

Vergaderjaar 2013–2014

**27 529**

## **Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg**

**Nr. 130**

### **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 juli 2014

De samenleving is de afgelopen decennia veranderd. En daarmee veranderde ook de zorg. In toenemende mate is de zorg naast het bieden van behandeling en genezing ook gebreken gaan compenseren. De definitie van zorg is verbreed. De kennis over gezondheidsrisico's is toegenomen. De patiënt heeft een grotere rol gekregen. Het niveau van comfort in de zorg is toegenomen. Door de veranderende organisatie van de zorg is het mogelijk steeds meer zorg thuis te ontvangen, meer zaken buiten de zorg op te lossen en meer tijd te nemen voor gezamenlijke besluitvorming en persoonlijk contact. Technologie speelt hierbij een belangrijke rol. Niet alleen omdat de medische mogelijkheden toenemen, maar juist ook omdat technologie, in het bijzonder informatie- en communicatietechnologie, het mogelijk maakt de zorg op een andere manier te organiseren.

Mensen met een beperking en/of chronische ziekte zijn steeds langer maatschappelijk actief en participeren veel langer in het arbeidsproces. Met behulp van informatie- en communicatietechnologie wordt de communicatie tussen zorgverlener en zorgvrager (op afstand) makkelijker, waardoor de zorg meer kan worden georganiseerd rondom degene die zorg vraagt in plaats van degene die zorg verleent. Het wordt voor mensen daarmee makkelijker en aantrekkelijker om zorg in te passen in hun dagelijks leven, wat aansluit bij de wens van mensen om meer regie te kunnen voeren over hun eigen leven, of ze nu gezond zijn, een beperking of een (chronische) aandoening hebben. De verhouding tussen zorgverlener en patiënt zal daarbij veranderen en tevens vervaagt het onderscheid tussen care, cure en preventie, tussen professionele zorg, mantelzorg en zelfzorg.

De afgelopen jaren is er veelal sprake geweest van incrementele innovaties. Stap voor stap werden verbeteringen in de zorg ingevoerd. Wij

verwachten dat de komende jaren maatschappelijke en technologische trends in een stroomversnelling raken waardoor er een paradigmashift zal optreden in de zorg. Een proces dat veel van iedereen in de zorg zal vragen, maar wat de mens die zorg nodig heeft veel zal opleveren. De zorg zal transformeren van systemen naar mensen, zoals wij ook voorstaan met het beleid zoals opgenomen in onze gezamenlijke agenda.<sup>1</sup> De achtergrond van deze transformatie hebben wij voor u uitgeschreven in de bijgevoegde publicatie «*de maatschappij verandert, verandert de zorg mee?*»<sup>2</sup>. Wij hopen dat deze publicatie bijdraagt aan de discussie over hoe we in Nederland de zorg in de toekomst gaan organiseren.

### **Er kan al heel veel...**

Er is nu al technisch meer mogelijk dan vaak wordt gedacht, zoals de inzet van 3D-printtechnologie om implantaten te maken, pleisters waarmee lichaamsfuncties te meten zijn en direct zichtbaar worden op je mobiele telefoon of in een ondersteuningscentrum en sensoren zo groot als een zandkorrel die gericht kankercellen kunnen aanvallen. Met beeldbellen kunnen mensen langer in hun eigen woning blijven wonen omdat de afstand tussen patiënt en professional wordt overbrugd, en via digitale (sociale) netwerken is het mogelijk gebleken zorg en ondersteuning anders te organiseren. Er zijn apps die mensen directe feedback op hun gedrag geven, waardoor zij hun leefstijl kunnen verbeteren.

Om de eerder genoemde transformatie vorm te kunnen geven, is het van belang om naast de ontwikkeling, ook de toepassing van deze technologische innovaties in de gezondheidszorg te bevorderen. Dit is ook het uitgangspunt van het topsectorenbeleid van dit kabinet<sup>3</sup>, waarbij de samenwerking tussen bedrijven, kennisinstellingen en overheid wordt gestimuleerd en randvoorwaarden worden gecreëerd om innovaties te bevorderen. De topsector Life Sciences & Health richt zich hierbij op de innovaties in het gezondheidsdomein. Ook het Europese onderzoeks- en innovatiebeleid heeft een forse impuls gegeven aan ontwikkelingen op dit terrein.

### **...maar voor opschaling is focus nodig...**

We moeten constateren dat waar zich een aanzienlijke aanwas van nieuwe technologieën aftekent in de markt, waar mensen daadwerkelijk baat bij hebben, de brede toepassing van e-health in de zorg vaak achterblijft. Dat is de reden dat we ons beleid vooral zullen inzetten op het breed benutten van succesvolle e-health initiatieven om zo de zorg te verbeteren en te bereiken dat mensen echt centraal staan in de zorg. Het begrip «zorg» vatten wij breed op, we verstaan daaronder zowel zorg als ondersteuning. De inzet van e-health is hierbij nadrukkelijk geen doel op zich, maar een middel om de beweging naar meer zelfredzaamheid, zelfregie en zelfzorg ondersteunen.

In de «eHealth-monitor 2013» van Nictiz en NIVEL<sup>4</sup> wordt geconcludeerd dat het zorgveld meer behoefte heeft aan regie. Wij geven hieraan invulling door een ambitieuze stip op de horizon neer te zetten en doelen om deze ambitie te kunnen realiseren. Hiermee kunnen onze activiteiten en de activiteiten van veldpartijen op elkaar worden afgestemd. Wij beschrijven vervolgens generieke en specifieke maatregelen om de ambitie en doelen te bereiken en hoe deze door veldpartijen en overheid

<sup>1</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 78.

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 826, nr. 60.

<sup>4</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 126, bijlage.

gezamenlijk worden opgepakt. Deze beleidsbrief geeft tevens invulling aan de motie Bruins Slot en Bouwmeester over een overzicht van goed werkende apps<sup>5</sup> en de motie Bruins Slot over een onderzoek naar de bevordering van zelfmanagement.<sup>6</sup> Daarnaast gaat de brief inhoudelijk in op de uitkomsten van de hiervoor genoemde «e-health monitor 2013» en de overzichtstudie «Technologie in de zorg thuis» van NIVEL<sup>7</sup>. Tot slot beschouwen wij de internationale context van het beleid en hoe wij de voortgang van ontwikkelingen op het gebied van e-health zullen monitoren.

