Relevante onderdelen van het actieplan zijn het stagefonds en de versterking van de regionale arbeidsmarkt in de zorg. In september 2009 komt er vanuit het Zorginnovatieplatform een Arbeidsmarktadvies, dat met name betrekking heeft op de langere termijn.

6

Erkent het kabinet dat zorg op afstand niet alleen dingen oplost maar ook een extra gevaar kan opleveren, bijvoorbeeld als de techniek het laat afweten? Zo ja, hoe worden dat opgelost?

Er moeten altijd procedures zijn voor het geval technieken het laten afweten. Dat geldt niet alleen voor zorg op afstand maar ook voor zorg in ziekenhuizen en praktijken. Een goed voorbeeld in de thuissituatie is de nachtdialyse voor nierpatiënten thuis, waarvoor de procedures voor onverwachte situaties goed zijn uitgewerkt.

7

Innovaties verspreiden zich langzamer dan wenselijk, zo wordt gesteld. Wat is de gemiddelde tijd van verspreiden van innovaties in de sector en kan het kabinet dit ook uitgesplitst naar sector aangeven wat hiervan de oorzaken zijn? Zijn in dezen al resultaten zichtbaar van het innovatieloket?

Er is geen gemiddelde tijd aan te geven voor de verspreiding van innovaties op de terreinen preventie, cure and care. Die invoering hangt af van een groot aantal factoren. Het gaat niet alleen om het toepassen van nieuwe technieken, maar ook om ingrijpende zorginhoudelijke en organisatorische aanpassingen. Draagvlak en gewenning bij zowel cliënt, de zorgprofessional als de directie van een instelling zijn daarbij onmisbare voorwaarden, naast eventuele aanpassing in wet- en regelgeving en bekostiging.

De in het antwoord op vraag 4 genoemde programma's hebben tot doel de innovatie van de zorg te stimuleren. Daarvan mag ook een positief effect op het innovatietempo worden verwacht. Met name het Zorginnovatieplatform is deze kabinetsperiode opgericht om innovaties aan te jagen en hun introductie te versnellen. Het stimuleringsprogramma «In voor zorg!» wordt vooral gericht op het implementatietempo van innovaties in de langdurige zorg.

De resultaten zijn niet zichtbaar in het innovatieloket. De Zorginnovatiewijzer, een samenwerking tussen CVZ, NZa en ZonMw, is op 24 juni 2009 officieel gelanceerd en is bedoeld om innovatoren in de preventie, cure en care de weg te wijzen hoe zij hun innovatie verder kunnen brengen. Ook zal de Zorginnovatiewijzer eind van dit jaar op basis van de ervaringen aangeven tegen welke belemmeringen innovatoren aanlopen.

8

Is naar inschatting van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) ook duidelijk wie de regie heeft als het gaat om de implementatie van de innovatie?

Op plaatselijk en regionaal niveau ligt de regie van de implementatie bij de veldpartijen zoals zorgaanbieders, verzekeraars en bedrijfsleven. Bij de zorgverzekeraars ligt een sleutelrol vanuit hun inkoopfunctie (zie ook het antwoord op vraag 19). Bij de invulling van deze rol is echter voor de houding «not invented here» geen plaats. Goede voorbeelden verdienen sneller bredere verspreiding. De in het antwoord op vraag 4 genoemde programma's geven mede richting aan het innovatieproces in de zorg.

9

Wat is de reactie van de staatssecretaris van VWS op de conclusie van de Algemene Rekenkamer dat innovaties op onvoldoende draagvlak kunnen rekenen, ook omdat de tekorten op de arbeidsmarkt nog niet als een nijpend probleem gezien worden? Hoe ziet de staatssecretaris van VWS haar rol in dezen?

Om voldoende draagvlak te verkrijgen moeten meerdere barrières worden overwonnen. Daarbij helpt het als innovatie als noodzakelijk voor de toekomst van de zorg wordt gezien. Het besef dat toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt een nijpend probleem zijn, kan het gevoel van urgentie voor innovaties versterken. Dit wordt dan ook regelmatig vanuit VWS benadrukt en uitgedragen en ligt mede ten grondslag aan het samen met de veldpartijen geïnitieerde Transitieprogramma in de Langdurige Zorg. In de contacten met het veld, krijgen we niet de indruk dat deze boodschap niet aanslaat. Bij veel veldpartijen staat de personele problematiek dan ook hoog op de agenda. In haar visie zet het ZIP dan ook in op innovatieve oplossingen die bijdragen aan verbetering van de arbeidseffectiviteit.

10

Hoe beoordeelt de staatssecretaris van VWS in het licht van belemmeringen in wet- en regelgeving de mogelijkheid van regelvrije zones voor het innovatiebeleid?

