



Centraal Planbureau

# CPB-analyse voorstellen Nationaal Groeifonds

## Derde beoordelingsronde, 2023

Het CPB heeft 35 voorstellen geanalyseerd op de domeinen innovatie en kennisontwikkeling.

De CPB-analyses vormen input voor het advies van de adviescommissie.

Deze deelpublicatie geeft de analyse weer van het voorstel:

Urban Diagnostics

Subcommissie  
Gezondheid en zorg

## Q3.5 Urban Diagnostics

### Belangrijkste aandachtspunten

- Het is onzeker of het voorstel de druk op de zorg verlaagt. De gevolgen van een verschuiving naar de eerstelijns zijn voor huisartsen niet eenduidig positief. Ook kan laagdrempeligere diagnostiek de vraag naar diagnostiek verhogen.
- Het is onzeker of het voorstel de communicatie op landelijk niveau zal verbeteren. De indieners verwachten aan het eind van de looptijd zes tot acht regio's te hebben aangesloten; het is niet duidelijk hoe de aansluiting van de overige 23 tot 25 regio's gefinancierd gaat worden. Ook zijn er al twee commerciële aanbieders die geen onderdeel zijn van het consortium.
- De indieners gaan niet in op privacyrisico's en op risico's die de inzet van AI met zich meebrengt.
- De gevraagde subsidie lijkt voor een deel van de projecten erg hoog gezien het hoge *Technology Readiness Level*.

### Beschrijving voorstel

Het voorstel 'Urban Diagnostics – Medisch testen dicht(er) bij huis' (Urban DX) beoogt de diagnostische zorg effectiever en efficiënter te maken. De focus van het voorstel ligt op een aantal klachten waarvoor relatief vaak diagnostiek wordt aangevraagd en/of vaak voor wordt doorverwezen.<sup>37</sup> De indieners willen zorgverleners bij de diagnostiek ondersteunen door een digitaal platform te bieden dat data (bijvoorbeeld scans en uitslagen van bloedtesten) bijeenbrengt en de medische besluitvorming ondersteunt met behulp van algoritmes. Daarnaast willen de indieners de ontwikkeling van nieuwe, laagdrempelige vormen van diagnostiek stimuleren. Hierbij richten ze zich voornamelijk op in-vitrodiagnostiek (onder andere bloed- en urinetests en genetische profielen) en op medische beeldvorming (MRI en echo).

Het uiteindelijke doel van de indieners is drieledig. In de eerste plaats willen ze de zorgkosten verlagen en zorgverleners ontlasten. Ten tweede verwachten ze dat betere diagnostiek de gezondheid van burgers verbetert en daarmee de arbeidsproductiviteit verhoogt. Ten derde biedt de ontwikkeling van nieuwe vormen van diagnostiek volgens de indieners kansen om deze innovaties internationaal te vermarkten en het verdienvermogen van Nederland te vergroten.

De volgende tabel geeft een overzicht van de programmaonderdelen. Het voorstel bestaat uit drie programmalijnen die elk weer onderverdeeld zijn in verschillende werkpakketten, implementatieprojecten en zogenoemde *lighthouse*-projecten.

- Programmalijn 1 richt zich op digitalisering van de diagnostiek en op de implementatie van nieuw ontwikkelde technologie. Het kernonderdeel van deze programmalijn is de ontwikkeling van een Transmuraal Diagnostiek Platform (TDP): een digitale omgeving waarin diagnostische data worden samengebracht en zorgverleners met behulp van artificiële intelligentie (AI) worden ondersteund bij de interpretatie van de gegevens en bij de uiteindelijke besluitvorming. De programmalijn biedt daarnaast een aantal (fysieke) expert- en testlabs die het TDP zullen testen en implementeren en die de mogelijkheid bieden om nieuwe vormen van diagnostiek in de praktijk te testen.<sup>38</sup> De implementatieprojecten in de

<sup>37</sup> Het gaat onder andere om neurologische klachten, zoals hoofdpijn, duizeligheid en uitvalsverschijnselen, klachten van het bewegingsapparaat zoals rugpijn en gewrichtsklachten, en om thoracale klachten, zoals kortademigheid en hartkloppingen.