### **... focus op de mogelijkheden van mensen.**

Wij willen dat mensen centraal staan in de zorg en dat zij zo veel mogelijk regie over hun eigen leven kunnen nemen. De zorg dient zich aan te passen aan mensen in plaats van mensen aan de zorg. Met het vervagen van de grenzen tussen cure en care willen wij dat mensen in staat worden gesteld om zo lang mogelijk actief te participeren in het arbeidsproces en zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Wij hebben vanuit het perspectief van deze mensen een aantal domeinen geselecteerd waarbinnen we de inzet van e-health extra willen stimuleren, omdat wij verwachten dat de inzet van e-health in die domeinen de kwaliteit van leven kan verhogen.

Om deze inzet te onderstrepen hebben wij de volgende ambities geformuleerd:

1. Binnen 5 jaar heeft 80%<sup>8</sup> van de chronisch zieken direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%<sup>9</sup>. Dit heeft tot effect dat mensen bewuster zijn van hun eigen gezondheid en dat fouten in dossiers bij zorgverleners sneller gedetecteerd kunnen worden.
2. Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75%<sup>10</sup>, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen 5 jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener. Zij kunnen zo de voortgang van hun ziektebeeld volgen en krijgen door de regelmatige feedback inzicht in het effect van hun gedrag op hun ziekte. Dit zal het voor mensen makkelijker en aantrekkelijker maken trouw te zijn aan hun therapie.
3. Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet. Dit draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen.

De afgelopen periode hebben we met zorgprofessionals, zorgverzekeraars, industrie en patiënten- en ouderenorganisaties gesproken over deze keuzes, en hebben we kunnen constateren dat er breed draagvlak is voor deze doelstellingen en onze ambities. De patiënten- en ouderenorganisaties, de Nationale Patiënten- en Consumentenfederatie (NPCF), de Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en de Diabetesvereniging Nederland (DVN) hebben aangegeven dat deze doelstellingen

<sup>5</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 30.

<sup>6</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 28.

<sup>7</sup> Nivel. 2013. Technologie in de zorg thuis.

<sup>8</sup> Dit zijn richtinggevende percentages.

<sup>9</sup> Nivel. 2013. Technologie in de zorg thuis.

<sup>10</sup> Nivel. 2013. Technologie in de zorg thuis.

mensen echt kunnen helpen om zelf meer regie te nemen op de inpassing van zorg in hun leven.

Wij gaan deze doelstellingen en ambities langs twee lijnen vormgeven: enerzijds door belemmeringen voor zorgvernieuwing en e-health ten algemene weg te nemen (generieke aanpak), anderzijds door samen met betrokken partijen per domein meerjarenacties op te stellen (specifieke aanpak). Vrijwel alle partijen hebben aangegeven bereid te zijn hun medewerking te verlenen aan het opstellen van deze meerjarenagenda, en daar vervolgens ook naar te handelen.

### **Dit vraagt om de juiste randvoorwaarden (generieke maatregelen)...**

Nederland heeft een gunstige uitgangspositie voor de toepassing van technologische innovaties. Nederlanders zijn over het algemeen bekend met het omgaan met technologieën en beschikken over snelle internetverbindingen. Zo gebruikt meer dan de helft van de 65- tot 75- jarigen internet vrijwel dagelijks<sup>11</sup>. Daarnaast hebben zorgverleners de laatste jaren een enorme slag gemaakt op digitalisering en worden patiëntendossiers inmiddels voor het overgrote deel (meer dan 94%) elektronisch bijgehouden<sup>12</sup>. Tot slot hebben voorlopers in de thuiszorg veel relevante ervaring met de toepassing van innovaties. Desondanks wordt de potentie die e-health heeft voor mensgerichte zorg nog onvoldoende benut. Initiatieven en pilots blijven vaak beperkt tot een klein aantal zorgverleners of worden beëindigd als de tijdelijke stimuleringsmaatregelen stoppen, in plaats van een plek te krijgen in de reguliere zorg.

In diverse rapporten zijn hiervan analyses gemaakt van drempels voor zorgvernieuwing<sup>13</sup>. Hierin komt een aantal oorzaken naar voren:

- Er zijn belemmeringen voor de zorgverlener om deze zorgvernieuwing gefinancierd te krijgen. Dit heeft zowel te maken met de bekostiging als de zorginkoop door zorgverzekeraars.
- Er zijn belemmeringen in de informatieuitwisselingen. Er is behoefte aan (geaccepteerde) technische standaarden die zorgadministraties en apps onderling interoperabel te maken.
- Er is meer samenwerking nodig. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ICT-leveranciers ontwikkelen nog te vaak hun eigen oplossing voor hetzelfde doel, omdat beschikbare kennis niet genoeg gedeeld wordt en omdat ze zich willen onderscheiden van hun concurrent.
- Het vertrouwen van zorgprofessionals en zorgaanbieders in e-health is vaak nog laag. De cultuur bij deze partijen is soms nog erg gericht op het overnemen van zorg en het idee dat er altijd een professionele zorgverlener fysiek aanwezig dient te zijn. Daarnaast wordt de toepassing van technologie vaak als kil en afstandelijk gezien, terwijl bij het leveren van zorg compassie en persoonlijk contact als belangrijke waarden centraal staan. Hierdoor wordt de inzet van technologie eerder gezien als een bedreiging dan als een kans om de zorg te verbeteren. Het inzicht dat minder face-to-face contacten niet hoeft te betekenen dat de relatie met de patiënt afstandelijker wordt, zal moeten groeien.
- Het is voor mensen nog niet helder welke mogelijkheden er zijn op het gebied van e-health en de betekenis hiervan in hun individuele situatie. Als deze mogelijkheden niet helder zijn kunnen zij hun zorgverleners niet stimuleren e-health in de zorg in te zetten.

<sup>11</sup> CBS december 2013.