Wet- en regelgeving is geënt op de bestaande zorgverlening. Dit kan leiden tot onbedoelde belemmerende effecten op nieuwe vormen van zorg. Het is daarom zaak het proces van aansluiting van wet- en regelgeving op nieuwe zorgvormen vlot te laten verlopen. Hiervoor zijn onder andere experimenteerregels in de Wet Marktordening Gezondheidszorg opgenomen. Op basis daarvan is geregeld dat de zorgaanbieder voor de AWBZ- en ZVW-zorg voor een bepaalde periode een verantwoorde mate van vrijheid en verantwoordelijkheid kan krijgen om zorg op een nieuwe manier te leveren. Zo kunnen zorgaanbieders, cliënten en de zorgverzekeraars belangrijke ervaring opdoen.

Regelvrijheid moet niet worden opgevat als «vrij van regels» maar als zorgen voor regels die meer vrijheid (en verantwoordelijkheid) bieden. De experimenten zijn meestal afgebakend op doelgroep of (keten)zorgvorm. In sommige gevallen speelt een geografische afbakening (een zone) een rol. Dat is bijvoorbeeld het geval in Friesland waar een leeromgeving is ingericht voor vraaggerichte ketenzorg en in Rotterdam waar wordt geëxperimenteerd met afstemming door gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar op het gebied van de inkoop van welzijns- en zorgdiensten voor specifieke groepen kwetsbare burgers.

De informatie die uit de monitoring van experimenten en uit de ZorgInnovatieWijzer wordt verkregen, zal worden ingezet bij het streven naar adequate aansluiting van de wet- en regelgeving op ontwikkelingen in de wijze waarop de zorg wordt verleend.

Overigens is de aanpassing van wet- en regelgeving pas dan effectief als de even noodzakelijke aanpassingen in gedrag en cultuur daar ten minste gelijke tred mee houden.

11

Hoe ziet de staatssecretaris van VWS de aanbeveling om belemmeringen in de medisch-juridische informatieverschaffing op te heffen? Zouden best-practices hier een rol kunnen spelen?

De eerste aanbeveling van de Algemene Rekenkamer is om belemmeringen in medisch-juridische wet- en regelgeving beter in kaart te brengen. Dat geeft aan dat nog niet helder is of en zo ja welke belemmeringen moeten worden opgeheven. Ervaring uit bestaande projecten moeten daarin meer inzicht verschaffen.

12

Wat is de reactie van de staatssecretaris van VWS op de aanbeveling om de ICT-standaarden beschikbaar te stellen? Wat is het tijdspad waarop na een innovatie, als de innovaties in de langdurige zorg zoals beschreven in het voorliggende rapport, standaarden mogelijk zijn?

Het ontwikkelen van normen en standaarden is primair de verantwoordelijkheid van het veld. Zo wordt op dit moment door marktpartijen en begeleidt door het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) gewerkt aan een norm voor telemedicine. Voor de landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling ten behoeve van de zorgverlening (landelijk EPD) zijn door het Nationaal ICT Instituut in de zorg (NICTIZ) standaarden vastgesteld waaraan aansluitingen op die infrastructuur moeten voldoen. Deze landelijke standaarden zijn al beschikbaar.

Interoperabiliteit is een belangrijke voorwaarde om te kunnen opschalen, ook bij toepassingen voor zorg op afstand. Er is geen tijdspad aan te geven waarop standaarden beschikbaar komen. Soms zijn er internationale standaarden voorhanden, soms moeten deze standaarden aangepast worden aan de Nederlandse situatie en soms moeten nieuwe normen en standaarden worden ontwikkeld. Het kabinetsbeleid met betrekking tot open standaarden en open source is hierbij een uitgangspunt.

13

Hoe is de voortgang van dit dossier in EU-verband?

E-health komt steeds prominenter op de Europese agenda. Medio vorige jaar is een aanbeveling inzake grensoverschrijdende interoperabiliteit van systemen voor elektronische medische dossiers uitgebracht; er ligt een opdracht van de Europese Commissie voor de Europese standaardisatieorganisaties; en eind 2008 is de mededeling van de Europese Commissie verschenen inzake telegeneeskunde. Later dit jaar vindt in de Raads-werkgroep nadere besluitvorming plaats. De Nederlandse insteek is het nastreven van voldoende integratie van ICT-toepassingen in het reguliere zorgproces. Om die integratie te bereiken is het noodzakelijk dat alle belanghebbende partijen samenwerken.

Nederland participeert ondermeer in projecten gericht op het vaststellen van de uitgangspunten voor Europese uitwisseling van patiëntgegevens (EPSOS, european patient smart open services) en Calliope (Europees netwerk voor kennisuitwisseling), maar ook in internationale onderzoeksprogramma's als Ambient Assisted Living.