<sup>38</sup> De expert- en testlabs gaan uit van al bestaande infrastructuur en samenwerking tussen huisartsen, ziekenhuizen en huisartsenlaboratoria die de digitale systemen en nieuwe vormen van diagnostiek in een *real life setting* testen.

programmalijs betreffen innovaties op het gebied van datagedreven analyse en nieuwe vormen van diagnostiek die klaar zijn voor implementatie in de praktijk, en zullen worden geïntegreerd in het TDP. De overige onderdelen van programmalijs 1 betreffen *human capital* en publiek-private samenwerking (onder andere vermarkting van de nieuw ontwikkelde producten en overleg met verzekeraars over vergoeding van nieuwe vormen van diagnostiek).

- Programmalijs 2 richt zich op versnelling en implementatie van innovatieprojecten die zich al in een hoog *Technology Readiness Level* (TRL) bevinden, maar nog niet klaar zijn voor implementatie. De belangrijkste activiteiten in deze programmalijs zijn veertien zogenoemde *lighthouse*-projecten met TRL 9 en een ontwikkelomgeving ('praktijkpilot') voor deze projecten. De *lighthouse*-projecten zijn innovaties op het vlak van in-vitrodiagnostiek en medische beeldvorming. Voorbeelden zijn een bloedtest om de ziekte van Alzheimer vast te stellen en een algoritme om MRI-scans van het bewegingsapparaat te beoordelen. Het werkpakket Praktijkpilot biedt onder meer testcentra voor praktijktests van de *lighthouse*-projecten.
- Programmalijs 3 richt zich op de ondersteuning van innovatieprojecten met een lager TRL. De belangrijkste activiteiten in deze programmalijs zijn negentien *lighthouse* projecten met TRL 4-8 en innovatielabs waar deze projecten ontwikkeld kunnen worden. De innovatielabs bieden bijvoorbeeld faciliteiten om genetische testen uit te voeren.

**Tabel**      **Overzicht van voorstelonderdelen, investeringsbedrag en NGF-bijdrage**

| Programmaonderdeel                                       | Totale investering<br>(mln euro) | NGF-bijdrage<br>(mln euro) | NGF-bijdrage<br>(%) | Onderdeel<br>CPB quickscan |
|--|----------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Programmalijs 1 – Implementatie en digitalisering</b> | <b>122,4</b>                     | <b>80,7</b>                | <b>66</b>           |                            |
| WP1: Expertlabs  | 34,7                             | 25,0                       | 72                  | ✓                          |
| WP2: Transmuraal diagnostiek platform                    | 42,7                             | 24,6                       | 58                  | ✓                          |
| WP3: <i>Human capital</i>                                | 10,9                             | 8,2                        | 75                  |                            |
| WP4: Publiek-private samenwerking                        | 14,2                             | 10,2                       | 72                  |                            |
| Implementatieprojecten                                   | 19,8                             | 12,7                       | 64                  |                            |
| <b>Programmalijs 2 – Integratie en versnelling</b>       | <b>95,2</b>                      | <b>59,3</b>                | <b>62</b>           |                            |
| WP1: Selectie en voorbereiding                           | 8,0                              | 6,9                        | 87                  |                            |
| WP2: Praktijkpilot                                       | 39,5                             | 21,6                       | 55                  | ✓                          |
| WP3: Evaluatie en implementatiestrategie                 | 2,5                              | 2,5                        | 100                 |                            |
| <i>Lighthouse</i> -projecten                             | 45,2                             | 28,3                       | 63                  | ✓                          |
| <b>Programmalijs 3 – Innovatie en ontwerp</b>            | <b>112,7</b>                     | <b>69,4</b>                | <b>62</b>           |                            |
| WP1: <i>Onboarding</i> en ondersteuning                  | 1,8                              | 1,8                        | 98                  |                            |
| WP2: Innovatielab  | 52,3                             | 34,8                       | 67                  | ✓                          |
| WP3: Toekomstverkenning, transitie en ondersteuning      | 1,6                              | 1,0                        | 65                  |                            |
| <i>Lighthouse</i> -projecten                             | 57,0                             | 31,8                       | 56                  | ✓                          |
| <b>Programmamanagement</b>                               | <b>12,5</b>                      | <b>12,5</b>                | <b>100</b>          |                            |
| <b>Totaal</b>  | <b>342,8</b>                     | <b>222</b>                 | <b>65</b>           |                            |

Het voorstel is ingediend door Amsterdam UMC, mede namens de andere initiatiefnemers UMC Utrecht, Universiteit Leiden en Sanquin. Bij het voorstel zijn in totaal 92 partijen betrokken, waaronder grote bedrijven, mkb en onderzoeksorganisaties. De totale projectkosten bedragen 342,8 mln euro, waarvan **222,0 mln euro** wordt gevraagd uit het Nationaal Groeifonds (NGF). De voorgaande tabel geeft een uitsplitsing van

de bedragen per programmalijn en werkpakket (WP).<sup>39</sup> De CPB-*quickscan* zal zich richten op de onderdelen die een subsidiebedrag van meer dan 20 mln euro vragen. Het programma zal lopen van 2024 tot en met 2029.<sup>40</sup>