<sup>12</sup> Zie eHealthmonitor 2013, Kamerstuk 27 529, nr. 126, bijlage.

<sup>13</sup> Zie eerder genoemde rapporten: eHealthmonitor 2013 (Nictiz & Nivel), Technologie in de zorg thuis (NIVEL), advies e-health 2013 (NZa).

### **...zodat partijen hun rol en verantwoordelijkheid kunnen nemen...**

Deze drempels zullen weggenomen moeten worden om voor zorgverleners en zorgverzekeraars de weg vrij te maken om zorgverbetering en e-health in de reguliere zorg te integreren. Alle partijen zullen hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De overheid is aan zet om belemmeringen in wet- en regelgeving weg te nemen. Zorgprofessionals zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en het opstellen van richtlijnen en zorgstandaarden. Zij bepalen in samenspraak met patiënten en cliënten wanneer en hoe e-health kan worden ingezet om de zorg te verbeteren. De verantwoordelijkheid voor het implementeren en opschalen van nieuwe mogelijkheden ligt bij zorgaanbieders en financiers. Zorgverzekeraars en gemeenten hebben binnen ons stelsel de cruciale rol om innovaties die een verbetering zijn op het terrein van gezondheidszorg en ondersteuning te versnellen en op te schalen via de zorginkoop. Dit vereist visie, durf en samenwerking. Visie om mee te bewegen met maatschappelijke ontwikkelingen en om innovaties op waarde te schatten. Durf om te investeren in onderzoek, ontwikkeling en implementatie van kansrijke innovaties. En samenwerking tussen zorgverzekeraars die in bepaalde gevallen pre concurrentieel moeten acteren rondom innovatie.

In 2012 is met de brief over e-health de «Nationale Implementatie Agenda» (NIA) eHealth van KNMG, NPCF en ZN<sup>14</sup> meegestuurd. Zij hebben hun samenwerking strategisch uitgebreid met Nictiz, Vereniging van zorgaanbieders voor zorgcommunicatie (VZVZ) en Zorginstituut Nederland. Deze partijen presenteren binnenkort hun nieuwe Implementatie Agende eHealth, waarmee zij zich committeren aan het opheffen van belemmeringen op zowel praktisch als bestuurlijk niveau en aan het bereiken van concrete resultaten binnen een jaar. Zij hebben de volgende projecten op deze agenda opgenomen:

- Informatie uitwisseling Ketenzorg;
- Project Persoonlijk Gezondheidsdossier Kader 2020;
- Zelfzorg Ondersteund!;
- Herziening regels voor e-consult;
- Pilot keurmerk medische apps;
- Patiëntenparticipatie bij medicatieveiligheid.

Deze projecten sluiten deels al aan op de hiervoor geformuleerde ambities.

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid om de werking van het zorgstelsel te borgen en te zorgen voor de juiste randvoorwaarden. Er moet ruimte zijn voor innovaties die de zorg verbeteren om hun weg te vinden in het gezondheidszorgsysteem en hier een regulier onderdeel van te worden. Dit mag niet belemmerd worden door randvoorwaarden waarvoor de overheid aan zet is. Vandaar dat wij de komende periode stappen zullen zetten op de volgende thema's.

#### *1. Informatie-uitwisseling en interoperabiliteit*

Om de potentie van e-health te kunnen benutten moet er informatie uitgewisseld kunnen worden tussen (systemen van) zorgverleners onderling en tussen (systemen van) zorgverleners en patiënten en cliënten (waaronder apps). Informatie over bijvoorbeeld bloeddruk of medicatie moet correct worden vastgelegd en overgedragen zonder dat er misinformatie ontstaat, waarbij rekening wordt gehouden met aspecten rondom privacy. Er zijn afspraken nodig over deze vastlegging en uitwisseling van informatie (standaardisatie).

<sup>14</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 108.

Een belangrijke conclusie uit de e-health monitor 2013<sup>15</sup> is dat er onder veldpartijen behoefte is aan een programmatische aanpak om tot goede afspraken over informatieuitwisseling te komen, waarbij de vergelijking wordt gemaakt met het Amerikaanse «meaningful use» programma. Dit betekent onder meer dat voor zorgaanbieders en ICT-leveranciers duidelijk moet zijn aan welke standaarden zij binnen vastgestelde periodes moeten voldoen en wat de voorwaarden zijn. Het betreft standaarden op verschillende niveaus: proces, semantiek en techniek. Essentieel hierbij is dat er aan het niet naleven van de gemaakte afspraken consequenties worden verbonden. Op deze manier wordt de vrijblijvendheid rondom het naleven van afspraken teniet gedaan. Toezichhouders als CBP, IGZ en NZa hebben hierbij een rol.

Het is van groot belang dat zorgverzekeraars in hun inkoop eisen stellen aan compatibiliteit en standaardisatie van ICT. Zodra daar werkelijk werk van wordt gemaakt zal de omslag versneld plaatsvinden.

Maatregelen:

De urgentie om informatie-uitwisseling te verbeteren is groot. Wij gaan daarvoor een informatie-uitwisselingsprogramma voor Nederland maken, wat gebruik maakt van de hiervoor beschreven ervaringen met het Amerikaanse «meaningful use» programma. Dit programma richt zich op verbeterde informatievoorziening, meer transparantie, versterking van de positie van de patiënt en, daaraan gekoppeld, een basis voor de toepassing van innovatieve ICT-toepassingen. Begin 2015 zal dit programma van start gaan.

In de brief «een duurzaam informatiestelsel voor de zorg»<sup>16</sup> hebben wij het voornemen geuit om met (publieke en private) spelers in de zorg geregeld een «informatieberaad» te beleggen. Wij zullen in het «informatieberaad» ook afspraken maken over aanvullende standaarden die nodig zijn om de inzet van e-health in de zorg verder te bevorderen zodat er mandaat is om het gebruik van deze standaarden af te dwingen.

## *2. Bekostiging en zorginkoop*

Om er voor te zorgen dat e-health breed wordt toegepast is het van belang dat de toepassing ervan lonend is. Daarbij is op het gebied van vergoeding van e-health vaak meer mogelijk dan wordt gedacht. Zolang het niet om een wezenlijk andere zorginhoud gaat zijn veel e-health toepassingen onderdeel van het verzekerde basispakket<sup>17</sup>.

