

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

133

Vragen van het lid **Ellemeet** (GroenLinks) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat een verdienmodel voor thuiszorgtechnologie ontbreekt* (ingezonden 24 augustus 2018).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 1 oktober 2018).

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht dat een verdienmodel voor thuiszorgtechnologie ontbreekt?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de zorgen dat de inzet van thuiszorgtechnologie nog onvoldoende plaatsvindt en dat dit wel wenselijk is gezien de groeiende vraag naar thuiszorg en de personeelstekorten in de thuiszorg? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Ja.

Vraag 3

Deelt u de zorgen over de onvolwassen markt voor thuiszorgtechnologie, mede veroorzaakt door de onzekere afzetmarkt voor producenten als gevolg van het ontbreken van bekostigingsmogelijkheden voor thuiszorgtechnologie voor zorgorganisaties? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Ik herken dat het aanbod voor thuiszorgtechnologie in beweging is. Dat blijkt ook uit de e-health monitor van 2017. Ik deel de constatering dat dat het gevolg is van het ontbreken van bekostigingsmogelijkheden echter niet. De bekostiging van de inzet van thuiszorgtechnologie als onderdeel van zorg is wel degelijk mogelijk binnen de wettelijke kaders. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de «Wegwijzer bekostiging e-health» van de NZa.²

¹ Zorgvisie, 17 augustus 2018

² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_240745_22/2/

De technologie die wordt ingezet bij het leveren van zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt indirect vergoed. De vergoeding voor technologie is verdisconteerd in de integrale vergoeding die een instelling ontvangt. Dit is vergelijkbaar met kostenposten als overhead of loonkosten die een instelling ook noodzakelijkerwijs moet maken.

Daarnaast is er ruimte om extra vergoedingen af te spreken voor zorgtechnologie. In de Wlz kan dit bijvoorbeeld worden gedaan bij de jaarlijkse budgetafspraken tussen zorgaanbieder en zorgkantoor. Het zorgkantoor kan een hoger tarief – tot de maximum beleidsregelwaarde van de NZa – afspreken met een zorgaanbieder om zo de bekostiging van zorgtechnologie mogelijk te maken. Of door gebruik te maken van de extra vergoedingen voor beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg (ook mogelijk in de wijkverpleging).

Ook bestaat in de wijkverpleging de prestatie «Beloning op maat», waarbij ruimte is voor concrete afspraken met de zorgverzekeraar over thuiszorgtechnologie. Dit vraagt wel om een gezamenlijke business case van zorgaanbieder(s) en financiers van zorg.

Dit kan een complexe exercitie zijn, want gaat soms over grenzen van domeinen heen, maar het is mogelijk.

Zo zijn zorgverzekeraars hier actief mee bezig en van harte bereid kennis en ervaring hierover te delen. Daarbij benadrukken zorgverzekeraars dat het niet gaat om kosten en baten voor de aanschaf, implementatie, gebruik en beheer van de technologie als zodanig. De «business case» richt zich op het oplossen van een probleem in de organisatie van zorg voor een specifieke doelgroep, in dit geval ouderen thuis, waarbij thuiszorgtechnologie een deel van de oplossing kan zijn. Daarbij ontstaat ook inzicht waar de kosten en baten daadwerkelijk financieel gerealiseerd (gaan) worden.

Verder bieden het grote experiment in de wijkverpleging en de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten ruimte voor maatwerkafspraken over de inzet van thuiszorgtechnologie. Een voorbeeld van een afspraak is een opslag bovenop het uurtarief waardoor een specifieke investering in technologie door een zorginstelling sneller wordt terugverdiend. Een ander voorbeeld is een afspraak waarbij een zorgaanbieder tijdelijk wordt gecompenseerd voor het verlies aan zorgomzet als gevolg van de doelmatige inzet van technologie.

Ook vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning zijn er mogelijkheden om thuiszorgtechnologie (indirect) te bekostigen. Bovendien hebben veel gemeenten programma's en initiatieven die adoptie van thuiszorgtechnologie bevorderen.

Een indirecte investering in zorgtechnologie door een zorgverzekeraar, zorgkantoor of gemeente is al met al mogelijk. In de contracten kunnen de specifieke afspraken worden vastgelegd. De bekostigingsregels van de NZa maken dit reeds mogelijk.

Vraag 4

Bent u ook van mening dat de gewenste ontwikkeling van thuiszorgtechnologie gebaat is bij regie van VWS als het gaat om bekostiging van specifieke toepassingen opdat de achterblijvende opschaling wel tot stand gaat komen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

De opschaling van thuiszorgtechnologie blijft inderdaad achter en daarom faciliteert en stimuleert VWS de inzet actief op verschillende manieren.