## 1. Scan probleemstelling

| Vraag  | Bevindingen   |
|--|---|
| <p>a. Is duidelijk welk(e) probleem/ problemen het voorstel tracht op te lossen?</p> | <p>Het probleem is op hoofdlijnen duidelijk, maar er ontbreekt een goede onderbouwing. Volgens de indieners staat het huidige systeem van zorgverlening onder druk. Diagnostiek is volgens de indieners een belangrijk deel van de zorg, omdat het tijdsintensief is en van doorslaggevende invloed is bij meer dan 70% van de beslissingen over (vervolg)zorg. Het is daarom belangrijk om de diagnostiek zo effectief en efficiënt mogelijk in te richten.</p> <p>De indieners benoemen verschillende problemen binnen de organisatie van het huidige diagnostische proces:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De communicatie tussen verschillende zorgverleners verloopt niet goed. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ De diagnostische zorg is volgens de indieners sterk verzuimd, waardoor patiënten met complexe klachten vaak verschillende gescheiden diagnostische paden doorlopen. Huisartsen geven aan dat diagnostiek onnodig vaak wordt herhaald.</li> <li>○ Huisartsen geven aan dat diagnostische uitslagen door specialisten in de tweede- en derdelijn niet transparant en gebundeld worden bijeengebracht. Er is volgens de indieners geen goede (landelijke) ICT-infrastructuur die data-uitwisseling faciliteert.</li> <li>○ Volgens huisartsen rapporteren specialisten in de tweede- en derdelijn vaak zonder adequate advisering terug naar de eerstelijns.</li> <li>○ Elektronisch medisch dossiers van patiënten bevatten vele datapunten met in potentie voorspellende, diagnostische waarde, maar die data worden nu volgens de indieners niet gebruikt.</li> </ul> </li> <li>• Veel diagnostiek vindt op dit moment plaats in het ziekenhuis, onder meer omdat de apparatuur complex is en een specifieke opleiding vergt. Er zijn kansen om diagnostiek naar de eerstelijns te verplaatsen door de apparatuur toegankelijker te maken. Medische bedrijven ervaren hierbij volgens de indieners echter een aantal barrières. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Om nieuwe vormen van diagnostiek vergoed te krijgen door zorgverzekeraars, moeten ze gevalideerd zijn en bewezen worden dat ze kosteneffectief zijn. Voor mkb-ondernemers is het echter moeilijk om toegang te krijgen tot patiënten om daarmee de nieuwe techniek te valideren en kosteneffectiviteit aan te tonen.</li> <li>○ Zorgverzekeraars zijn volgens de indieners vooral gericht op de kosten van een innovatie. Zij nemen (langetermijn)opbrengsten in</li> </ul> </li> </ul> |

<sup>39</sup> De gerapporteerde totalen en percentages zijn gebaseerd op onafgeronde cijfers en kunnen daardoor afwijken van de optelling of percentages van de afgeronde cijfers in de tabel.

<sup>40</sup> Het programma zal in het vierde kwartaal van 2023 worden opgestart en in 2030 administratief worden afgerond.