Wij voeren stapsgewijs veranderingen door in de (bekostigings)systemen van de verschillende zorgsectoren, die gericht zijn op het belonen van resultaten in plaats van het belonen van contactmomenten. Met de hervorming van de langdurige zorg zetten wij hier stappen in. Er komt meer ruimte om bij zorg thuis in te spelen op specifieke behoeften van patiënten en cliënten. In de curatieve zorg onderhandelen zorgverleners en zorgverzekeraars over tarieven en prestaties. Met de nieuwe bekostiging basis GGZ, gespecialiseerde GGZ en ziekenhuiszorg is er voldoende ruimte voor deze partijen om hierbij afspraken te maken om de zorg te leveren met de inzet van e-health.

De komende periode zijn of worden daarnaast de volgende verbeteringen in de bekostiging ingevoerd:

<sup>15</sup> Kamerstuk 27 529, nr. 126, bijlage.

<sup>16</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 93.

<sup>17</sup> CVZ. e-Healthstandpunt 2011.

- *Bekostiging huisartsenzorg en wijkverpleging*  
Binnen het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg wordt een aparte prestatie voor e-health vastgesteld, zodat verzekeraars en aanbieders de ruimte krijgen om afspraken te maken over het toepassen van e-health bijvoorbeeld ter ondersteuning van zelfmanagement van de patiënt<sup>18</sup>. Het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging zal ruimte bieden voor resultaatsbeloning. Daarnaast zal de zorgaanbieder een vast (integraal) bedrag ontvangen voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Binnen dit integrale tarief is voldoende ruimte voor de toepassing van e-health.
- *Ruimte voor innovatie binnen de Wlz*  
In de Wlz wordt meer ruimte voor maatwerk en innovatie gecreëerd door te indiceren in aard, inhoud en (globale) omvang van zorg (zorgprofielen) in plaats van in zorgzwaartepakketten (zzp's) waarin zorguren zijn opgenomen. Ook wordt het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. Hierdoor wordt het makkelijker om meerjarige investeringen te doen en te innoveren. Tot slot worden het Volledig Pakket Thuis (vpt) en het Persoonsgebonden Budget (PGB) wettelijk verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd.
- *Ruimte in de nieuwe Wmo*  
Gemeenten krijgen in de nieuwe Wmo verschillende mogelijkheden om ondersteuning innovatief te organiseren. Ten eerste krijgen zij door middel van het sociaal deelfonds beleidsruimte om middelen ontschot in te zetten. Ten tweede wordt innovatie vanuit de cliënt gestimuleerd. Als een groep cliënten en/of zorgprofessionals denkt de zorg beter te kunnen organiseren dan het door de gemeente gecontracteerde aanbod van een zorginstelling, moeten ze daar de mogelijkheid voor krijgen. Dit wordt ook wel aangeduid met het begrip «right to challenge». Een goed voorbeeld van dergelijke burgerinitiatieven zijn de zorgcoöperaties.
- *Private initiatieven*  
Er ontwikkelen zich ook nieuwe financieringsmodellen, die op een geheel andere leest zijn geschoeid. Een voorbeeld hiervan zijn «health impact bonds» (zie bijlage)<sup>19</sup>. Wij zullen indien nodig ruimte in het stelsel bieden voor dergelijke nieuwe initiatieven.

### 3. e-health als onderdeel van de zorgverlening en handhaving

Zoals aangegeven willen wij dat e-health een onderdeel wordt van de reguliere zorgverlening. Dit betekent dat de inzet hiervan een onderdeel moet worden van de kwaliteitsstandaarden in de zorg. Bij de totstandkoming van kwaliteitsinstrumenten zal het Kwaliteitsinstituut van Zorginstituut Nederland er op toe zien dat de verankering van e-health in de richtlijnen, waar mogelijk, wordt bevorderd. Er komt daarmee ook meer informatie beschikbaar voor patiënten en cliënten zodat zij voor de inzet van e-health kunnen kiezen.

Bij het doorvoeren van innovaties in de zorg is er altijd een afweging te maken tussen de zekerheden van de beproefde zorg en de verbeterpotentie van de vernieuwing. Als e-health onderdeel wordt van een behandelingplan is er een verantwoordelijkheid voor de zorgverlener om een goede afweging te maken. De IGZ zal optreden wanneer risico's voor

<sup>18</sup> Kamerstuk 33 578, nr. 6.

<sup>19</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

de patiëntveiligheid zich voordoen. Als de e-health een diagnostische of therapeutische functionaliteit heeft, kan worden opgetreden op basis van de Wet op de medische hulpmiddelen. De verplichting tot verlenen van verantwoorde zorg als bedoeld in de Kwaliteitswet is een grond voor handhaving als e-health door de zorgverlener als onderdeel van de behandeling wordt ingezet. Dit geeft patiënten en zorgverleners een helder kader waarbinnen zorg wordt gegeven en gekregen.

#### 4. Ruimte voor experimenteren

Om de gestelde doelen te bereiken is het ook van groot belang dat er permanente ruimte is om te kunnen experimenteren. Waar nodig dienen belemmeringen in wet- en regelgeving hiervoor te worden weggenomen. Door middel van een aantal initiatieven maken wij het mogelijk dat er wordt geëxperimenteerd.

- *Beleidsregel Innovatie*  
De NZa beleidsregel «Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties»<sup>20</sup> geeft zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg waarvoor nog geen prestatie bestaat. In bijlage 2<sup>21</sup> wordt nader op deze beleidsregel ingegaan.
- *Nationaal Programma Ouderenzorg*  
In 2008 is het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) van start gegaan. Het NPO richt zich op de ontwikkeling en innovatie van de zorg en ondersteuning voor kwetsbare ouderen. Wij geven dit een vervolg voor de periode 2014–2016 met een budget van € 3 miljoen per jaar.
- *Proeftuinen in de Wmo*  
In het kader van de hervorming langdurige zorg (HLZ) zijn inmiddels 13 proeftuinen HLZ gestart. Het gaat om proeftuinen waarbij gemeent(e)n, aanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren samenwerken en de lokale cliëntenorganisaties ook betrokken zijn. Verschillende proeftuinen zetten e-health in.
- *Experimenteerartikel in de Wlz*  
In de Wlz is een experimenteermogelijkheid opgenomen. Om na te gaan of de Wlz doeltreffender kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld door te innoveren, kan bij AMvB worden afgeweken van een deel van de artikelen in de wet.