(Thuiszorg)technologie levert, mits goed ingezet en ingebed in de reguliere zorg, een belangrijke bijdrage aan de ambities en uitdagingen zoals ik deze heb neergelegd in de VWS-programma's waarover ik u de afgelopen maanden heb geïnformeerd. Thuiszorgtechnologie is hierbij bijvoorbeeld gericht op het versterken van eigen regie, ontlasting van mantelzorgers, ondersteuning en/of ontlasting van de professional, het bevorderen van integrale zorg en ondersteuning door betere samenwerking rondom de cliënt en het verminderen van arbeidsproblematiek.

Het is primair aan zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren om te bepalen welke thuiszorgtechnologie zij zinvol en passend achten om goede zorg en ondersteuning te leveren. Waarbij dit altijd gaat om

maatwerk voor de cliënt en de mogelijke inzet van thuiszorgtechnologie altijd met de cliënt (en eventueel mantelzorgers) dient te worden afgestemd. VWS faciliteert en stimuleert de opschaling van e-health op verschillende manieren, onder andere door de activiteiten die genoemd zijn in de Voortgangsrapportage Innovatie en Zorgvernieuwing van 18 mei jl³. Voorbeelden van activiteiten zijn het optimaliseren van economische randvoorwaarden door, waar nodig, extra prikkels voor e-health in de bekostiging aan te brengen. Ook verkent VWS met verzekeraars en zorgkantoren innovatieve zorginkoop door onderzoek uit te laten voeren naar de succes- en faalfactoren bij de inkoop van innovatieve zorg. Tevens verspreidt VWS goede voorbeelden zoals de meerjarencontracten en/of vormen van domeinoverstijgende «shared costs & savings», bijvoorbeeld via health impact bonds. Met de extra middelen uit het Regeerakkoord wordt vanuit VWS het communicatietraject Zorg van Nu gestart om het algemene publiek en professionals te wijzen op de kansen en mogelijkheden van innovaties in de zorg en in nieuwe zorgprocessen. Goede voorbeelden en mooie initiatieven worden hiermee ter inspiratie onder de aandacht gebracht van betrokkenen in het veld, zodat dit een logisch onderdeel wordt van zorg en ondersteuning. Hierbij wordt samengewerkt met diverse partners uit het zorg-, welzijns- en onderwijsveld. Ook werken we met dezelfde partners aan het versterken van de digitale vaardigheden van het huidige en toekomstige personeel in de zorg. VWS stimuleert daarbij het «patient included» en «nurse included» werken door ervaringsdeskundigen en verpleegkundigen in alle innovatie-activiteiten van het veld en van VWS te betrekken. Om eraan bij te dragen dat thuiszorgtechnologie nog meer cliënten, mantelzorgers en professionals kan ondersteunen zal ik een Stimuleringsregeling E-health Thuis beschikbaar stellen als onderdeel van het programma Langer Thuis. Hiervoor is de komende drie jaar jaarlijks circa 30 miljoen beschikbaar. Ten slotte zijn in de hoofdlijnakkoorden (waaronder wijkverpleging) die recent voor de curatieve sector zijn gesloten, afspraken gemaakt over het stimuleren van het gebruik van e-health waar nuttig en doelmatig.

Vraag 5

Bent u ook van mening dat ook kleinere zorgaanbieders die geen financiële mogelijkheden hebben om als «first mover» stappen te zetten ten aanzien van thuiszorgtechnologie ook de mogelijkheid moeten hebben om ehealth toe te passen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Ik vind dat zorgaanbieders, indien zij met thuiszorgtechnologie willen werken, gezamenlijk met de cliënt moeten bespreken welke toepassing passend is, en met inkoopers moeten bezien hoe ze tot een financieel verantwoorde inzet van thuiszorgtechnologie kunnen komen. Mogelijk kan een samenwerkingsverband met andere aanbieders uit de regio uitkomst bieden voor kleinere zorgaanbieders. Goede (gezamenlijke) afspraken met technologieleveranciers zijn hierbij ook van belang.

Vraag 6, 7

Welke mogelijkheden zijn er momenteel vanuit VWS voor financiering van ehealth toepassingen in de thuiszorg?

Wanneer komt er duidelijkheid over de inzet van de middelen voor ehealth toepassingen die vanaf 2019 beschikbaar zijn? Hoe gaat u voorkomen dat deze middelen besteed worden aan adviezen in plaats van aan de inzet en toepassingen van thuiszorgtechnologie?

Antwoord 6, 7

Over de inzet van VWS om e-health en zorgvernieuwing te faciliteren en te stimuleren en over de middelen uit het Regeerakkoord voor digitaal ondersteunde zorg heb ik u geïnformeerd in de Voortgangsrapportage Innovatie en Zorgvernieuwing van 18 mei jl. De eerder genoemde Stimuleringsregeling E-health Thuis wordt op dit moment uitgewerkt. Ik wil dat de regeling een impuls geeft aan de daadwer-

³ Kamerstuk 27 529, nr. 156

kelijke implementatie van e-health in werkprocessen in de zorg en ondersteuning. Ik verwacht uw Kamer in het vroege begin 2019 over de stimuleringsregeling te kunnen informeren.