|  |  |
|--|--|
|  | <p>bijvoorbeeld de vorm van hogere arbeidsproductiviteit van de gehele Nederlandse beroepsbevolking niet mee in hun afwegingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Onderzoek naar nieuwe medische technologie is risicovol en de implementatie kost veel tijd.</li> </ul> <p>Bij deze probleemstelling maken we de volgende kanttekeningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De indieners lichten niet toe wat de onderliggende redenen zijn van de gebrekkige communicatie tussen zorgverleners. Er zijn al een aantal elektronische portalen die de uitwisseling van diagnostische data faciliteren (de indieners noemen zelf Zorgdomein en Topicus portaal). Het is niet duidelijk of deze portalen tekortschieten in functionaliteit of dat zorgverleners de functionaliteit van de portalen onvoldoende inzetten bij hun communicatie.</li> <li>• De indieners noemen dat specialisten vaak zonder adequate advisering terugrapporteren en dat data met in potentie voorspellende waarde niet worden gebruikt. Ook hier is het niet duidelijk wat de onderliggende redenen zijn van de problemen. Er zouden meerdere zaken een rol kunnen spelen, zoals de financiering, zorgen over privacy van de patiënt of tijdgebrek binnen de zorg.</li> </ul>  |
| <p>b. Is aannemelijk dat de initiatieven de problemen verhelpen (gegeven de bij ons beschikbare kennis over het ecosysteem)?</p> | <p><b>Algemeen beeld</b></p> <p>Het voorstel, en daarbinnen met name de <i>lighthouse</i>-projecten, kan barrières die medische bedrijven ervaren verlagen of wegnemen. Het is echter onzeker of het voorstel de communicatie op landelijk niveau zal verbeteren en/of de druk op de zorg zal verlagen.</p> <p>Wij maken de volgende kanttekeningen bij het voorstel als geheel.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Druk op eerstelijns.</b> De indieners lijken een verschuiving van diagnostiek te beogen van de tweede- en derdelijns naar de eerstelijns. Dit kan voordelen hebben voor de patiënt en de druk op de tweede- en derdelijns verlichten. De indieners gaan echter niet in op mogelijke gevolgen voor de eerstelijns. Deze zijn niet eenduidig. Efficiëntere diagnostiek zou bijvoorbeeld herhaalde huisartsbezoeken kunnen voorkomen, maar uitvoering van diagnostiek in de eerstelijns in plaats van de tweede- of derdelijns zou ook kunnen betekenen dat de huisarts juist zwaarder wordt belast.</li> <li>• <b>Risico toenemende zorgkosten.</b> Meer laagdrempelige diagnostiek zou kunnen leiden tot een hogere vraag naar diagnostiek (zie ook De Visser et al., 2021). De indieners benoemen het risico van overdiagnostiek, maar de mitigerende maatregelen worden niet concreet uitgewerkt.<sup>41</sup></li> <li>• <b>Financiële onderbouwing <i>businesscase</i> ontbreekt.</b> Na afloop van de NGF-financiering zal het TDP verder worden ontwikkeld en uitgerold, en willen de indieners ondersteuning bieden aan nieuwe innovatieprojecten. De <i>businesscase</i> steunt op exploitatie en</li> </ul> |

<sup>41</sup> De indieners noemen alleen dat veranderingen zullen worden getoetst in een casestudie centrum en dat onderzoek zal worden gedaan om het aantal fout-positieven en fout-negatieven te reduceren.

internationale export van het TDP, bedrijvigheid (*spin-offs*) vanuit de innovatieprojecten en betaalde toegang tot ontwikkel- en testomgevingen. Het voorstel bevat geen financiële onderbouwing van (de haalbaarheid van) deze *businesscase*.

- **Activiteiten beperkt uitgewerkt.** De indieners beschrijven de activiteiten zeer beknopt. Hierdoor is het in veel gevallen niet duidelijk wat de werkpakketten precies behelzen,<sup>42</sup> en hoe de verschillende werkpakketten zich tot elkaar verhouden.<sup>43</sup>

### Transmuraal Diagnostiek Platform

Wij maken de volgende kanttekeningen bij het Transmuraal Diagnostiek Platform (TDP).

- **Geen landelijke uitrol binnen NGF.** De indieners beogen landelijke gegevensuitwisseling, maar dit wordt niet gerealiseerd binnen het NGF-voorstel. De indieners willen de ontwikkeling van het TDP starten in drie regio's waar al pilots zijn voor regionale uitwisseling van medische gegevens. Het TDP zal daarna worden uitgerold naar minimaal zes en mogelijk acht regio's. Verdere uitrol naar heel Nederland (totaal 31 regio's) staat pas na afloop van het NGF-programma gepland. Het is niet duidelijk hoe deze uitrol gefinancierd gaat worden.
- **Risico op meer fragmentatie.** Het risico bestaat dat het TDP niet zal leiden tot *minder*, maar juist tot *meer* fragmentatie in de diagnostische zorg. Volgens de indieners is het nu gangbare aanvraagproces voor diagnostiek gebaseerd op Zorgdomein of het Topicus portaal. Beide partijen zijn belangrijke marktpartijen die niet deelnemen aan Urban DX. Huisartsen zullen gemotiveerd moeten worden om over te stappen naar het TDP, maar het is onzeker of zij de overstap zullen maken. Ook is het niet duidelijk of en hoe de indieners interoperabiliteit van het TDP met de bestaande portalen zullen waarborgen.
- **Risico's rond privacy en databeveiliging.** Het samenbrengen van medische data brengt risico's met zich mee op het vlak van privacy en databeveiliging. De indieners willen met het TDP zowel de zorgpraktijk verbeteren als onderzoek faciliteren. Ook lijken de indieners het TDP open te willen stellen voor bedrijfsartsen. Omdat het TDP meerdere functies en gebruikers heeft, kan de borging van de privacy en digitale veiligheid complex worden.
- **Risico's bij gebruik AI.** Het gebruik van AI biedt kansen, maar brengt ook risico's met zich mee. Zo is de kwaliteit van een algoritme afhankelijk van de kwaliteit van de data waarmee het algoritme wordt