#### 5. Ondersteuning bij implementatie

Zorgprofessionals en zorgaanbieders die hun zorglevering willen vernieuwen kunnen op verschillende manieren ondersteuning en informatie krijgen. Wij kiezen hierbij niet voor de weg van subsidies. Teveel zien we dat projecten stilvallen na het vervallen van de subsidie. Er is een uitzondering, namelijk op het gebied van kennisdeling. Er kan veel en er is al veel uitgeprobeerd en succesvol bevonden. Het gaat om de massale toepassing van verbeteringen, in plaats van het wiel steeds opnieuw uit te vinden. Daarvoor moeten we best practices delen en toepassen.

- *In voor Zorg & Ondersteuning!*

<sup>20</sup> NZa beleidsregel AL/BR-0017 «innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties».

<sup>21</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Het programma «In voor Zorg» heeft bewezen van grote toegevoegde waarde te zijn in de ondersteuning van zorginstellingen bij hun veranderprocessen. Hierbij heeft de inzet van technologie in het zorgverleningsproces ook de specifieke aandacht. Bovendien is dit programma bij uitstek een instrument om de noodzakelijke cultuurverandering te bewerkstelligen door onder meer de goede voorbeelden te verspreiden.

- *Kennisdeling*  
Een van de belemmeringen voor opschaling is dat het niet altijd duidelijk is welke mogelijkheden er zijn. Via het programma «Zorgvoorinnoveren» wordt deze kennis ontsloten. Dit platform (een samenwerking van het Ministerie van VWS, de NZa, het Zorginstituut Nederland en ZonMw) verspreidt kennis over innovaties in de zorg. De website [www.zorgvoorinnoveren.nl](http://www.zorgvoorinnoveren.nl) is een wegwijzer voor «zorgvernieuwers» en biedt informatie over het zorginnovatieproces, relevante wet- en regelgeving en zet goede voorbeelden van zorginnovaties in het licht. Via de site [www.ehealthfinanciering.nl](http://www.ehealthfinanciering.nl) wordt specifieke kennis rondom de financiering van e-health ontsloten. Er is ook de hulpmiddelenwijzer die kenniscentrum Vilans heeft ontwikkeld ([www.hulpmiddelenwijzer.nl](http://www.hulpmiddelenwijzer.nl)). Hiermee wordt kennis over beschikbare hulpmiddelen (waaronder e-health toepassingen) ontsloten.

### **...en zij stappen kunnen zetten om de doelen te bereiken (specifieke maatregelen)**

Zoals gezegd hebben wij vanuit het perspectief van mensen met een chronische aandoening of beperking een aantal domeinen geselecteerd waarbinnen we de inzet van e-health extra willen stimuleren. Hiermee willen wij focus aanbrengen en samen met partijen tot een gezamenlijke, gedragen en gecoördineerde aanpak komen.

Hieronder beschrijven wij onze doelstellingen uitgebreid, en geven we een eerste overzicht van maatregelen die ertoe bijdragen dat we onze doelen daadwerkelijk bereiken. In overleg met partijen zal de komende maanden worden vastgesteld welke aanvullende acties in gang gezet kunnen worden.

#### **Doel 1: mensen hebben direct toegang tot medische gegevens**

*Van de chronisch zieken heeft 80% direct toegang tot bepaalde medische gegevens, waaronder medicatie-informatie, vitale functies en testuitslagen, en kan deze desgewenst gebruiken in mobiele apps of internetapplicaties. Van de overige Nederlanders betreft dit 40%.*

Ziekte leidt tegenwoordig minder vaak tot de dood, maar steeds vaker tot het leven met een chronische aandoening. De patiënt zelf heeft een belangrijk aandeel in zijn herstel en functioneren. Zijn rol is belangrijk voor het behalen van goede behandelresultaten, vooral bij chronische aandoeningen. Hij moet met deze chronische ziekte ook kunnen blijven doorwerken. Door de inzet van techniek kan zorg onderdeel worden van iemands leven, in plaats van dat het leven in het teken staat van de zorg. Dit kan onder meer doordat metingen plaats kunnen vinden op de plek waar de patiënt zich bevindt, zodat deze niet voor een consult naar de huisarts of het ziekenhuis toe moet. Daarnaast kan hij de informatie van de zorgverlener gebruiken om beter voor zichzelf te zorgen.

Apps kunnen helpen om de informatie op een eenvoudige en aantrekkelijke manier te presenteren, waardoor het ook voor bijvoorbeeld laaggeletterden inzichtelijk wordt wat de invloed van hun gedrag is op hun gezondheid. Uit onderzoek is gebleken mensen die moeite hebben met zelfmanagement meer last hebben van hun klachten die door hun

chronische ziekte veroorzaakt worden, minder tevreden zijn over de kwaliteit van zorg en meer professionele zorg gebruiken<sup>22</sup>. Het is dus van belang dat zelfmanagement voor deze mensen makkelijker wordt gemaakt.

Deze informatie is niet alleen van belang voor mensen die al ziek zijn. E-healthtoepassingen kunnen mensen ook helpen gezond(er) te blijven. Dit betreft bijvoorbeeld toepassingen om een gezonde leefstijl te stimuleren, zoals stappen- en calorieëntellers, en toepassingen op het gebied van zelfonderzoek, zoals apps die de gebruiker informeren of hij met zijn klachten een arts moet bezoeken. Over de ontwikkelingen en effecten van toepassingen op het gebied van (zelf)onderzoek wordt u apart nader geïnformeerd.