Belangrijk is ook de actieve participatie van Nederland in het Europese standaardisatiecircuit. Zo krijgt het Nederlands Normalisatie-instituut (NEN) jaarlijks subsidie om internationale ontwikkeling op dit terrein te volgen en daarin te participeren. In het bijzonder voert het NEN het secretariaat van de CEN-werkgroep TC251, die het mandaat van de commissie uitvoert met betrekking tot internationale standaarden rondom ICT in de zorg. Op deze wijze zijn er maximale mogelijkheden om internationale standaarden te gebruiken en waar deze er niet zijn de Nederlandse standaarden in te brengen in het Europese circuit. Binnen het mandaat werkt CEN (Europese standaardisatieorganisatie) nauw samen met ISO (wereld standaardisatie organisatie) en de HL7-organisatie.

14

Innovaties in de langdurige zorg komen nog onvoldoende van de grond en hebben geen garantie voor continuïteit. Welke aanbevelingen heeft de staatssecretaris van VWS voor structurele stimulans van innovaties zodat de continuïteit van financiering van een project beter is gewaarborgd?

In het antwoord op vraag 10 is aangegeven dat de ruimte om experimenteren belangrijk is voor innovatie. Zolang een experiment niet het bewijs heeft opgeleverd dat een nieuwe vorm van zorg doelmatig en effectief is, liggen garanties over de continuering van dat project niet voor de hand. Maar waar dat bewijs er wel ligt, is het zaak het vervolg zo goed en tijdig mogelijk te laten aansluiten op de experimenteerperiode. De ervaring leert dat deze overgang kwetsbaar is. Dat ligt niet alleen aan de traagheid in de aanpassing van wet- en regelgeving maar ook aan het gegeven dat veranderingen in gedrag en in de cultuur veel tijd vragen. Onder andere in het Transitie Programma in de Langdurige Zorg en het Nationaal Programma Ouderenzorg wordt daarom bevorderd dat de zorgaanbieders, ketenpartners en beoogde vervolfinanciers in een zo vroeg mogelijk stadium van het experiment de discussie aangaan over alle aspecten van de vervolgfase.

15

Wanneer komt de Nederlandse Zorgautoriteit met haar visie op innovatie?

De Nederlandse Zorgautoriteit verwacht in december 2009 met haar visie op innovatie te komen.

16

Is het kabinet bereid te onderzoeken in hoeverre de budgetten van zorginstellingen toereikend zijn om zorg op afstand structureel te gebruiken?

In hoeverre hebben de zzp-ers een belemmerend effect?

Voor het antwoord op de vraag of zorg op afstand structureel binnen de budgetten van zorginstellingen past, is zicht nodig op zowel de kosten als de baten van dit instrument. In dit verband wordt de evaluatie van de NZa-beleidsregel Screen-to-screen afgewacht.

Of en zo ja hoe van zzp's een belemmerend effect uitgaat op zorg op afstand is niet te zeggen omdat dit ook afhangt van de vraag hoe de organisatie van zorg op afstand vorm krijgt.

17

Hoe groot en belangrijk is de regiefunctie van beroepsverenigingen en beroepsgerelateerde expertisecentra hierin?

Bij de beantwoording van vraag 8 is aangegeven dat de regie van de implementatie op plaatselijk en regionaal niveau ligt bij de veldpartijen zoals zorgaanbieders, verzekeraars en bedrijfsleven. En dat bij de zorgverzekeraars een sleutelrol ligt vanuit hun inkoopfunctie. Het is evident dat er op landelijk niveau als het om de inhoud van de zorg gaat ook een regiefunctie uitgaat van de beroepsverenigingen, ondersteund door beroepsgerelateerde expertisecentra.

18

Draagt ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw) ook bij aan de daadwerkelijke implementatie van innovaties? Zo ja, welke structuur en methodiek hanteren zij voor implementatie?

ZonMw gaat uit van de innovatiecyclus waarin innovaties een fasegewijze ontwikkeling kennen van idee, via ontwikkelen en testen (exploratie), naar praktijktoepassing en opschaling (exploitatie). Door extra stimulansen te geven aan exploitatie, naast die voor exploratie, verloopt de innovatiecyclus vlotter en worden innovaties sneller geïmplementeerd.

Vanaf de oprichting in 1996 draagt ZON (en vanaf 2001 ZonMw) actief bij aan de implementatie van innovaties. Bij elk te honoreren project worden vragen gesteld over de implementeerbaarheid van resultaten, de relevante doelgroepen en de wenselijke implementatieactiviteiten. Waar kansrijk krijgen projecten extra middelen om te implementeren (verspreiding en implementatie impuls, VIMP) waarvoor minimaal 5% van programmabudgetten wordt gereserveerd. Daarnaast regisseert ZonMw specifieke implementatietrajecten in de vorm van verbeterprogramma's zoals Sneller Beter en Zorg voor Beter. Voor landelijke implementatie is in 2008 € 35 miljoen uitgegeven, bijna een kwart van het totale begrote budget van ZonMw voor 2008.

Sinds 2008 monitort ZonMw het vervolg van haar afgeronde projecten. Bijna de helft daarvan heeft een wetenschappelijk vervolg of een maatschappelijke toepassing.

ZonMw draagt ook bij aan het vergroten van kennis over implementatie en geschikte strategieën daarvoor door de ervaringskennis uit haar implementatietrajecten te bundelen en te publiceren en door specifiek implementatieonderzoek uit te laten voeren.

19

De inzet van werk wordt beloond en niet de opbrengst van ingezet werk, terwijl innovatie juist gericht is op opbrengst. De prikkel voor zorgkantoren om te innoveren is er te weinig; zij verdienen hier immers niets aan. Hoe gaat de staatssecretaris van VWS bevorderen dat de juiste prikkels ontstaan om te innoveren en tegelijkertijd een goede positie in de markt te behouden?

Onze ervaring is dat veel zorgkantoren zich naar vermogen inzetten voor innovatie van de langdurige zorg. In de inkoopleidraad AWBZ 2009–2010

van 22 april 2009 zet Zorgverzekeraars Nederland uiteen hoe de zorgkantoren dat doen. Zij benoemen probleemvelden waarop zij graag innovaties willen zien, creëren ruimte voor innovatie binnen de bestaande financiële kaders, zetten de extra middelen in die voor innovatie beschikbaar zijn, sturen in de zorginkoop gericht op innovaties en/of zijn betrokken bij de totstandkoming van de uitvoering van innovatieve projecten. In de discussie over de toekomst van de AWBZ is de betekenis van de zorginkoop voor innovatie van de langdurige zorg een belangrijk aspect. In mijn brief van 12 juni 2009 over de nadere uitwerking van de toekomst van de AWBZ, wordt aangegeven dat de komende periode bij het onderzoek naar prikkels voor doelmatigheid bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars ook wordt bekeken of het mogelijk is uitgaven voor alternatieve doelen die indirect aan de AWBZ ten goede komen, toe te staan, zoals stimuleringsprojecten ketenzorg, preventie, innovatie, inschakeling zorgmakelaars en cliënteninformatie.

20

Hoe beoordeelt het kabinet innovatieprojecten die worden geïnitieerd en gefinancierd door de industrie of het bedrijfsleven? Leveren die in het licht van de conclusies en aanbevelingen voordelen op?

Innovaties ontstaan vooral in de markt en zo hoort het ook. Het is goed als industrie en bedrijfsleven daarbij in een zo vroeg mogelijk stadium zorgpartijen betrekken. Implementatie van innovaties dient immers in de zorg te gebeuren en dan is acceptatie door de zorgsector (zorgvragers, zorgaanbieder en zorginkopers) een essentiële factor voor een succesvolle implementatie.

21

In de periode 2005–2013 is er € 340 miljoen euro gereserveerd voor innovaties in de langdurige zorg, wat is de geschatte opbrengst van deze gereserveerde gelden?

De opbrengst van de investeringen in innovatie is gelegen in kennisvermeerdering, leerproducten, verbeteringen, vernieuwingen en innovaties van zorg maar ook in geleverde zorg. De waarde van al deze resultaten valt niet te kwantificeren.

22

Slechts minder dan de helft van de uit de AWBZ gereserveerde € 90 miljoen in de periode 2005–2007, te weten € 41 miljoen, is toegewezen aan innovatiebevorderende projecten. Is de staatssecretaris van VWS voornemens onderzoek te gaan doen naar de oorzaak van deze onderbesteding? Hoe gaat de staatssecretaris van VWS in de toekomst stimuleren dat innovatieve projecten van start gaan?

In nauw overleg met de branche-organisaties in de langdurige zorg is besloten de besteding van het genoemde bedrag over een langere periode te spreiden. Het ligt niet in de rede hier onderzoek naar te doen. Zoals onder andere in de antwoorden op de vragen 4 en 7 al is aangegeven, willen wij met verschillende programma's het tempo van het innovatieproces in de zorg versnellen.

23

Hoe beoordeelt het kabinet het uitvoeren van innovatieprojecten door brancheorganisaties, cliëntenorganisaties en beroepsverenigingen? Levert dat voordelen op voor het draagvlak en de verspreiding van de innovaties?

Zoals in het antwoord op vraag 20 is aangegeven is acceptatie en draagvlak een essentiële factor voor succesvolle implementatie. De genoemde organisaties en verenigingen spelen daarin een belangrijke rol.