<sup>42</sup> Een voorbeeld is het werkpakket Innovatielab uit programmaliijn 3. Het is hier niet duidelijk of het gaat om de bouw van nieuwe laboratoria of het inkopen van capaciteit binnen bestaande laboratoria. Ook specificeren de indieners niet om welke faciliteiten (apparatuur) het gaat.

<sup>43</sup> Een voorbeeld is het werkpakket Transmuraal Diagnostiek Platform uit programmaliijn 1. Dit werkpakket zou moeten draaien om de ontwikkeling van een digitaal platform, maar bevat ook een onderdeel 'Ontwikkelomgeving voor Point of Care Ultrasound', dat inzet op "de ontwikkeling van verschillende softwareapplicaties voor draagbare echografie". Deze zijn deels in een vroeg stadium van ontwikkeling (TRL 2-4), wat niet lijkt te passen bij de focus van programmaliijn 1 op implementatie in de praktijk. Tegelijk bevat programmaliijn 2 vijf *lighthouse*-projecten (TRL 9) om apps voor Point of Care Ultrasound te ontwikkelen. Het is onduidelijk hoe deze projecten verschillen van het project in programmaliijn 1.

|  |  |
|--|--|
|  | <p>getraind. Wanneer er in die data bijvoorbeeld diagnosefouten zitten, kan een algoritme die versterken.<sup>44</sup> Ook is het de vraag wie juridisch verantwoordelijk is als er op basis van AI een verkeerde diagnose wordt gesteld. De indieners gaan niet op dergelijke risico's in.</p> <p><b>Praktijkpilot</b><br/>Wij maken de volgende kanttekening bij de praktijkpilot (programmaliijn 2, werkpakket 2).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betwifelbare efficiëntie.</b> De begroting van dit werkpakket bestaat voornamelijk uit een bedrag van 20,3 mln euro (10,0 mln euro uit het NGF) voor “centrale coördinatie van de onderdelen in dit werkpakket” en een bedrag van 16,8 mln euro (9,2 mln euro uit het NGF) voor het ontwikkelen van een database “voor gebruik tijdens het project, tot het TDP gerealiseerd is”. Dit roept de vraag op waarom circa de helft van het werkpakket bestaat uit coördinerende activiteiten. Ook is het de vraag of het efficiënt is om een tijdelijke database te ontwikkelen, aangezien het TDP zal starten in een aantal regio's waar al pilots zijn op het vlak van datadeling.</li> </ul> |
| <p>c. Zijn er, gegeven onze beschikbare kennis, andere projecten die het probleem verhelpen?</p> | <p>De Eerste Kamer heeft op 18 april 2023 het wetsvoorstel Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) aangenomen. De Wegiz verplicht zorgverleners om bepaalde gegevens elektronisch uit te wisselen (mits daar een grondslag voor bestaat, zoals toestemming van de patiënt) en kan technische eisen stellen om interoperabiliteit te waarborgen. Vooruitlopend op de Wegiz stimuleert het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) digitalisering in de zorg, onder meer met het programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg. Uitwisseling van gegevens binnen de beeldvormende diagnostiek is een van de vier focusgebieden van dit programma.<sup>45</sup></p> <p>Deze initiatieven kunnen bijdragen aan het oplossen van de door de indieners benoemde communicatieproblemen. De indieners gaan niet in op de Wegiz en het programma Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg.</p>  |

## 2. Scan legitimiteit

| Vraag   | Bevindingen   |
|---|---|
| <p>a. Zijn er economische redenen die overheidsingrijpen legitimeren?</p> | <p><b>Overall beeld</b><br/>Het is niet waarschijnlijk dat het TDP een oplossing biedt voor de genoemde communicatieproblemen. Daarmee is er onvoldoende legitimiteit voor dit onderdeel van het voorstel. De bespreking in deze sectie zal zich daarom richten op de andere onderdelen (expertlabs, praktijkpilot, innovatielab en</p> |

<sup>44</sup> Een voorbeeld is dat vrouwen andere klachten hebben dan mannen bij hart- en vaatziekten, waardoor deze diagnose bij vrouwen vaker wordt gemist (zie een overzicht van de signalen van hart- en vaatziekten bij vrouwen op de website van UMC Utrecht ([link](#))). Een algoritme dat wordt gebaseerd op eerder gestelde diagnoses zou deze misdiagnose bij vrouwen kunnen versterken.

<sup>45</sup> Lees meer over beeldbeschikbaarheid op de website *Gegevensuitwisseling in de zorg* ([link](#)).

*lighthouse*-projecten). De legitimiteit van deze onderdelen is niet te beoordelen. Er zijn verschillende vormen van marktfalen die in beginsel enige mate van overheidsingrijpen kunnen legitimeren, maar er zijn belangrijke kanttekeningen te plaatsen bij onder meer de hoogte van de gevraagde subsidie en de maatschappelijke effecten. Het voorstel bevat onvoldoende informatie op projectniveau om een oordeel te formuleren over de legitimiteit.

Algemene redenen voor overheidsingrijpen kunnen zijn:

- Onderzoek, en dan met name onderzoek met een laag TRL, kan leiden tot **kennis-spillovers**. Anderen kunnen voortbouwen op de uitkomsten van het onderzoek. De opbrengsten hiervan komen in het algemeen niet terecht bij degenen die het initiële onderzoek hebben gefinancierd.
- Test- en ontwikkelomgevingen kunnen worden gezien als een **semi-collectief goed**.

Het voorstel kan **maatschappelijke effecten** hebben. Deze zijn echter niet eenduidig positief. Hieronder volgt een niet-uitputtende lijst van mogelijke effecten.

- Het snel stellen van een correcte diagnose kan de gezondheid bevorderen. Dit heeft vervolgens ook positieve effecten op de arbeidsproductiviteit.
- De zorgkosten zouden zowel toe- als af- kunnen nemen.
  - Meer toegankelijke testen in de eerstelijns zouden goedkoper kunnen zijn dan complexe diagnostiek in de tweedelijns, maar zouden ook kunnen leiden tot kostenstijgingen als er meer wordt getest.
  - Het vroegtijdig stellen van een diagnose kan leiden tot meer medicijngebruik. Anderzijds kan dit dure ingrepen in een later stadium van de ziekte voorkomen.
- De vraag naar zorgpersoneel in de tweedelijns zou af kunnen nemen, maar het is niet duidelijk of het voorstel het beroep op de eerstelijns zal verminderen of vergroten.

#### **Expertlabs, praktijkpilot, innovatielab**

De legitimiteit van overheidsingrijpen is niet te beoordelen. Het wordt uit het voorstel niet duidelijk wat deze werkpakketten precies behelzen. Ook onderbouwen de indieners niet welke vraag er vanuit bedrijven is naar testfaciliteiten. Voor zover deze werkpakketten toegang bieden tot noodzakelijke faciliteiten die bedrijven anders niet tot hun beschikking hebben, zou enige mate van overheidsingrijpen legitiem kunnen zijn. Het is daarbij wel van belang om rekening te houden met te verwachten private baten.

#### ***Lighthouse*-projecten**

De legitimiteit van overheidsingrijpen is in zijn algemeenheid niet te beoordelen.



- De mate waarin kennis-*spillovers* zijn te verwachten hangt onder meer af van het TRL. De gemiddelde NGF-subsidie van 63% voor de *lighthouse*-projecten in programmalijn 2 lijkt zeer hoog, gezien het feit dat deze projecten volgens de indieners TRL 9 hebben. Het is daarnaast opvallend dat de projecten in programmalijn 3, met TRL 4-8, een lagere gemiddelde NGF-bijdrage vragen (56%).
- De maatschappelijke effecten wisselen per project. De indieners geven aan dat het subsidiepercentage per project is afgestemd op het TRL en de publieke waarde van het project. Dit wordt in het voorstel echter niet verder toegelicht of uitgewerkt.

## Literatuur

UMC Utrecht, 2023, *Signalen van hart- en vaatziekten bij vrouwen* ([link](#)).

Visser, M. de, A.W.A. Boot, G.D.A. Werner, A. van Riel en M.I.L. Gijsberts, 2021, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*, WRR-rapport 104, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid ([link](#)).

VWS, z.d., *Beeldbeschikbaarheid*, webpagina van *Gegevensuitwisseling in de zorg*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ([link](#)).