Tot slot draagt betere informatie-uitwisseling tussen de patiënt en de verschillende zorgverleners, waar hij een zorgrelatie mee heeft, bij aan het terugdringen van onnodige dubbele onderzoeken en diagnostiek.

Maatregelen:

- Om deze informatie-uitwisseling mogelijk te maken komt er op korte termijn een standaard voor de gegevensuitwisseling tussen zorgverlener en de patiënt. ICT-leveranciers en app-bouwers kunnen hun software zo aanpassen, dat deze aan de standaard voldoet. Dit betreft in ieder geval de informatie-uitwisseling over vitale functies, testresultaten en medicatie. Dit wordt meegenomen in het informatie-uitwisselingsprogramma dat wij genoemd hebben bij de maatregelen om informatie-uitwisseling en interoperabiliteit te bevorderen op pagina 6 van deze brief.
- Het is van essentieel belang dat bij de inkoop van zorg het gebruik van informatiestandaarden wordt gestimuleerd. Verzekeraars hebben ons toegezegd dat zij dit zullen gaan doen.
- In het nieuwe bekostigingsmodel voor huisartsen is e-health expliciet als prestatie opgenomen. Hiermee kunnen huisartsen enerzijds afspraken maken met de zorgverzekeraar over vergoeding van investeringen die nodig zijn om deze doelstelling te bereiken en anderzijds over de beloning voor de behaalde resultaten.
- De NIA-partijen zijn, onder aanvoering van de NPCF, een Persoonlijk gezondheidsdossier (PGD) aan het realiseren.

## **Doel 2: meer zelfmeting en telemonitoring in de zorg voor chronisch zieken**

*Van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen kan 75%, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen 5 jaar zelfstandig metingen uitvoeren, veelal in combinatie met gegevensmonitoring op afstand door de zorgverlener.*

Dit doel bouwt voort op doel 1. De inzet is dat zorgverlener en patiënt met een chronische aandoening samen e-health benutten in de reguliere zorg. Uiteraard alleen voor degene die dit willen en hiertoe in staat zijn. Er is reeds een aantal vooruitstrevende zorgverleners die dit realiseert. Directe feedback op het eigen gedrag, gepresenteerd via een app of internet, maakt het makkelijker en aantrekkelijker voor mensen om hun therapie te volgen. Dit geldt ook voor mensen voor wie het moeilijker is om goed voor zichzelf te zorgen. Er is op dit gebied al veel ontwikkeld. Dit wordt alleen nog te versnipperd ingezet. Daarnaast is deze manier van werken nu nog niet altijd lucratief voor de zorgverlener, omdat veelal nog op verrichting of patiëntcontact wordt afgerekend.

---

<sup>22</sup> Nivel. 2013. Meer zorggebruik bij minder zelfmanagement.

Aanbieders van zorg, patiënten en zorgverzekeraars hebben zich in de coöperatie Zelfzorg Ondersteund<sup>23</sup> (ZO!) verenigd om «ondersteunde zelfzorg», waaronder e-health, een vanzelfsprekend onderdeel te maken van de reguliere zorg. Door afspraken te maken over het registreren en ontsluiten van informatie, het aanbieden van zelfmanagement toepassingen en de inkoop hiervan. De doelgroep hierbij betreft chronisch zieken, te starten met diabetes type 2.

De zorgverlener en de patiënt worden zo verleid en ondersteund om zelfmanagement op te pakken. Zij stellen gezamenlijk behandeldoelen, op basis van de behoeften en mogelijkheden van de patiënt. Dit wordt vastgelegd in een – op termijn integraal – individueel zorgplan (IZP). De digitale communicatie tussen zorgverlener en patiënt wordt ondersteund (uitwisseling van metingen, online afspraken, e-consult, herhaalmedicatie). Daar waar een zelfzorg platform wordt ingezet voldoet deze aan de door partijen opgestelde functionele en technische eisen. Iedere patiënt waarvoor het zinvol is krijgt daarmee digitaal toegang tot de noodzakelijke zelfmanagementmodules (educatie, health coaching, telemonitoring, eHealth en andere tools).

Zorgverzekeraars werken pre-concurrentieel samen zodat deze zorg gecontracteerd kan worden. De contractering van e-health bij diabeteszorg is daarbij stap één, andere chronische ziekten zullen snel volgen. Gelet het belang van focus ontwikkelen wij op dit punt geen nieuwe initiatieven, maar ondersteunen de coöperatie door, daar waar men tegen belemmeringen aanloopt, gezamenlijk te bezien of deze weggenomen kunnen worden.

**Doel 3: beeldschermzorg en domotica voor iedereen bereikbaar**  
*Binnen vijf jaar heeft iedereen die zorg en ondersteuning thuis ontvangt de mogelijkheid om – desgewenst – via een beeldscherm 24 uur per dag met een zorgverlener te communiceren. Naast beeldschermzorg wordt hierbij ook domotica ingezet. Dit draagt eraan bij dat mensen langer veilig thuis kunnen wonen.*

Er komen steeds meer toepassingen waarmee mensen langer veilig thuis kunnen blijven wonen. Dit zijn om te beginnen de toepassingen die mensen zelf in de gaten kunnen houden waardoor er kan worden ingegrepen als dat nodig is. Met een medicatiehulp worden medicijnen altijd op tijd ingenomen en een sensornetwerk zorgt dat direct alarm geslagen wordt als er iets thuis mis gaat met de cliënt of als hij begint te dwalen. De wijkzuster kan 's morgens via beeldbellen even vragen hoe het gaat vandaag. Daarnaast betreft het ook toepassingen waardoor mantelzorgers meer mogelijkheden hebben om de zorgbehoevende enige tijd veilig thuis te laten en te communiceren met zorgverleners, en toepassingen om de zorg en ondersteuning rond de zorgbehoevende te organiseren en informatie tussen formele en informele zorg te wisselen. Wij zijn ons er daarbij van bewust dat de inzet van technologie zelf geen vervanging kan zijn voor «de arm om de schouder», als mensen behoefte hebben aan persoonlijk contact. De mogelijkheden van telemonitoring zorgen wel voor dat de spaarzame energie van ouderen niet verspild wordt aan onnodige ziekenhuisbezoeken, maar kan worden gebruikt voor sociale contacten en activiteiten die bijdragen aan kwaliteit van leven. In verschillende pilots is dit al gerealiseerd. De betrokken ouderen (75 jaar en ouder) hebben aangegeven dit zo te waarderen dat 87% dit ook aan anderen aan zou raden<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> NPCF, DVN, LHV, NHG, NDF, InEen, CZ, VGZ, Achmea, Menzis, De Friesland. Daarnaast is Nictiz nauw betrokken in de werkgroep tooling.

<sup>24</sup> Focus Cura Zorginnovatie. 2014. Eindrapportage Clinical Trial ThuismeetApp.

Maatregelen:

- *Doorbraakprojecten met ICT*  
In het regeerakkoord is aangegeven dat er tien publiek private doorbraakprojecten komen, die gericht zijn op het oplossen van economische en maatschappelijke vraagstukken door het gezamenlijk slechten van drempels die grootschalig gebruik van ICT in de weg staan. Specifiek voor de zorg is ook een doorbraakproject opgestart. Hierbij wordt samengewerkt met het Ministerie van Economische Zaken. Doel van het doorbraakproject is om grootschalige toepassing van technologie thuis mogelijk te maken en te onderzoeken welke randvoorwaarden hiervoor nodig zijn. Aan ZonMw is gevraagd uitvoering te geven aan dit project. Concreet zal er in maximaal 5 regio's samen met verzekeraars en gemeenten, aanbieders van zorg en de gebruikers van zorg worden onderzocht hoe opschaling kan worden vormgegeven. Vanuit het doorbraakproject zullen deze regio's worden ondersteund bij de implementatie door het leveren van kennis, het verbinden van partijen en indien noodzakelijk wegnemen van hinderlijke regelgeving.
- *Beleidsregel zorginfrastructuur*  
Momenteel is de NZa beleidsregel zorginfrastructuur van kracht<sup>25</sup>. Door middel van deze beleidsregel kunnen zorgaanbieders een vergoeding krijgen voor de infrastructuur (waaronder technologie) voor het leveren van extramurale AWBZ zorg. Deze beleidsregel heeft een belangrijke impuls gegeven aan het gebruik van technologie in het zorgproces. Als gevolg van de hervorming van de langdurige zorg verdwijnt de beleidsregel per 1 januari 2015. Naar aanleiding hiervan worden twee maatregelen genomen. Dit betreft een afbouwregeling en een nieuwe regeling. Hierover is meer informatie te vinden in bijlage 2<sup>26</sup>.
- *Taskforce langdurige zorg*  
Wij willen in het kader van de gewenst omslag naar meer mensgerichtheid en meer maatwerk in de langdurige zorg, alle ruimte bieden aan innovaties. Wij willen de partijen die innovaties willen initiëren praktisch ondersteunen door het instellen van een taskforce die barrières, onder andere in de bekostiging, opspoort en oplost.
- *Doetank*  
Om er voor te zorgen dat zorg op afstand en domotica voor iedereen toegankelijk wordt is het noodzakelijk dat er wordt geïnvesteerd in zorgwoningen. In de transitieagenda «langer zelfstandig wonen» is hier ook op ingegaan<sup>27</sup>. Een kansrijk initiatief hierbij is de «doetank». Dit is een initiatief van VNO-NCW, MKB Nederland en ActiZ, waarin diverse sectoren willen samenwerken aan investeringen in de ouderenzorg. Dit moet leiden tot een aanbod van zorgwoningen op maat voor individuen. Sectoren zoals ouderenzorg, de bouw, ICT, pensioenfondsen, de winkelraad en UNETO-VNI, de ondernemersorganisatie voor de installatiebranche, werken hierin samen. Vanuit VWS wordt dit initiatief inhoudelijk ondersteund.

### **Internationale samenwerking is gericht op privacybewaking en economische kansen**

De veranderingen die de zorg nu doormaakt beperken zich niet alleen tot Nederland. Ook in andere landen staat innovatie in de zorg hoog op de

<sup>25</sup> NZa beleidsregel AL/BR-0011 «innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties».

<sup>26</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

<sup>27</sup> Kamerstuk 32 847, nr. 121.

maatschappelijke agenda. En de focus is vaak gelijk: technologische oplossingen vinden om patiënten langer zelfstandig te laten leven en om mensen de mogelijkheid te bieden zelf met hun gezondheid aan de slag te gaan. Hoewel wij de gezondheidszorg primair een nationale aangelegenheid vinden, is er een aantal onderwerpen waarop wij binnen de Europese Unie samenwerken. Dit betreft gegevensbescherming, standaardisatie, schaalvoordelen van gezamenlijk onderzoek en de mogelijk positieve economische impact van een internationale markt voor gezondheidsapps voor onze ICT-sector. Grootschalige implementatie van innovatieve ICT-oplossingen draagt bij aan het innovatievermogen, werkgelegenheid, economische groei en de internationale concurrentiepositie van Nederland. In de conceptreactie van het Nederlandse kabinet op de consultatieronde van de Europese Commissie over mobiele gezondheidszorgtoepassingen<sup>28</sup> die wij u 18 juni hebben toegezonden is dit nader toegelicht.

Daarnaast willen wij leren van ervaringen van andere landen en onze succesvolle initiatieven verder verspreiden. Zo hebben de inwoners van Denemarken al sinds 2003 de mogelijkheid om online hun patiëntendossier in te zien, en hebben ze veel ervaring opgedaan met het gebruik maken van deze gegevens. Omgekeerd leveren vijf Nederlandse regio's een bijdrage aan het verspreiden van goede voorbeelden in de ouderenzorg via het European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing.

De Nederlandse overheid is ook actief bij verschillende Europese onderzoeksprogramma's die geld beschikbaar maken voor onderzoek en innovatie in de zorg, zoals het Active and Assisted Living (AAL) Programme en Horizon2020. Daarbij wordt zoveel mogelijk ingezet op aansluiting op de ontwikkelingen binnen de Nederlandse topsector Life Sciences & Health, zodat het gemakkelijk is voor onze eigen onderzoeksinstellingen en innovators om deel te nemen aan deze Europese programma's.

### ***Uitwerking van moties draagt bij aan de focus...***

Middels de motie Bruins Slot<sup>29</sup> over het bevorderen van zelfmanagement is mij door de kamer gevraagd om samen met het veld, de industrie en patiëntenorganisaties te concretiseren hoe zelfmanagement voor de patiënt op korte termijn kan worden versneld. Bij doel 2 is uitgebreid toegelicht hoe de in de motie genoemde partijen zich verenigd hebben in de coöperatie ZO!. Ik heb op 21 november 2013 het startsein mogen geven voor ZO!. De coöperatie is inmiddels van start gegaan. In een vijftal ontwikkelpilots wordt uitgetest wat succesvolle implementatie strategieën voor zelfmanagement zijn. Tevens wordt kennis gebundeld uit de meer dan 40 initiatieven op terrein van zelfmanagement die in Nederland al plaatsvinden. Ten aanzien van de inkoop wordt per 1 januari 2015 de eerste stap gezet om deze vorm van zorg structureel en kwalitatief inhoudelijk afgestemde wijze een plek te geven in aanbod en inkoop. 2015 is de eerste stap. In de jaren erna zal telkens een verdergaande invoering plaatsvinden in lijn met de door ons geformuleerde «stip op de horizon». Wij ondersteunen de coöperatie door daar waar men tegen belemmeringen aanloopt gezamenlijk te bezien of deze weggenomen kunnen worden. Wij nemen dit mee als onderdeel van onze meerjarenagenda e-health.

<sup>28</sup> Kamerstuk 22 112, nr. 1863.

<sup>29</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 28.

Met de motie van de leden Bruins Slot en Bouwmeester<sup>30</sup> is mij gevraagd om te bevorderen dat er op een centraal digitaal punt een overzicht komt van goed werkende apps en hun toepasbaarheid. Het aanbod van mobiele applicaties voor smartphones gericht op zorg of gezondheid («medische» of «gezondheidsapps») neemt wekelijks enorm toe. Het groeiende aanbod en gebruik van deze apps door burgers en zorgprofessionals is een goede ontwikkeling, mits ze betrouwbaar, kwalitatief en veilig zijn. Er zijn wettelijke kaders voor het gebruik van medische applicaties wanneer het gaat om diagnostiek. De apps vallen dan onder de definitie medische hulpmiddelen en moeten dan ook voldoen aan de wet op de medische hulpmiddelen. De IGZ handhaaft vanaf 1 januari 2014 op deze wet.

Een groot deel van de apps die op de markt zijn, valt echter niet onder deze wet. Toch is het belangrijk dat gebruikers weten waar ze mee werken en dat de kwaliteit en betrouwbaarheid van apps is geborgd. Er zijn verschillende initiatieven vanuit zorggebruikers (de digitale zorggids van de NPCF) en zorgaanbieders (op artsennet van de KNMG) om, ieder voor hun eigen achterban, binnen dit aanbod informatie te geven over goed werkende apps.

Wij verkennen met onder meer NPCF en KNMG de mogelijkheden voor samenwerking met als gezamenlijke doelstelling dat het voor gebruikers van apps duidelijk is waar ze de benodigde informatie kunnen vinden.

### ***...en voortgang en trends worden gemonitord***

Vanwege de impact die technologie kan hebben op de (wijze van) zorgverlening, is het belangrijk de trends hierin te volgen en om deze trends vervolgens in een bredere context te plaatsen. Het kan hier gaan om nieuwe consumententechnologie op het gebied van e-health, (gezondheids- en medische) apps, big data, en dergelijke. Zoals de onderzoeksstudie «Technologie in de zorg thuis» van NIVEL aangeeft, ontbreekt het nog vaak aan gebrek aan inzicht in de toegevoegde waarde en de effecten van nieuwe technologieën. Onderzoek moet bovendien beter aansluiten bij wat in de praktijk plaats vindt en bij de belevingswereld van patiënten.

Om actueel inzicht te krijgen in de beschikbaarheid en het gebruik van e-health zal de e-health monitor ook de komende jaren worden uitgevoerd, zoals vorig jaar is toegezegd aan uw kamer. In deze brief zijn wij op verschillende onderdelen ingegaan op de aanbevelingen uit de e-health monitor 2013. Wij zien deze monitor als een nulmeting die wij kunnen benutten om volgende metingen mee te vergelijken. Nictiz en NIVEL, die gezamenlijk de monitor uitvoeren, worden in een begeleidingscommissie ondersteund door eerder genoemde NIA-partijen alsmede ActiZ en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). In de tweede helft van 2014 zullen wij uw kamer de nieuwste editie van de e-health monitor doen toekomen.

Wij zullen in komende monitors specifiek vragen naar het optreden van eventuele perverse effecten van de inzet van e-health. Een scenario dat wij specifiek gemonitord willen zien, is een mogelijke ongewenste stijging van kosten door een toename van vraag. Bijvoorbeeld doordat mensen op basis van een app onnodig op consult naar de dokter gaan of op basis van misinformatie de inzet van dure technologie verlangen. Door dit te monitoren kunnen ongewenste ontwikkelingen snel worden gesignaleerd en aangepakt. Binnen het programma «verspilling» wordt ook gekeken naar onnodige zorgkosten door het onvoldoende inzetten van technologie die de zelfredzaamheid bevordert.

---

<sup>30</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 30.

*Tot slot*

Wij zullen de komende maanden de activiteiten per doel verder aanvullen en opnemen in een «e-health stappenplan»/«roadmap». Wij doen dit in samenwerking met de convenantpartners van het Convenant Governance eHealth (KNMG, Nictiz, NPCF, VZVZ, Kwaliteitsinstituut en ZN), de VNG, alsmede met koepels van zorgaanbieders in de cure en care, patiënten- en ouderenorganisaties. Met deze patiënten- en ouderenorganisaties hebben wij afgesproken dat hierbij nadrukkelijk aandacht is voor educatie van mensen zodat deze vertrouwd kunnen raken met de benodigde technologie.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn