

STAPPENPLAN CONTRACTERING

VERDIEPINGSDOCUMENT



Een praktische hulp bij het contracteren
van de juiste zorg op de juiste plek

JANUARI 2019

VOORWOORD

Innovatie is een toverwoord bij alle uitdagingen in de zorg. Maar innoveren op zichzelf is nog niet voldoende. Zo kwamen we er de afgelopen jaren achter dat het alleen bedenken van iets nieuws in de zorg niet vanzelf leidt tot enthousiast massaal gebruik. Dat geldt zeker voor de inzet van e-Health en slimme zorg voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek.

Eén van de hardnekkigste noten om te kraken is die van contractinnovatie. Hoe te komen tot structurele bekostiging van slimme zorg thuis? Wat zijn de vervolgstappen als een ziekenhuiszorg thuis toepassing inderdaad aantoonbare meerwaarde heeft, maar de kosten en baten niet op dezelfde plek vallen? Hoe zetten we de uitkomsten vervolgens om in een passend contract? Allemaal vragen die te maken hebben met contractinnovatie.

Wij merken dat partijen in het veld wel begrijpen dat andere vormen van financiering nodig zijn voor de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, maar dat het zonder instrumenten en handvatten (zoals goede voorbeelden, stappenplannen, factsheets en modelcontracten etc.) lastig is om uit de groef te komen van 'traditioneel' contracteren.

Contractinnovatie is een soort *escape room* waar je samen met alle stakeholders uit moet zien te komen. Dat vergt visie, verbinding, vertrouwen en commitment op een gezamenlijk proces. En uiteindelijk gewoon doen met vallen en opstaan. Maar dat betekent niet dat iedereen hetzelfde leergeld moet betalen. Er is met een gerichte aanpak en praktische instrumenten een hoop te versnellen. Bijvoorbeeld: hoe kom je tot een innovatief shared savings contract, met wie maak je wanneer welke afspraken en welke regelgeving zit mogelijk in de weg? Ondersteuning op het proces, op basis van geleerde lessen, levert meer op dan alleen het delen van de uitkomst uit projecten.

Dit is precies hoe we werken in Vitaal Thuis: een landelijke *learning community of practice* voor e-Health thuis, een doe- én leernetwerk, waarin we leren van elkaar, we begrijpen dat iedereen zelf zijn eigen proces doormaakt en waarin we gezamenlijk een instrumentarium ontwikkelen om dat proces te ondersteunen.

De verschillende voorbeelden van gecontracteerde ziekenhuiszorg thuis toepassingen die we de afgelopen jaren hebben gezien in de coalitie Vitaal Thuis, maken duidelijker dat er geen "standaard contracterings-model" voor ziekenhuiszorg thuis toepassingen bestaat. In elke regio zijn andere partijen actief en zijn de samenwerkingsafspraken net een beetje anders. De goede voorbeelden hebben ons wel laten zien over welke aspecten er afspraken gemaakt dienen te worden en welke stappen doorlopen moeten worden. Immers, voordat men begint aan de daadwerkelijke financiële afspraken rondom de contractering, dienen eerst een aantal andere stappen doorlopen te worden.

De bundeling van deze ervaringen en inzichten hebben wij gemodelleerd tot dit 'Stappenplan contractering Vitaal Thuis'.

Pim Ketelaar, programmadirecteur VitaValley

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	2
Inhoudsopgave.....	3
aanleiding	4
stappenplan voor contractering	5
Stap 0: Coalitievorming	6
Stap 1: Visievorming.....	6
Stap 2: Planvorming	13
Stap 3: Inrichten	15
Stap 3A: Invulling van de behoeften	15
Stap 3B: Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten	18
Stap 3C: Financieringsafspraken	20
Stap 4: Uitvoeren en evaluatie	22
Stap 5: Inbedding en opschaling.....	22
Specifieke invulling bij ziektebeelden.....	23
Bijlage 1 Checklist contractinnovatie	27
Bijlage 2 Achtergrond coalitie vitaal thuis.....	28
Bijlage 3 Beleidscontext.....	31
Bijlage 4 Algemene toelichting financieringsmodellen	33
Colofon.....	36

AANLEIDING

Innovatie van contractering

Vitaal Thuis is een veldcoalitie: van en voor veldpartijen die o.a. inzetten op het organiseren én contracteren van de juiste zorg op de juiste plek. Samen werken we aan passende contractering die leidt tot daadwerkelijke substitutie van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie. Maar dit gaat niet vanzelf. Innovatie van zorgaanbod én innovatie van contractering zijn hiervoor nodig.

Alleen door samenwerking ontstaat voldoende schaalgrootte om echt impact te maken. Ieder voor zich is geen optie meer. Te veel initiatieven blijven kleinschalig of solistisch, hebben geen duurzaam perspectief en de kennisuitwisseling is beperkt. Hiermee gaat veel tijd, energie en (publiek) geld verloren. Dus: voorbij aan de proeven en pilots zonder perspectief. En voorbij aan bilaterale maatwerk contracten met bijkomstige, hoge transactiekosten.

Vitaal Thuis helpt partijen om 'de juiste zorg op de juiste plek'-arrangementen sneller en beter te contracteren, met waardevolle uitkomsten voor álle stakeholders.

Uitgebreidere informatie over de Vitaal Thuis coalitie is de te vinden in Bijlage 2.

Beleidskader

Gebrek aan structurele en duurzame financiering voor (eHealth) innovaties wordt regelmatig genoemd als knelpunt om innovatieve zorg te implementeren en op te schalen. Maar er is meer mogelijk dan soms gedacht wordt. Daarom hebben verschillende (beleids)organisaties in de zorg zich ingespannen om de mogelijkheden inzichtelijk te maken. Meer informatie is hierover beschikbaar in Bijlage 3. In deze bijlage geven wij tevens een overzicht van de belangrijkste punten uit het regeerakkoord 2017, de hoofdlijnakkoorden en verscheidende inkoopgidsen van zorgverzekeraars die van toepassingen zijn op de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis.

Voor wie is dit document bedoeld?

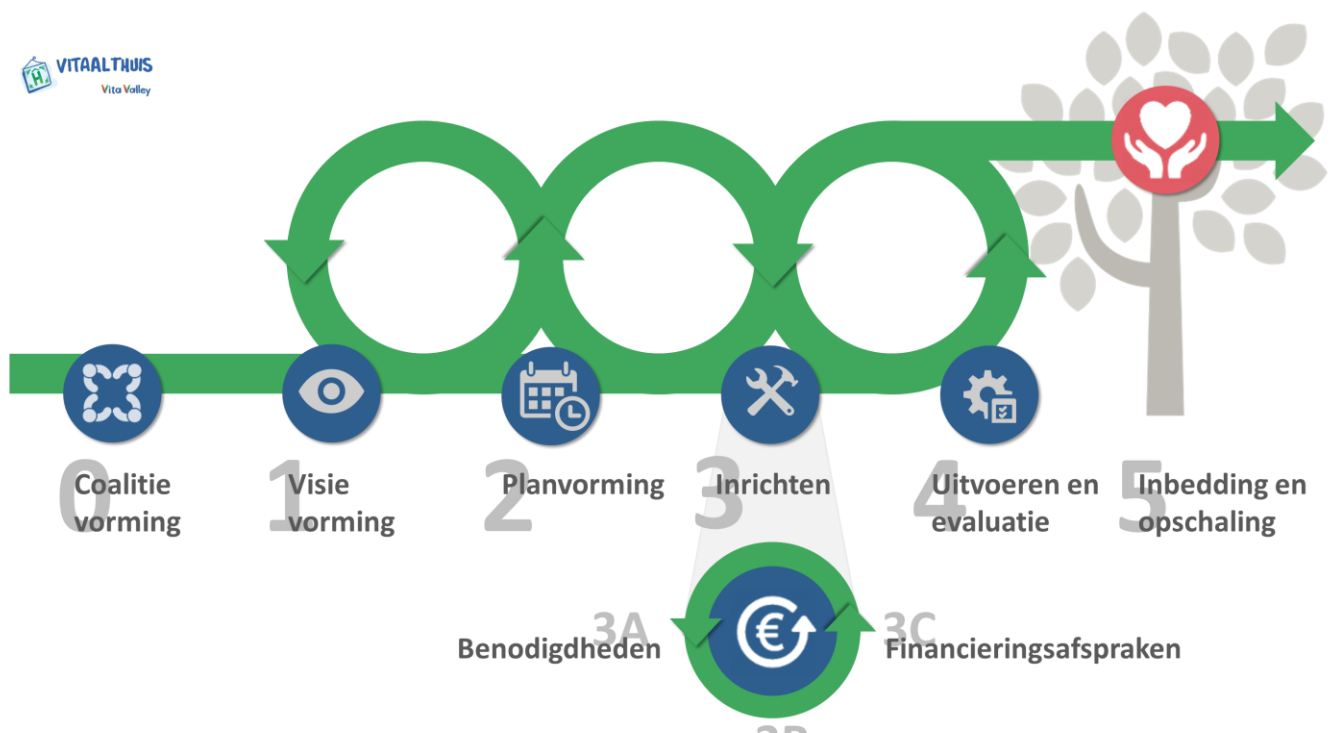
Dit document gaat in op aspecten waarover afspraken gemaakt dienen te worden en de stappen die doorlopen moeten worden om te komen tot de contractering van een ziekenhuiszorg thuis toepassing. Dit document is daarmee bedoeld voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel om 'de juiste zorg op de juiste plek'-arrangementen sneller en beter te contracteren, met waardevolle uitkomsten voor álle stakeholders.

STAPPENPLAN VOOR CONTRACTERING

Het contracteren van 'ziekenhuiszorg thuis' arrangementen gaat niet vanzelf. De afspraken die gemaakt dienen te worden tussen zorgverzekeraars en zorgpartijen, raken vaak aan de kern van de werkzaamheden van de betrokken stakeholders. En dat maakt het complex. Door de transitie van zorg zal een deel van de medisch specialistische zorg verschoven worden naar de thuissituatie. Dit betekent wellicht ook omzetverlies voor het ziekenhuis. Daarnaast bestaat de vraag over de kwaliteit van de geleverde zorg. Maar hoe meet je deze kwaliteit en welke indicatoren gebruik je hiervoor? Tevens wil je graag gezonde prikkels voor alle betrokken partijen in de bekostigingsafspraken inbouwen, zodat alle stakeholders meewerken aan de juiste zorg op de juiste plaats.

De verschillende voorbeelden van gecontracteerde ziekenhuiszorg thuis toepassingen die afgelopen jaar de revue zijn gepasseerd in de coalitie, maken duidelijker dat er geen "standaard contracteringsmodel" voor ziekenhuiszorg thuis toepassingen bestaat. In elke regio zijn andere partijen actief en zijn de samenwerkingsafspraken net een beetje anders. De goede voorbeelden hebben ons wel laten zien over welke aspecten er afspraken gemaakt dienen te worden en welke stappen doorlopen moeten worden. Immers, voordat men begint aan de daadwerkelijke financiële afspraken rondom de contractering, dienen eerst een aantal andere stappen doorlopen te worden.

De basis voor het stappenplan contractering is het Vitaal Thuis model voor implementatie en opschaling. Dit ziet er als volgt uit.



Figuur 1: Stappenplan implementatie en opschaling

De stappen worden in de volgende pagina's verder toegelicht. Tevens zijn praktische voorbeelden bij elke stap toegevoegd.

Een samenvatting van dit stappenplan is via de [VitaValley website](#) beschikbaar

STAP 0: COALITIEVORMING

We gaan er vanuit dat deze stap al plaatsgevonden heeft in het geval dat nagedacht wordt over de structurele bekostiging van een ziekenhuiszorg thuis toepassing. We laten deze stap daarom niet uitgebreid terugkomen in dit document.

STAP 1: VISIEVORMING

Theorie

Formuleer met de betrokken stakeholders uw visie. Waarom doen we dit? Waarom is dit belangrijk voor de regio en haar bewoner? Wat zijn de contouren van de maatschappelijke business case? De visie wordt over het algemeen gevoed door maatschappelijke en regionale ontwikkelingen. De uitkomst van deze stap is dat er in gezamenlijkheid een gedragen visie ontstaat.

Zorg dat de relevante stakeholders aangehaakt zijn bij de visievorming. Advies is de volgende stakeholders op zijn minst te betrekken: bestuur, zorgverleners, zorgverzekeraar, patiënt, leverancier van diensten en systemen. Het is goed om ook na te gaan of er relevante stakeholders in de regio zijn, zoals regionale samenwerkingsverbanden, gemeenten etc.

Uit de ontwikkelde visie bepalen we verschillende kernwaarden, beloftes, gewaagde doelen of ambities. Deze vullen we vervolgens concreet in door middel van het vaststellen van doelstellingen en het opzetten van programma's om deze doelstellingen te behalen. Vele kleine stappen dragen uiteindelijk bij aan het realiseren van de (grootse) ambitie. De vraag is; hoe bepaal je nu waar je het beste kan beginnen of welke projecten het meest succesvol lijken? Het is daarvoor handig om een overzicht te maken van de urgentie en knelpunten van de mogelijke projecten, inclusief hun oorzaken en gevolgen. Daarnaast stel je een risicoanalyse en stakeholderanalyse op.

Invulling

De patiënt centraal

Een veel gehoorde uitspraak en dat is niet zonder reden. De patiënt is namelijk diegene waar alle stakeholders het voor doen. Een betere gezondheid voor de patiënt, een prettigere ervaring van de geleverde zorg, zorg die fijner ingepast kan worden in het dagelijks leven van de patiënt. Allemaal redenen waar elke professional in de zorg zijn of haar steentje aan wil bijdragen, van arts of verpleegkundige tot bestuurder van een zorginstelling.

Stel de patiënt dus altijd centraal in uw visie. Waar heeft de patiënt behoefte aan? Wanneer is de ziekenhuiszorg thuis toepassing van meerwaarde voor de patiënt? Er is veel informatie beschikbaar over hoe u de patiënt daadwerkelijk centraal kunt stellen. U kunt bijvoorbeeld via de website van [Zorg voor Innoveren](#) hier meer informatie over terugvinden.

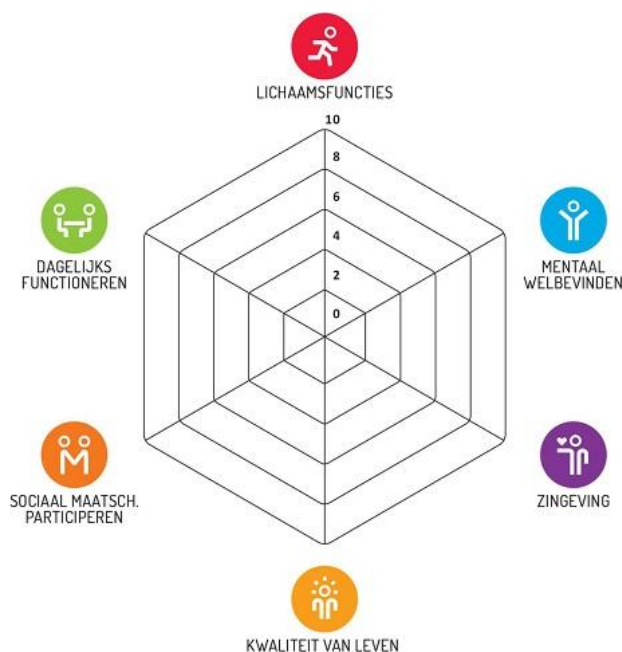
Daarnaast is via patiëntenverenigingen veel informatie beschikbaar over de inbreng van het patiëntperspectief van een bepaalde doelgroep.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Een veel gekozen uitgangspunt is dat van de *Triple Aim* doelstelling, wat staat voor het stijgen van de algemene gezondheid, het ervaren van een betere kwaliteit van de zorg en het verlagen van de kosten per capita. *Triple Aim* is een brede mens- en populatiegerichte aanpak. Wanneer u dit als uitgangspunt kiest, betekent dit dat de geformuleerde ambities en doelstellingen uit uw visie bijdragen aan de *Triple Aim* doelstelling. Steeds vaker zien we dat hier een vierde doelstelling aan toegevoegd wordt om te komen tot *Quadruple Aim*. De vierde doelstelling is het verbeteren van de tevredenheid en het werkplezier van de professional. Dit wordt steeds relevanter gezien de uitdagingen op de arbeidsmarkt.

Met name in de tweelijnszorg is [Value Based Healthcare \(VBHC\)](#) een nu veel gehoorde term. Ook dit kan een uitgangspunt zijn voor de vorming van uw visie. De VBHC-methode is gericht op het maximaliseren van de waarde van zorg voor de patiënt en het reduceren van de zorgkosten. De waarde wordt daarbij gedefinieerd als gerealiseerde gezondheidsuitkomst per gependende euro. Ondersteund door patiënt- en arts-relevante indicatoren, (zoals overleving, complicaties, kwaliteit van leven), en door procesindicatoren en kosten, brengen de organisaties de stakeholders bij elkaar die resultaten en (behandel)processen analyseren en op basis daarvan doelstellingen en verbeteringen afspreken.

Een andere belangrijke maatschappelijke ontwikkeling die meegenomen kan worden in de visievorming is de nieuwe kijk op de definitie van gezondheid, geformuleerd door Machteld Huber. Zij heeft het nieuwe [concept 'Positieve gezondheid'](#) ontwikkeld en als volgt gedefinieerd: "Gezondheid als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven". In deze definitie wordt de gezondheid niet alleen beoordeeld vanuit een medisch inhoudelijk perspectief (lichaamsfuncties), maar vanuit nog eens 5 verschillende dimensies.



Figuur 2: Spinnenweb voor positieve gezondheid - Bron: Institute for Positive Health

Regionale ontwikkelingen

Naast maatschappelijke ontwikkelingen, zijn de ontwikkelingen specifiek in uw regio van groot belang. Bent u actief in een krimpregio of juist in een groeiregio? Bevinden zich andere zorginstellingen in uw regio die zich op dezelfde zorg richten? Werkt u samen met academische of perifere partnerziekenhuizen? Dit soort vragen bepalen de mogelijkheden en richtingen voor ziekenhuiszorg thuis. Het is belangrijk om alle stakeholders uit uw regio te betrekken en aan te haken. Waar liggen de mogelijkheden voor samenwerking en waar de uitdagingen door andere visies en prioriteiten. Maak alvast een globale analyse, de stakeholderanalyse volgt in stap 2.

Maatschappelijke business case

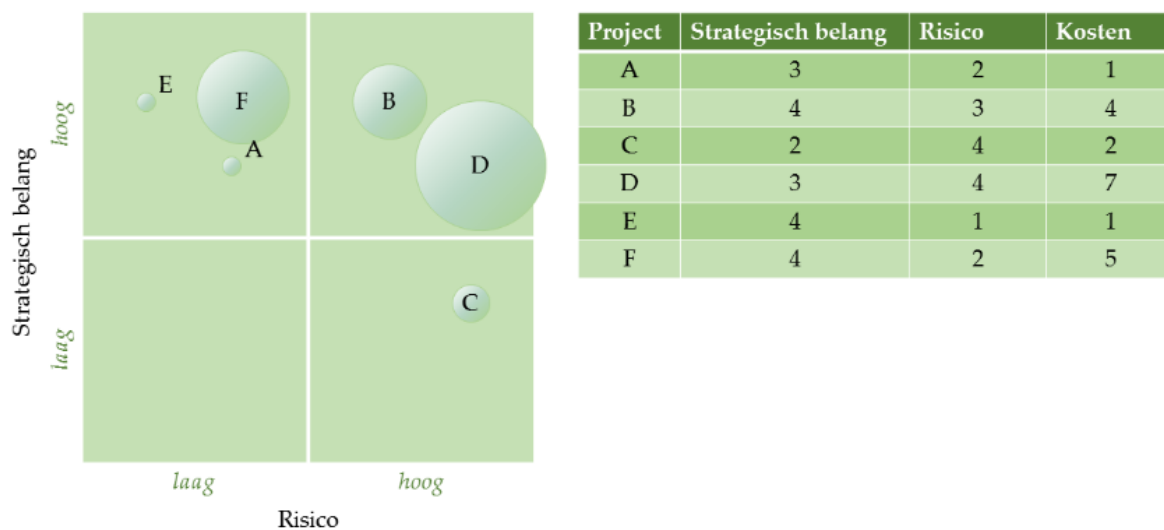
Het meten van maatschappelijke impact wordt steeds belangrijker voor innovaties in de gezondheidszorg. De schaarse middelen en capaciteit dwingen tot keuzes welke innovaties worden geïmplementeerd en opgeschaald. Het meten van impact wordt gebruikt om het maatschappelijk rendement vooraf te voorspellen, te monitoren of te evalueren. VitaValley en Vital Innovators maken gebruik van de [Social Return On Investment \(SROI\) methodiek](#) voor het meten van maatschappelijke impact, een internationale methodiek die hier veel voor gebruikt wordt.

In de maatschappelijke business case worden met behulp van de SROI methodiek de stakeholders, investeringen en opbrengsten van een innovatie inzichtelijk. Hierbij wordt niet alleen de economische winst van een innovatie berekend, maar ook het maatschappelijk rendement dat voor de verschillende stakeholders gecreëerd wordt. Om de investeringen en opbrengsten goed met elkaar te kunnen vergelijken worden alle waarden naar euro's omgerekend.

No pain, no gain

Om de prioriteiten van projecten te bepalen is het goed om te beoordelen 'waar de pijn het meest gevoeld wordt', oftewel: waar is de urgentie het hoogst. Alleen wanneer er voldoende pijn gevoeld wordt, is men bereid om in beweging te komen en zaken echt anders te gaan aanpakken. Het is belangrijk dat alle betrokkenen elkaars pijn en prioriteiten kennen en dat deze in een vroeg stadium op tafel komen en expliciet gemaakt worden. Dit is nodig om ervoor te zorgen dat in een later stadium dit soort barrières niet alsnog op tafel komen en het proces vertragen. Bovendien kost het op dat moment vaak meer tijd om het op te lossen, dan wanneer er in een vroeg stadium al over gesproken is.

Er zijn veel theorieën en modellen beschikbaar om de juiste prioriteiten te stellen en de urgentie te bepalen. Dit kan bijvoorbeeld met [het keuzeprioriteringsmodel](#), waarbij men de urgentie van een bepaald project bepaald op basis van de bijdrage die het levert aan de strategische doelen en het risicoprofiel van het project. Nog interessanter wordt het als de kosten van een project worden meegenomen in het schema. De diameter van de cirkel staat voor de relatieve kosten. Met een dergelijk model is aan de hand van één plaatje aan iedereen in de organisatie uit te leggen waarom projecten wel of niet (moeten) worden uitgevoerd. De grootste kracht van dit model zit deels in de discussie die eraan vooraf gaat. Hoe een project scoort in dit model is niet arbitrair. Wat versta je bijvoorbeeld onder risico's? Wanneer is de bijdrage aan de organisatiedoelstellingen in het ene geval hoger dan in het andere? Door met verschillende betrokkenen de discussie aan te gaan over dit soort vragen, ontstaat een breed draagvlak voor het projectenportfolio. En daar is het toch allemaal om te doen.



Figuur 3: Keuzeprioriteringsmodel, gebaseerd op een model van Beijen, M., Broos, E., Lucas, E. (2007), *Strategische inzet van IT, een leidraad voor business-informatiemanagement*, Kluwer.

Knelpunten identificeren: risico analyse en stakeholder analyse

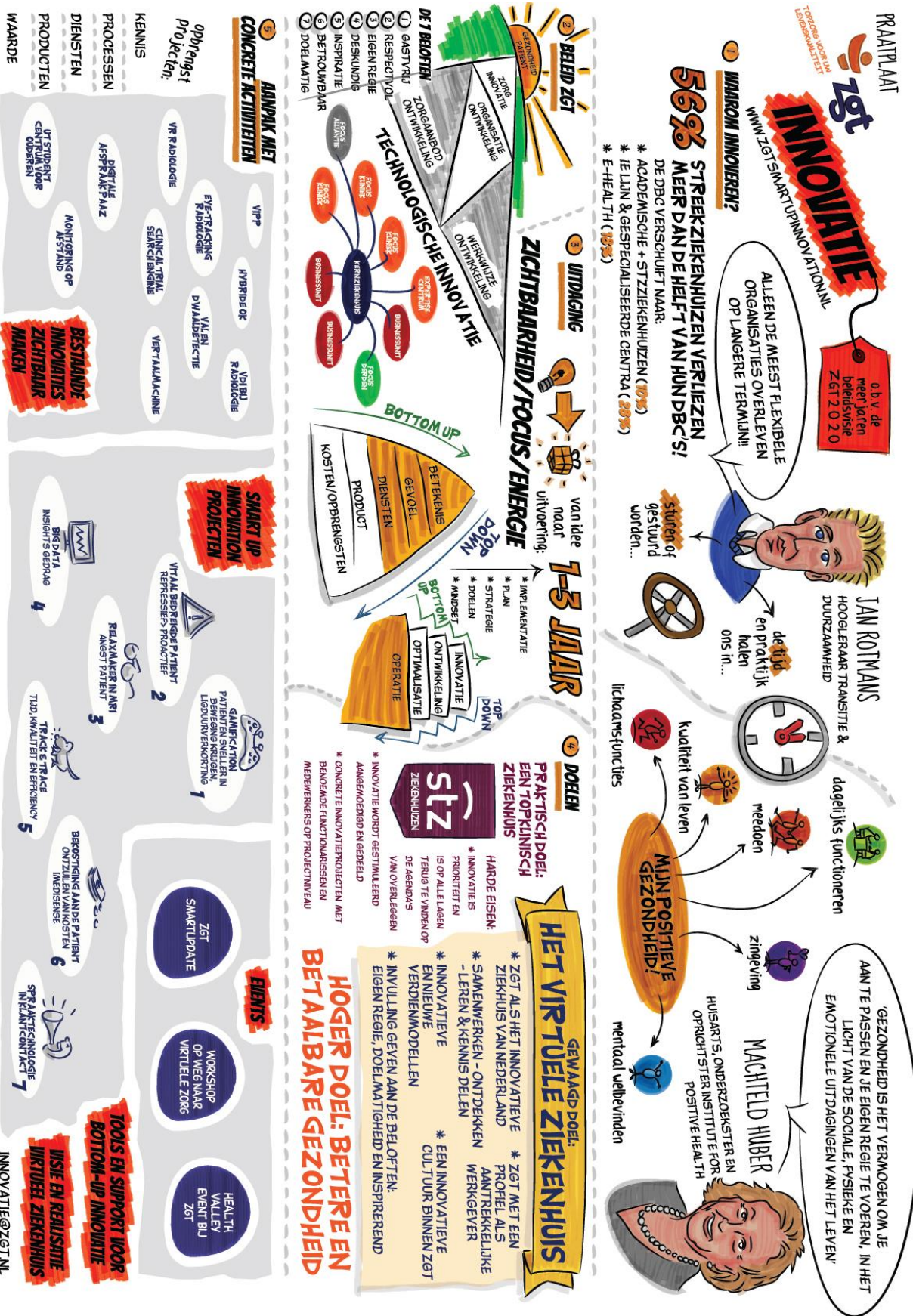
De risico's, zoals genoemd in bovenstaand model, kunnen van heel uiteenlopende orde zijn. Ze kunnen ontstaan vanuit het perspectief van financiële middelen, beschikbare capaciteit of kennis. Het is belangrijk om deze risico's te identificeren en de bijbehorende mitigatie mogelijkheden inzichtelijk te maken. Verwerk dit in een risicoanalyse.

Specifiek voor de ontwikkeling van ziekenhuiszorg thuis trajecten is het belangrijk om naar de belangen van de verschillende stakeholders te kijken. Het is daarbij handig om een stakeholderanalyse te maken. Hierin breng je alle stakeholders rond je project in beeld en kijk je waar hun belangen liggen, en hoe je daarmee om kunt of moet gaan. Per stakeholder wordt ook een eerste aanzet gemaakt voor inbreng en opbrengsten (mensen, middelen, anderszins) van de desbetreffende stakeholder, zodat inzichtelijk is welke stakeholder 'profiteert' of juist meer moet geven dan dat het oplevert. Er wordt inzichtelijk gemaakt welke baten er zijn en hoe deze gerealiseerd kunnen worden. Er schuilt vaak een risico in het daadwerkelijk kapitaliseren van sommige baten. Dit geldt 'is er wel', maar is niet altijd fysiek direct beschikbaar of te incasseren. De uitkomsten van deze inventarisatie moeten afgewogen worden tegen de maatschappelijke business case. Levert de verandering uiteindelijk voldoende op, om bijvoorbeeld bepaalde stakeholders te compenseren.

Voorbeeld visievorming

Een mooie voorbeeld van visievorming zien we terug bij Ziekenhuis Groep Twente (ZGT). Voor haar [visie op innovatie](#) heeft ZGT zich laten inspireren door o.a. Jan Rotmans, hoogleraar transitie & duurzaamheid, en het gedachtengoed van Machteld Huber. Op basis van de verwachting dat het ZGT 56% van haar DBC's zal verliezen als ze niets doet, heeft het ziekenhuis gesteld dat ze wil innoveren. De 7 beloften uit de meerjarenbeleidsvisie van ZGT vormen de basis; aansluitend daarop heeft ZGT een aantal doelen gesteld met betrekking tot innovatie. Om deze doelen te bereiken startte het ZGT een aantal concrete activiteiten. De visie van ZGT is samengevoegd in onderstaande praatplaat.

Volgens ZGT moet zorginnovatie leiden tot betere en betaalbare zorg, die tegemoet komt aan de behoeften en wensen van haar patiënten. Daarbij werkt ZGT nauw samen met patiënten, professionals en partners in de regio. Op deze manier zullen ook de te ontwikkelen Ziekenhuiszorg Thuis zorgconcepten een plekje krijgen binnen de innovatieprojecten van ZGT.



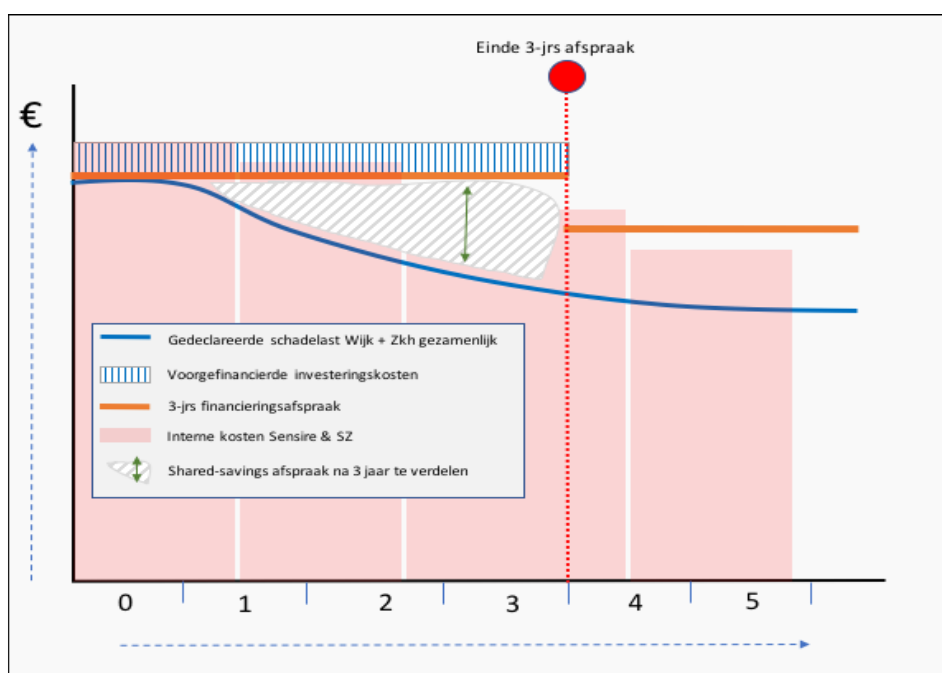
Figuur 4: Praatplaat Visie op innovatie van ZGT - Bron: Ziekenhuis Groep Twente

Voorbeeld stakeholderanalyse met bijbehorende financiering

Wat is de opbrengst voor de patiënt en voor de zorgverzekeraar? En wat betekent dit voor de inkomsten van het ziekenhuis en de medisch specialisten? Dit zijn belangrijke vragen om te beantwoorden voor de succesvolle ontwikkeling en implementatie van een ziekenhuiszorg thuis traject.

De verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie zal immers betekenen dat die patiënten niet meer of minder in het ziekenhuis komen. Dit betekent minder productie voor het ziekenhuis en dus ook minder inkomsten voor ziekenhuis en specialist. Hoe ga je hier dan mee om? Want het ziekenhuis en de specialisten zullen niet gelijk enthousiast zijn om deel te nemen aan dit verandertraject, ondanks dat het wellicht bijdraagt aan betere zorg voor de patiënt.

Het is hierbij van belang om over de traditionele schotten van financiering te kijken. Een goed voorbeeld is de implementatie van het COPD InBeeld programma door het Slingeland Ziekenhuis, Sensire en Menzis. COPD patiënten worden hierbij op afstand gemonitord, waardoor zij minder vaak naar het ziekenhuis hoeven te gaan voor controles en behandelingen. Menzis financiert dit innovatieve aanbod op basis van een *shared savings* contract van drie jaar. Zie de opzet van dit model in onderstaande figuur. De financiële vergoeding voor de artsen is onveranderd gebleven.



Figuur 5: Financieringsmodel COPD InBeeld programma - Bron: Daniël Winkeler van Slingeland Ziekenhuis

In de [vervolgstudie van Gupta op de 'No Place Like Home'-studie](#) gaan zij in op de barrières die de verplaatsing van ziekenhuiszorg naar thuis vertragen en de mogelijke oplossingen die bestaan. De negatieve financiële prikkels voor ziekenhuizen en specialisten worden hierin ook genoemd als één van de barrières. Oplossingen die zij noemen zijn o.a.;

- Het ontwikkelen van een nieuwe vorm van bekostiging voor artsen, vergelijkbaar met de vergoedingen binnen de huisartsenzorg. Dit komt neer op een vaste vergoeding per patiënt onder behandeling bij een specialist, ook wanneer de specialist

geen interventie pleegt. Een dergelijke 'fee-for-service' bekostiging wordt onderzocht bij het Hartwacht programma in samenwerking met zorgverzekeraars en de NZa. Het maken van langdurige afspraken tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, zodat ziekenhuizen daadwerkelijk de kans krijgen om hun organisatie en voorzieningen aan te passen (te laten afslanken) aan de verminderde productie.

In het eerder genoemde voorbeeld van Slingeland ziekenhuis, is ook gekozen voor meerjaren afspraken.

STAP 2: PLANVORMING

Theorie

Nu we weten wat waar de belangrijkste uitdagingen en knelpunten liggen, richten we een projectorganisatie in en werken we het plan uit. Dit kan in de vorm van een projectplan. Bovendien wordt hier een businesscase geformuleerd voor elk van de stakeholders, op basis van de maatschappelijke business case uit stap 1, waarin de kosten en baten uiteen worden gezet en een doorkijk wordt gegeven naar structurele bekostiging.

Invulling

Projectorganisatie

In de projectorganisatie zijn afspraken vastgelegd over hoe stakeholders betrokken zijn, hoe inbreng wordt verzameld en hoe tussentijds gerapporteerd wordt over de voortgang. Ook zijn zaken als escalatiekanalen afgestemd.

Projectplan

Het projectplan of actieplan beschrijft een heel aantal elementen. Er zijn veel verschillende aanpakken en modellen beschikbaar voor het schrijven van een goed projectplan.

Specifiek voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden is door o.a. de KU Leuven het [7-fasen model](#) ontwikkeld. De fasen worden cyclisch doorlopen aan de hand van verschillende plan – do – study – act cycli. De methodologie werd aanvankelijk ontwikkeld om de processen binnen één organisatie te stroomlijnen en te optimaliseren. In 2016 is het model verder uitgediept voor de ontwikkeling van transmurale zorgpaden, waarbij zorgpaden over de organisatiegrenzen van zorgaanbieders heen zijn ontwikkeld. Als heel duidelijk is dat rondom de (structurele) financiering van het project knelpunten spelen, neem deze dan alvast mee.

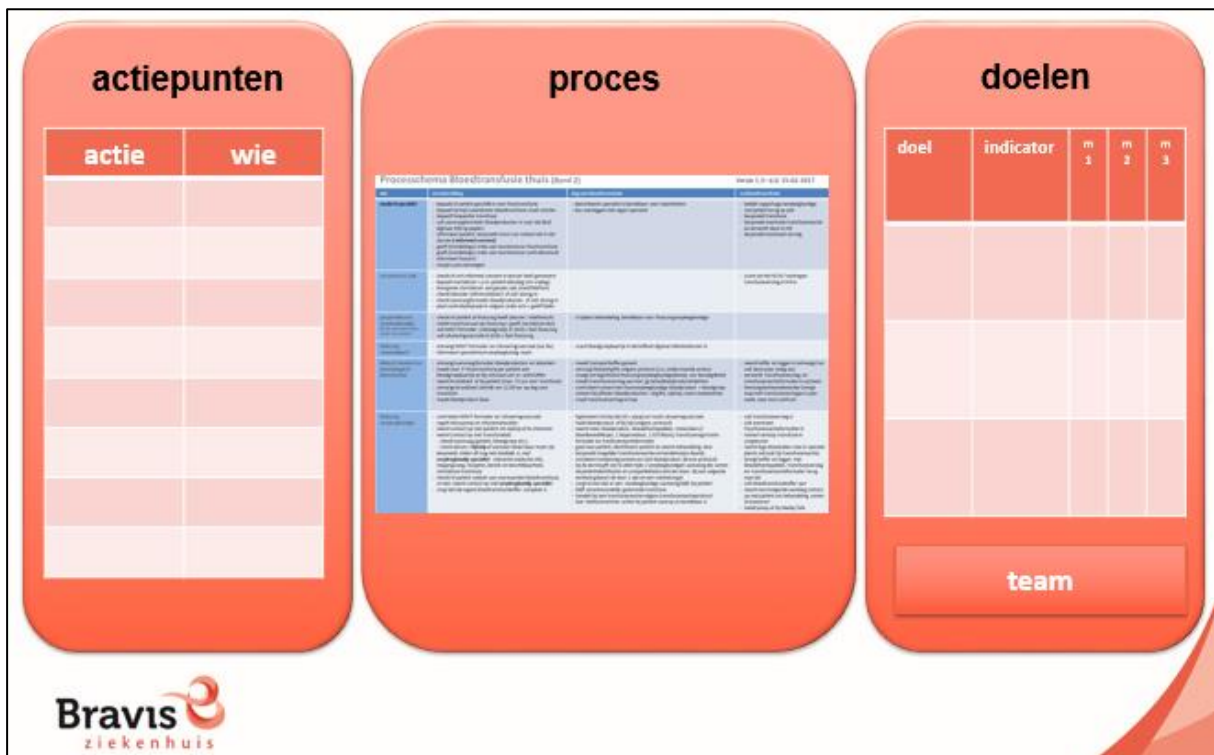
Businesscase

In stap 1 is gewerkt aan de maatschappelijke business case en in stap 2 en 3 is gekeken naar de kosten en baten voor de verschillende stakeholders en hoe dit met elkaar samenhangt. In deze stap maken we de business case verder compleet. Maak van het gekozen zorgpad de verwachte baten en de bijbehorende kosten inzichtelijk. Bepaal hoe deze kosten door de betrokken stakeholders gedragen kunnen worden, waarbij onderscheid kan worden gemaakt tussen initiële (opstart)investeringen en nieuwe kostenvormen in de gewenste toekomstige procesgang. Kijk hier ook naar de schotten tussen de financieringen in eerste en tweede lijn, en de mogelijkheden om hier samen oplossingen in de regio voor te vinden. Zie ook het voorbeeld in paragraaf 4.3.

Een businesscase kent vele verschijningsvormen, afhankelijk van hoe breed, hoe lang en hoe diep je wilt kijken. Voor de uitwerking van een businesscase wordt vaak de [business model canvas](#) methode gebruikt. Dit model beschrijft alle facetten die invloed hebben op het creëren van deze meerwaarde. Het business model canvas bestaat uit negen bouwstenen die onderling samenhangen.

Voorbeeld

In het Bravis ziekenhuis werken ze waar mogelijk met het 7-fasen model om hun projecten vorm en inhoud te geven. Een tool die ze hierbij naar tevredenheid inzetten is de '3-borden methode'. Ze gebruiken deze methode wel een stuk praktischer dan oorspronkelijk bedoeld is. Zo gebruikt het Bravis ziekenhuis de 3-borden methode als constante kapstok in alle 7 fasen. Hieronder een afbeelding van de 3-borden methode. De processtep is uitgewerkt met een gedetailleerd processchema waarin staat benoemd wie welke acties heeft op welk moment in het zorgpad.



Figuur 6: Overzicht 3-borden methode - Bron: Erny Korsmit van Bravis Ziekenhuis

STAP 3: INRICHTEN

Nu de planvorming rond is, kunnen we verder met de daadwerkelijke inrichting van het project. Om uiteindelijk te komen tot structurele financiering is een goede inrichting van het project heel belangrijk. We splitsen Stap 3 dan ook in drie onderdelen:

- STAP 3A: Invulling van de behoeftigheden
- STAP 3B: Bepalen van de uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten
- STAP 3C: Financieringsafspraken

Stap 3A: Invulling van de behoeftigheden

Theorie

Wanneer de visie op ziekenhuiszorg thuis met de samenwerkingspartners rond is en de urgentie en knelpunten inzichtelijk zijn, kan nagedacht worden over de behoeftigheden om de gemaakte plannen verder in te vullen. Over het algemeen is dit ook het punt waarop van de meer algemene en overkoepelende visie de verdieping richting een specifieke ziekenhuiszorgthuis toepassing gemaakt wordt, bijvoorbeeld voor telemonitoring COPD zorg of thuisdialyse. Focus is hierbij van belang om tot concrete vervolgstappen te komen. Dus: wat gaan we precies doen en wat is daarvoor nodig?

In ieder geval de volgende behoeftigheden moeten in kaart gebracht worden:

- Visie / behoefte van de patiënt
- Expertise en motivatie van zorgprofessionals
- Technologie en ICT
- Logistiek
- Financiële middelen

Invulling

Visie / behoefte van de patiënt

Uitgangspunt is dat de patiënt centraal staat, eventueel ondersteund door een casemanager of gespecialiseerde zorgprofessional. Waar heeft de patiënt behoefte aan op welk moment in het zorgpad? Wanneer is de ziekenhuiszorg thuis toepassing van meerwaarde voor de patiënt? De inzet van zorg thuis toepassingen kent verschillende mogelijkheden variërend van educatie tot meten en zelfs medicatie toedienen. Op welk gebied ligt de meeste toegevoegde waarde bij een toepassing en weten we dat de patiënt deze ook zal waarderen?

Expertise en motivatie van zorgprofessionals

Welke expertises zijn betrokken bij de nieuwe ziekenhuiszorg thuis toepassing? Vragen die in deze fase beantwoord worden zijn bijvoorbeeld;

- o Welke professionals zijn nodig? Zijn die betrokken of hoe zorgen we dat die betrokken raken?
- o Wat is de rol van een wijkverpleegkundige of die van de huisarts of apotheker?
- o Wanneer wordt overgeschakeld naar gespecialiseerde professionals of de medisch specialist?
- o Zijn de betrokken professionals voldoende gemotiveerd om veranderingen door te voeren?

De ontwikkeling van een zorgpad voor ziekenhuiszorg thuis is in grote lijnen vaak gebaseerd op de bestaande zorgprotocollen, die hun oorsprong vinden in landelijke afspraken

en richtlijnen van de beroepsverenigingen. Het is met name de vraag hoe de ziekenhuiszorg thuis toepassing goed ingebed kan worden in het reguliere zorgpad. Soms vraagt dit om gewijzigde rollen en verantwoordelijkheden of nieuwe benodigde expertise, maar dit hoeft niet altijd het geval te zijn.

Tevens is het nuttig om na te gaan wat al beschikbaar is in best practices, referenties, standpunten van toezichthouders en beleidsbepalers (NZa, ZIN), evaluatierapporten, medische richtlijnen, informatiestandaarden etc..

Technologie en ICT

1. Welke technologie is nodig? Kunnen zelfmanagement tools en eHealth ondersteunend zijn in dit zorgpad en zo ja hoe? Zowel de technologie voor het doen van de zorg-op-afstand *an sich* als de technologie om informatie uitwisseling tussen de verschillende stakeholders te faciliteren. Ook: hoe ziet de hele keten eruit, welke schakels spelen een rol? Denk aan apps, devices, verbindingen, elektronische patiënten dossiers etc.
2. Bij ziekenhuiszorg thuis toepassingen wordt zorg die normaal gesproken binnen de muren van het ziekenhuis wordt geleverd naar de thuissituatie gebracht. Dit stelt specifieke eisen aan de kwaliteit van de ICT voorzieningen. Met name op het gebied van informatiebeveiliging en privacy risico's zullen de eisen en manier waarop deze in de toepassing zijn geborgd goed in kaart moeten worden gebracht.
3. Welke standaarden dienen te worden gevolgd om de oplossing opschaalbaar en koppelbaar te maken? Er zijn vanuit MedMij landelijke standaarden bepaald voor vastlegging van informatie en het delen van deze informatie tussen systemen.

Logistiek

Het is ook belangrijk om na te gaan hoe bepaalde hulpmiddelen, technologieproducten of medicatie bij de patiënt thuis komt. Kan hij of zij dit zelf ergens ophalen of wordt het op vaste moment thuis bezorgd? En hoe kunnen we bijhouden waar de uitgeleverde technologie zich bevindt, of is dat niet nodig?

Financiële middelen

Het is lastig om exact te voorspellen wat de kosten zijn van de nieuwe ziekenhuiszorg thuis toepassing. Toch zullen een heel aantal posten bekend zijn en voor de overige posten zal een onderbouwde aanname gedaan moeten worden. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen initiële kosten en structurele kosten. De initiële kosten betreffen eenmalige kosten om de andere manier van zorg verlenen in te richten. Hierbij moet ook rekening gehouden worden met aanloopkosten. Vaak is het ook zo dat in de beginperiode de kosten hoger zijn, omdat iedereen nog een beetje moet wennen aan de nieuwe manier van werken. In het uiteindelijke financieringsmodel zal altijd ruimte moeten zijn om tussentijds bij te sturen op de kosten, als de eerste praktijkervaringen zijn opgedaan.

Denk hierbij ook in meerjaren ramingen: ná een initiële investering zal je in de jaren daarna een terugverdieneffect moeten aangeven (de kosten gaan voor de baten uit). Als heel duidelijk is dat rondom de financiering van het project knelpunten spelen (zoals bepaalde uit de stakeholder analyse, stap 2), neem deze dan alvast mee.

Voorbeeld

Benodigde expertise

Voor de ziektebeelden die onderdeel vormen van de coalitie Vitaal Thuis zijn nuttige onderleggers ontwikkeld door de Werkgroep Inbedding in de zorg. Het betreft de zorgpaden voor ziekenhuiszorg thuis bij COPD, chronisch hartfalen, chemotherapie thuis en thuisdialyse. In 2017 zijn de klantreizen van de verschillende zorgpaden ontwikkeld. De klantreizen geven vanuit verschillende perspectieven inzicht in de complexe organisatie van de zorg voor de doelgroep. De klantreizen zijn [hier](#) te downloaden.

Technologie en ICT

Als uitgangspunt kunt u hiervoor de specificaties gebruiken zoals opgenomen in de Vitaal Thuis Specificaties versie 4.0. Deze zijn [via de website](#) te downloaden.

Belangrijkste aanknopingspunten;

- Nictiz heeft een informatiemodel en referentie architectuur uitgewerkt voor ziekenhuiszorg (Referentiedomeinenmodel ziekenhuizen versie 2.2 RDZ v2.2).
- Landelijk levert MedMij de benodigde informatiestandaarden aan. LSP en XDS standaarden, regionale samenwerkingsorganisaties. Maar ook belangrijke wettelijk vereiste standaarden voor identificatie en toegang en gespecificeerde toestemming.
- Een goede, betrouwbare internetverbinding is cruciaal voor het leveren van zorg via e-health thuis. [NTA 8055](#) beschrijft prestatie-eisen voor snelheid en betrouwbaarheid van het internet in en rond de woning. NTA 8055 is een spin-off van het Vitaal Thuis programma.
- De IGJ heeft in november 2018 het [Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders'](#) gepubliceerd en aangekondigd hierop te gaan beoordelen.
- Tenslotte is al veel guidance voor de inzet, beheersing en beveiliging van ICT techniek voor ziekenhuizen beschikbaar. Meest bekend zijn de NEN 7510, NEN 8028 Telemedicine, CE markeringen voor medische Apps, maar ook branche best practices als 'Registratie aan de bron' en 'Convenant Veilige Toepassing van Medische Technologie in de medisch specialistische zorg'.

In januari 2019 vindt een [informatiebijeenkomst](#) plaats over de ontwikkeling van een keurmerk voor slimme zorg thuis. Slimme zorg thuis vraagt immers om heldere en toetsbare kwaliteitscriteria. NEN, Nictiz, WDTM en VitaValley bundelen de krachten voor een kwaliteitsimpuls, te beginnen met criteria voor telemonitoring.

Financiële middelen

We merken dat het daadwerkelijk opstellen van de maatschappelijke business case voor ziekenhuis zorg thuis toepassingen nog moeizaam is. Voor elke regio en elke toepassing is deze business case anders. We zijn daarom ook nog niet klaar. Om regio's verder op weg te helpen gaan we begin 2019 verschillende [SROI Quick Scans](#) doen, waarmee regio's en stakeholders inzichten krijgen in welke kosten en baten er bestaan rondom een bepaalde toepassing en welke stakeholder hierin investeert en/of profiteert. Hiermee vormen wij de basis voor het maken van afspraken voor contractinnovatie.

Stap 3B: Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten

Theorie

De volgende stap is het bepalen van de beoogde uitkomsten van de ziekenhuiszorg thuis situatie. Deze worden vastgesteld op basis van het projectplan. De uitkomsten worden omgezet in doelstellingen en deze worden afgepeld tot concrete indicatoren. Voor de indicatoren (wat gaan we meten?) moeten vervolgens meetinstrumenten (hoe gaan we meten?) worden gekozen.

Tevens worden de onderlinge afspraken gemaakt over wie gaat meten en hoe hierop gemonitord gaat worden. Dit kan zo ver gaan dat een onafhankelijk orgaan of (interne) auditorganisatie een audit uitvoert op de betrouwbaarheid van de metingen. Ook is het belangrijk om af te spreken welke bron wordt gebruikt voor het meten van de uitkomsten, zodat de beschikbare cijfers bij partij 1 niet uiteenlopen met de beschikbare cijfers bij partij 2.

Invulling

De uitkomsten en bijbehorende indicatoren en meetinstrumenten zijn over het algemeen heel specifiek per ziektebeeld. In Hoofdstuk 8 geven we hierover meer informatie. Daarnaast geeft het voorbeeld een goed beeld van hoe dit eruit kan zien. Betrek in ieder geval de brede baten van een toepassing, bijvoorbeeld ook op het gebied van positieve gezondheid.

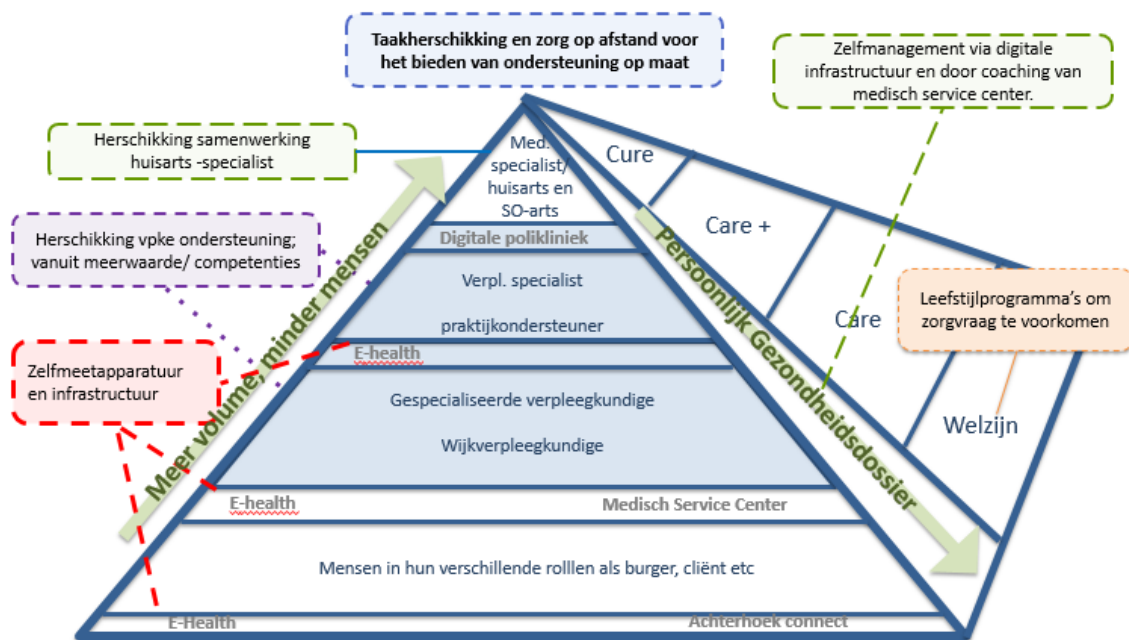
Voorbeeld

Onderstaand een voorbeeld van de uitwerking van uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten voor het [COPD InBeeld programma](#) van Slingeland Ziekenhuis, Sensire en Menzis. Het fundament van de regionale visie van waaruit Slingeland en Sensire werken, is de driehoek *triple aim* zoals in Figuur 8. Elke innovatie wordt daaraan getoetst.

Het idee is dat patiënten niet meer de zorg in gaan vanuit de bovenkant van de zorgpiramide maar via de onderkant. Daar worden alle vormen van eerstelijnszorg, vrijwilligerswerk en mantelzorg, in samenwerking met Sensire, met elkaar verbonden. Pas wanneer het echt nodig is, schuift de patiënt naar boven in de piramide, waarbij het belangrijkste doel is dat de patiënt welzijn ervaart. Acute zorg (en dus instroom in de bovenkant van de piramide) worden zoveel mogelijk voorkomen, door de zorg – waar mogelijk – zo dicht mogelijk bij de patiënt te organiseren en te zorgen voor een zeer solide samenwerking tussen welzijn, nuldelijn en eerstelijns.

De rol van hulpverleners wordt anders: zij coachen de zorg onder hen in de piramide. Zorg wordt gefinancierd op de effecten en gemonitord op uitkomsten. De volgende stap is kennis halen uit alle data die verzameld wordt. Duidelijk is dat Slingeland zelf stappen buiten het systeem moet zetten om deze beweging te maken.

De doelstellingen rondom COPD zorg thuis zijn verder gespecificeerd naar bijvoorbeeld minder exacerbaties, een hogere ervaren kwaliteit van leven, minder spoedopnames, minder polikliniek bezoeken etc.. Deze doelstellingen hebben vervolgens indicatoren meegekregen om ze meetbaar te maken.



Figuur 7: Triple Aim model voor regionale visie Slingeland ziekenhuis en Sensire - Bron: Erwin Bomers van Slingeland Ziekenhuis en Sensire

Beoogde Effecten	Parameters / Indicatoren	Meetinstrumenten
1. Verhogen Gezondheids-winst	a. # exacerbaties	# Exacerbaties in Ezis (2 ^e lijn)
	b. Mate mogelijkheid patiënt toepassen zelfmanagement	PAM (Patiënt Activation Measure)
2. Verlagen ziektelast patiënt	c. Mate van gezondheidsbeleving	CCQ MRC
3. Afname zorg-consumptie	d. # (SEH) en Heropnames, ligduur, polibez	# (SEH) en heropnames, ligduur, polib EZIS
	e. Zorgcons. regio (verschuivingen)	# Opnames/heropnames regio
	f. # geregistreerde zorgproducten	#/ geregistreerde zorgproducten EZIS
	g. # uren wijkznet (ZT)	# uren wijkznet
4. Verbetering doelmatigheid in keten	h. # telefoontjes	# telefoontjes
	i. Mate van efficiëntie zorgaanbieders	# Controleafspraken
5. Verbeterde tevredenheid patiënt over de zorg	j. Gemiddelde zorgkosten per COPD-patiënt	Ketenbrede tijds- en middelenbesteding kosten gehele keten (Menzis)
	k. Aantal verrichtingen	# verrichtingen
	l. Mate van tevredenheid patiënten over aanbod van zorg	Feedbackradar NPS

Figuur 8: Overzicht uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten - Bron: Daniël Winkeler van Slingeland Ziekenhuis

Een belangrijke lesson learned uit dit programma is dat voor toekomstige projecten duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over welke bronnen gebruikt worden voor het meten van de gegevens. Nu is het zo dat sommige cijfers waar op gestuurd worden niet hetzelfde zijn bij de verschillende partijen. Zo verschillen de declaratiegegevens van het

ziekenhuis met die van de zorgverzekeraar. Hierover moeten dus vooraf goede afspraken worden gemaakt, om te voorkomen dat iedere partij op 'zijn eigen realiteit' stuur.

Stap 3C: Financieringsafspraken

Theorie

Pas wanneer alle voorgaande stappen doorlopen zijn, kunnen we ons gaan richten op het verder uitwerken van de business case in de vorm van concrete financieringsafspraken. Voor het maken van de financieringsafspraken moeten een aantal aspecten vastgelegd worden. Dit zijn;

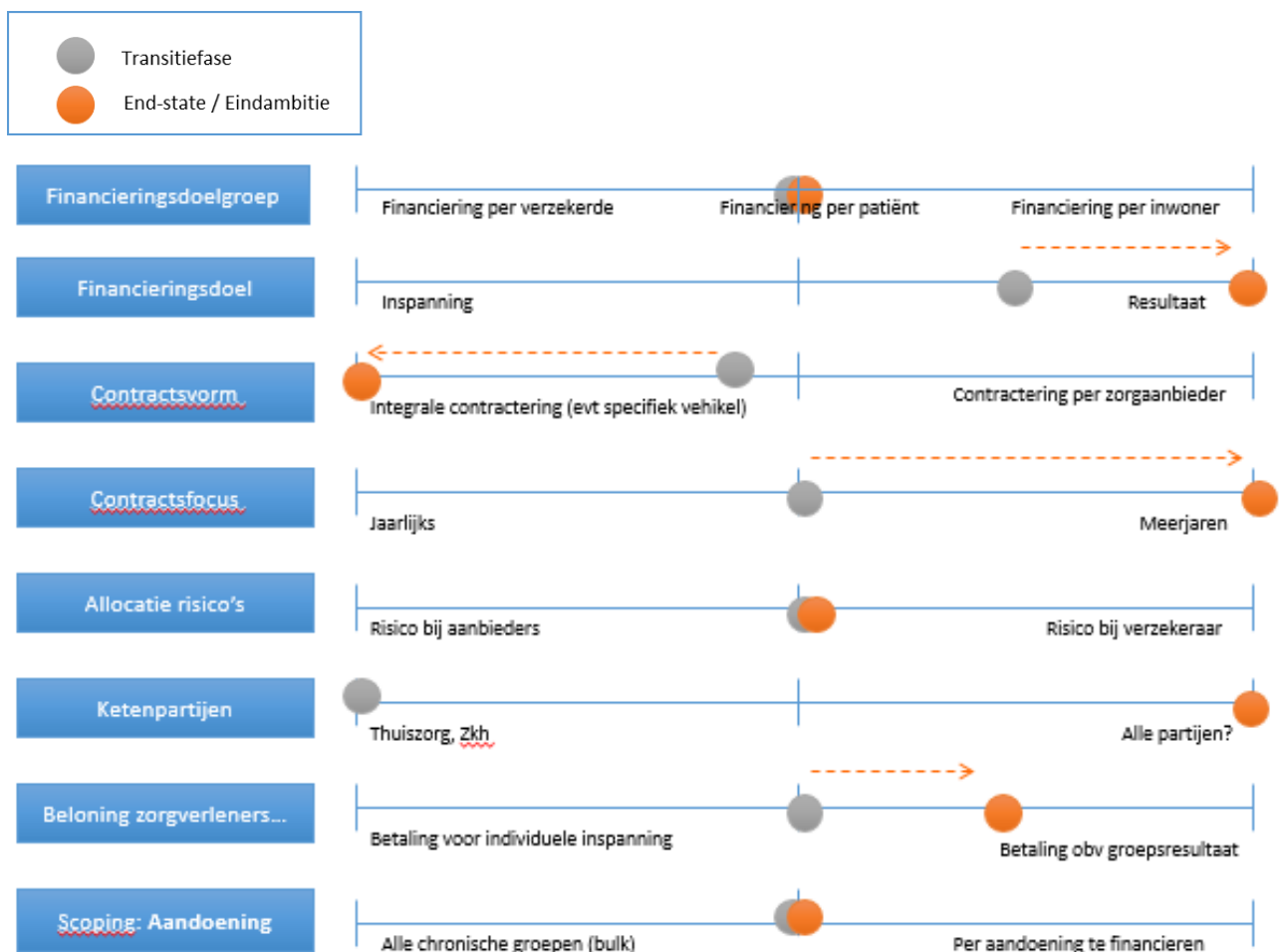
- De uitgangspunten voor de herinrichting van de structurele financiering
- De doelgroep
- De uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten
- De beloningscomponenten

Op basis hiervan kan een simulatie en impactbepaling plaatsvinden en kunnen vervolgens de financierings- en contractafspraken vastgesteld worden.

Invulling

a) Uitgangspunten voor de herinrichting van de financiering

Het voorbeeld hieronder geeft een aantal mogelijke onderwerpen waar afspraken over kunnen worden gemaakt.



Figuur 9: Overzicht uitgangspunten voor financieringsmodel - Bron: Daniël Winkeler van Slingeland Ziekenhuis

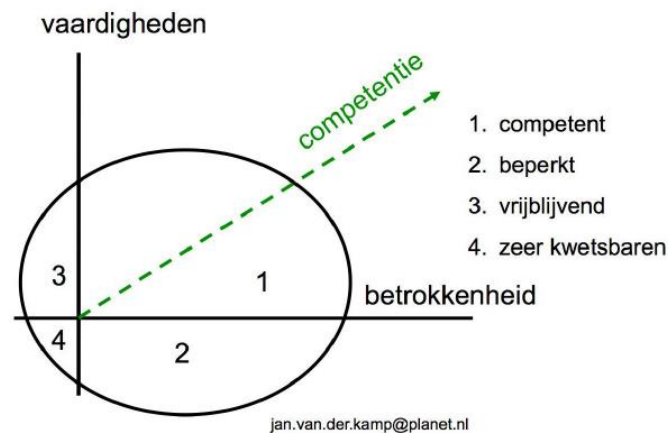
Belangrijke aspecten om in ieder geval mee te nemen in deze uitgangspunten zijn;

- Contractmodel: Welk model ligt ten grondslag ligt aan de afspraken? Waarde gedeven zorg, shared savings, uitkomstfinanciering en populatiebekostiging. Het zijn veel gehoorde termen rondom de financiering van zorg. Maar wat betekenen de verschillende modellen en hoe kunnen ze worden gebruikt? Hierover kunt u meer lezen in Bijlage 4.
- Contractfocus: Wordt met de verzekeraar een meerjarencontract afgesloten? Is er eerst nog een impulsfinanciering beschikbaar?

b) Doelgroep

De doelgroep van de interventie is bepaald in Stap 5. In Hoofdstuk 8 hebben we meer informatie opgenomen over de doelgroep bepalingen voor de ziektebeelden die centraal staan binnen de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis. Belangrijk hierbij is ook om na te gaan wat het vermogen van een patiënt voor meer eigen regie is. Niet iedereen heeft dezelfde vermogens en begeleiding moet op maat zijn. Machteld Huber verwijst hiervoor naar een model van Jan van der Kamp.

BEGELEIDING MOET OP MAAT ZIJN! NIET IEDEREEN HEEFT DEZELFDE VERMOGENS:



Figuur 10: Model om vermogen patiënt te bepalen en bijbehorende begeleiding vast te stellen - Bron: Institute for Positive Health

c) Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten

De uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten zijn bepaald in Stap 5. Van hieruit kan de stap gemaakt worden naar de financiering hiervan. Belangrijk uitgangspunt hierbij is dat men de effecten moet financieren.

d) Beloningscomponenten

Vaak bestaan de componenten uit volume, zorgkosten en investeringen.

Het model

Wanneer bovenstaande punten bepaald zijn, kan men in gezamenlijkheid het model opstellen.

Door meerjarenafspraken te maken, weten zowel de zorgverzekeraars als de zorgpartijen waar zij aan toe zijn. Voor zorgpartijen betekent dit dat zij, waar nodig, hier hun organisatie beter op in kunnen richten. Bijvoorbeeld rondom het personeelsbeleid in het geval van krimp bij een ziekenhuis en juist groei voor een VVT-organisatie. Ook de mogelijkheden voor bijvoorbeeld nieuwbouw of renovatie kunnen hier in meespelen. Financiële zekerheid over inkomsten zijn hiervoor belangrijk.

Monitoring

Er zullen ook afspraken moeten worden gemaakt over de monitoring op de beoogde (financiële) resultaten, wat de consequenties zijn wanneer bepaalde resultaten niet gehaald worden en wie welk risico loopt.

Voorbeeld

We hebben op de Masterclass over Leidinggeven aan innovatieprojecten een deep-dive gekregen in de contractaspecten die Menzis hanteert voor telemonitoring bij COPD en hartfalen. Deze kun je [hier](#) terugvinden.

STAP 4: UITVOEREN EN EVALUATIE

Aan de slag! Alle randvoorwaarden zijn gecreëerd om met elkaar aan de slag te gaan. Start klein, met een beperkt aantal patiënten. Dan zul je zien dat dit 'er nog naast kan'. Wanneer grotere aantallen patiënten volgens de nieuwe manier behandeld gaan worden, vraagt dit om daadwerkelijke aanpassing van de werkwijze, de logistiek en de zorg. Dit is uitdagend je stuit ongetwijfeld op onvoorziene hobbels en weerstanden. Blijf met elkaar in gesprek en evalueer tussentijds geregeld. Ga zo nodig een stap terug in het proces. Pas je project en proces aan waar nodig en pak de draad weer op.

STAP 5: INBEDDING EN OPSCHALING

Is je project een succes gebleken? Fantastisch! Dat is echt mooi werk. Maar ongetwijfeld zijn er nog zaken die beter kunnen. Bovendien heb je nu inzichten verkregen over de zorgprocessen en financiering die je vooraf mogelijk niet had voorzien. Pas daarom de zorg en de financiering daarop aan en maak met elkaar (opnieuw) afspraken hierover. Zo werk je gezamenlijk toe naar structurele inbedding van deze 'nieuwe zorg' in de reguliere zorg en kun je toewerken naar opschaling van de toepassing.

SPECIFIEKE INVULLING BIJ ZIEKTEBEELDEN

Voor COPD

Cijfers uit 2010 van het RIVM laten zien dat patiënten met COPD in totaal meer dan 200.000 dagen in het ziekenhuis liggen als gevolg van longaanvallen (exacerbaties). Ongeveer de helft van de patiënten die zijn opgenomen worden datzelfde jaar één of meerdere malen heropgenomen. Longaanvallen veroorzaken veel leed voor patiënten en hun naasten, met name omdat elke longaanval een sterke en meestal blijvende verhoging van de ziekte- en zorglast met zich meebrengt. Meer dan 50% van alle COPD gerelateerde zorgkosten (415 miljoen in 2007) is een gevolg van ziekenhuisopnames door longaanvallen. Ook voorspelt het RIVM dat de kosten voor COPD de komende jaren fors toenemen en tot 2032 zelfs verdriedubbelen.

Door de zorg van onder andere de eerste lijn en tweede lijn beter op elkaar af te stemmen en de patiënt na afloop van een ziekenhuisopname beter te ondersteunen is de voorspelling dat het leed van de COPD patiënt en zijn naaste is te verzachten en daarmee zelfs heropnames zijn te voorkomen. In dit kader werkt de [Long Alliantie Nederland \(LAN\)](#) aan 'Het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname'. Dit project focust op versterking van de behandeling van COPD patiënten met een longaanval tijdens en na de ziekenhuisopname. Hoofddoel is het in 5 jaar reduceren van het aantal ziekenhuisligdagen met 25% met gelijke dan wel verbeterde kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.

De tweede versie van Het landelijk zorgpad COPD longaanval met ziekenhuisopname is te vinden op [de website van de LAN](#). Afgelopen twee jaar is in 8 pilotregio's gewerkt met het landelijk zorgpad. De ervaringen die hiermee zijn opgedaan zijn verwerkt in deze tweede versie van het landelijk zorgpad. Partners van de coalitie Vitaal Thuis: ziekenhuiszorg Thuis zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van het landelijk zorgpad. Het landelijk zorgpad biedt praktische handvatten voor de invulling van (een deel van) de stappen zoals omschreven in dit Stappenplan.

We hebben op de Masterclass over Leidinggeven aan innovatieprojecten een deep-dive gekregen in de contractaspecten die Menzis hanteert voor telemonitoring bij COPD en hartfalen. Deze kun je [hier](#) terugvinden.

Voor hartfalen

De verwachting is dat het aantal patiënten met hartfalen in Nederland tot 2040 zal toenemen.

De kwaliteit van leven kan door de symptomen van hartfalen sterk verminderen. Effectieve behandeling, begeleiding en monitoring kunnen de klachten verlichten en hanteerbaar maken.

Om optimale hartfalenzorg in Nederland te kunnen bieden is de Landelijke Transmurale Afspraak Hartfalen (LTA) ontwikkeld. Telebegeleiding is opgenomen in de nationale en internationale richtlijnen. Echter, in de richtlijnen staat dat er te weinig evidentie is voor een duidelijk advies over het gebruik van telebegeleiding. Redenen hiervoor zijn de wisselende uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de effecten van telebegeleiding op onder meer de gezondheidsstatus en patiënttevredenheid.

De opinie bij beroepsgroep en zorgverzekeraars is dat de inzet van telebegeleiding kan werken, maar dat het momenteel nog onduidelijk is welke patiëntgroep het meeste baat heeft bij welke vorm van telebegeleiding. Een belangrijke andere belemmering is de huidige beperkte structurele vergoeding welke voor telebegeleiding beschikbaar is.

Daarom hebben de beroepsgroep, onderzoekers, patiënten en zorgverzekeraars algemene kaders ontwikkeld voor telebegeleiding bij hartfalen in Nederland, zodat deze vorm van ondersteuning op een veilige, maatschappelijk en wetenschappelijk verantwoorde manier geïntroduceerd kan worden in de behandeling van patiënten met hartfalen in Nederland. Deze informatie is te vinden in het document "[Samenwerkingsafspraken over telebegeleiding bij hartfalen](#)". De exacte invulling van de transmurale samenwerkingsafspraken en de financiering van de hartfalenzorg, tevens met betrekking tot telebegeleiding, liggen bij de zorginstellingen, huisartsen en zorgverzekeraars in de regio. Zij zullen dus ook afspraken moeten maken over de rol van telebegeleiding en omtrent de keuze voor een systeem, leverancier en vergoedingsstructuur. Maar de basis hiervoor is te vinden in het document.

Ook de [Vliegwiel coalitie](#) heeft afgelopen twee jaar gewerkt aan het opschalen van digitale innovaties in de zorg. Telebegeleiding bij ernstig hartfalen was hierbij één van de twee speerpunten. Bij de Vliegwiel coalitie hebben ze een [Factsheet](#) voor kwaliteitscriteria ontwikkeld, wat grotendeels gebaseerd is op de genoemde samenwerkingsafspraken. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis heeft telemonitoring voor ernstig hartfalen prominent opgenomen in haar inkoopbeleid voor 2019. Zilveren Kruis heeft de ambitie om in de komende jaren duizenden van hun verzekerden de mogelijkheid voor telemonitoring te bieden. Zij gaan hiervoor driejarige contracten aan met zorgorganisaties. Zilveren Kruis schrijft hier meer over in [dit nieuwsbericht](#).

We hebben op de Masterclass over Leidinggeven aan innovatieprojecten een deep-dive gekregen in de contractaspecten die Menzis hanteert voor telemonitoring bij COPD en hartfalen. Deze kun je [hier](#) terugvinden.

Op de website van [NVVC connect](#) onder het kopje 'Toolkit Hartfalen' zijn meer informatie en regionale protocollen beschikbaar. Voor de eisen die gesteld worden aan het gebruik van technologie verwijzen wij naar het Vitaal Thuis document 'Specificaties versie 4.0' document, dat te vinden is [op deze website](#).

Voor thuisdialyse

In Nederland dialyseren zo'n 6500 mensen. De indruk van het publiek is dat dialyse de nierfunctie

overneemt, en de patiënt na aanvang weer gewoon kan leven. Dat is niet het geval. Dialyse houdt mensen met nierfalen in leven. Als dialysepatiënten ophouden met dialyseren, overlijden ze snel. Het wordt ook wel een levensverlengende behandeling genoemd, omdat er geen sprake is van genezing, of zelfs maar normaal functioneren van de nieren.

Dialyse is een zware behandeling met hoge sterfte. Patiënten dialyseren zo'n 3 tot wel 7 keer per week. Veelal gaan ze hiervoor naar het ziekenhuis of dialysecentrum, maar met de huidige ontwikkelingen is het voor een deel van de patiënten ook mogelijk om thuis te dialyseren. Echter is het aantal patiënten dat thuis dialyseert maar heel klein, zo'n 3%. En dat terwijl in theorie gedacht wordt dat tot wel 80% van de patiënten thuis kán dialyseren.

Niet alle patiënten willen dit ook, maar een realistische schatting is dat 30% van de nierdialyse patiënten thuis zou kunnen en willen dialyseren. Meer informatie is beschikbaar via de [Nierstichting](#).

Thuisdialyse valt binnen het huidige bekostigingssysteem en een betaaltitel is dus beschikbaar. Daarnaast zijn er via de regeling van hulpmiddelenzorg vergoedingen beschikbaar voor noodzakelijke woningaanpassingen. Echter, het aantal patiënten dat thuis dialyseert is heel beperkt. Hiervoor zijn een aantal redenen te benoemen:

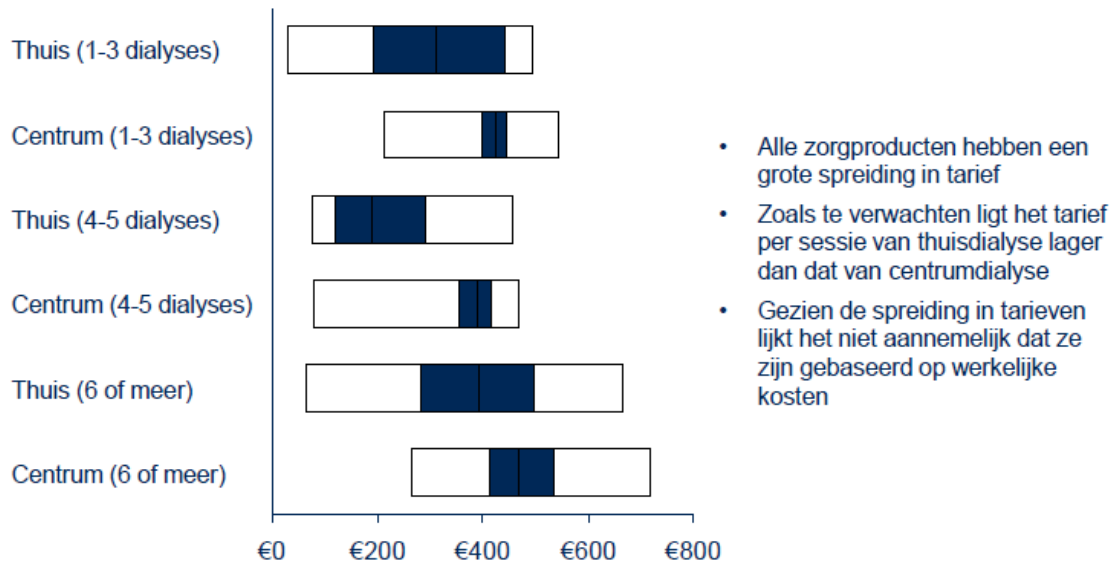
- Voor nefrologen bestaat er geen gezonde prikkel om hun patiënten voor thuisdialyse door te verwijzen. Bij hen loopt dan immers de productie terug en de inkomsten komen in sommige gevallen bij een derde partij terecht die alles rondom de thuisdialyse organiseert. De ruimte in productie die hiermee ontstaat zal niet zomaar worden opgevuld door andere patiënten, omdat de groep van nier- en/of dialysepatiënten geen sterk groeiende groep is.
- Ziekenhuizen en dialyse centra hebben vaak aanzienlijke investeringen gedaan in het opzetten van de afdeling, zoals in dialysetoelen, dialyse apparatuur en het personeel van de dialysecentra. Ze kunnen dit niet zomaar 'afbouwen', maar dit vraagt om een meerjaren afschrijving en reorganisatie.
- Daarnaast moet goed worden nagedacht over de organisatie van thuisdialyse. Een verpleegkundige die regelmatig naar iemands huis toe moet voor ondersteuning, zal niet kosten efficiënter werken dan in een regulier dialysecentrum waar hij/zij meerdere patiënten tegelijk kan begeleiden.

Samenwerkende partijen moeten hierover duidelijk afspraken maken. Als men het patiëntenperspectief voorop stelt is de verwachting dat het aantal patiënten dat thuis dialyseert zal toenemen. Patiënten willen vaak wel, maar krijgen niet altijd de gelegenheid om voor thuisdialyse te kiezen. De verwachting is dat de kosten voor thuisdialyse structureel lager kunnen zijn, dan voor centrum dialyse. Uit een analyse van Nefrovisie blijkt dat op dit moment de tarieven voor thuis- en/of centrum dialyse nog sterk verschillen en de cijfers doen vermoeden dat ze niet gebaseerd zijn op werkelijke kosten.

Kosten informatie De huidige tarieven voor hemodialyse kennen een grote spreiding tussen aanbieders en producten

Spreiding tarieven hemodialyse bij chronisch nierfalen tussen aanbieders

[EUR per sessie¹, laagste tarief, 25^e percentiel, gemiddelde tarief, 75^e percentiel en maximum tarief, 2014]



1) Tarieven per sessie zijn bepaald door tarief te delen door maximum aantal mogelijke dialyses binnen de DOT (bij de DOT 1-3 dialyses is gerekend met 3 dialyses, bij 4-5 dialyses met 5 en bij 6 of meer met 6 dialyses). Prijzen zijn niet gecorrigeerd voor volume.
Bron: Achmea contractprijzen 2014

Figuur 11: Huidige tarieven voor hemodialyse kennen een grote spreiding - Bron: Achmea contractprijzen 2014 via presentatie van Nefrovisie

BIJLAGE 1 CHECKLIST CONTRACTINNOVATIE

STAP 1: Visievorming

- Gezamenlijke en breed gedragen visie
- Maatschappelijke business case

STAP 2: Planvorming

- Prioritering / Urgentie projecten
- Knelpunten en bijbehorende mitigatie aanpak (risico en stakeholder analyse)

STAP 3: Inrichten

STAP 3A: Benodigheden

- Visie / behoefte van de patiënt
- Expertise van zorgprofessionals
- Technologie en ICT
- Logistieke voorzieningen
- Financiële middelen
- Projectplan inclusief business case

STAP 3B: Beoogde uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten bepalen

- Uitkomsten
- Indicatoren
- Meetinstrumenten
- Welke bronnen gebruiken

STAP 3C: Financieringsafspraken maken

- Financieringsafspraken:
 - Uitgangspunten voor de herinrichting van de financiering
 - Doelgroep
 - Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten
 - Beloningscomponenten
- Financieringsmodel
- Monitoringsafspraken

STAP 4: Uitvoering en evaluatie

- Procesafspraken
- Evaluatiecriteria

STAP 5: Inbedding en opschaling

- Opschalingsplan
- Plan voor beheer, borging, verbetering

BIJLAGE 2 ACHTERGROND COALITIE VITAAL THUIS

Coalitie Vitaal Thuis

Vitaal Thuis is gestart in 2014 en is een veldinitiatief van VitaValley met als doel mensen in staat te stellen thuis de zorg te ontvangen die zij nodig hebben. Inmiddels werken ruim zestig partners uit de zorg, het bedrijfsleven en kennisinstellingen aan de randvoorwaarden: structurele bekostiging, standaarden en inbedding in de zorg. Hierdoor kunnen mensen langer veilig, verzorgd en vitaal thuis wonen met zo veel mogelijk eigen regie. Vitaal Thuis draagt bij aan 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Begin 2017 is gestart met een nieuwe fase Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis. De focus van deze fase van Vitaal Thuis is de grootschalig implementatie van veilige, betrouwbare, bruikbare én betaalbare Ziekenhuiszorg Thuis eHealth toepassingen, zoals zorg-op-afstand, telemonitoring, smart sensing en thuisbehandeling. Het programma richt zich hierbij op de toepassingen voor COPD, CVRM, oncologie (chemotherapie thuis), thuismonitoring van risicozwangerschappen en thuisdialyse.

Doelstellingen programma

Eind 2019 willen we de volgende resultaten bereikt hebben:

Het doel van de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis is om mensen in staat te stellen thuis de zorg te ontvangen die zij nodig hebben. Hierdoor kunnen mensen langer veilig, verzorgd en vitaal thuis wonen met zo veel mogelijk eigen regie.

- Ons gewaagde doel eind 2019:
Meer dan 100.000 gebruikers van e-Health Thuis toepassingen, in samenwerking met 30 regio's.
- Er is een gezonde maatschappelijke businesscase én een duurzaam businessmodel, met gezonde financiële prikkels voor alle stakeholders voor ziekenhuiszorg thuis toepassingen.
- Er zijn open standaarden op het gebied van ziekenhuiszorg thuis toepassingen die erkend en gebruikt worden door alle stakeholders.
- Er is keuzevrijheid voor gebruikers (patiënten, mantelzorgers en zorgprofessionals) en er zijn middelen waarmee gebruikers een verantwoorde keuze kunnen maken uit het aanbod van ziekenhuiszorg thuis toepassingen. Zij kunnen hierbij ook een weloverwogen afweging maken voor de inzet van de ziekenhuiszorg thuis toepassing.
- Er is een learning community van Vitaal Thuis ziekenhuiszorg thuis implementaties waaruit we de 'best practices' maar ook 'best failures' formuleren en delen.

Werkgroep Structurele bekostiging

Om de doelstellingen van het programma te realiseren werken wij in drie verschillende werkgroepen. De Werkgroep Structurele bekostiging;

- Haalt goede voorbeelden van contractering van Ziekenhuiszorg thuis toepassingen op en zet deze om in werkbare contracteringsmodellen. Hiermee kunnen zorgaan-

bieders, zorgkantoren, gemeentes en zorgverzekeraars concreet aan de slag, binnen de bestaande mogelijkheden, om op grote schaal technologie voor zorg thuis in te zetten en duurzaam te bekostigen;

- Draagt bij aan de totstandkoming van de maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA) en zal daarna deze resultaten meenemen in de contracteringsmodellen;
- Denkt mee over de mogelijkheden voor bekostiging van e-health, zoals o.a. genoemd in een recente kamerbrief¹.

Wilt u meer weten over de coalitie Vitaal Thuis, kijk dan ook eens op [deze website](#).

Terugblik op doelstellingen

- Bij de start van het programma Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis, inventariseerden we het aantal ziekenhuizen dat bezig was met Ziekenhuiszorg Thuis toepassingen. Dat resulteerde in de [Ziekenhuiszorg Thuis-monitor](#). Aangezien dat inmiddels bijna twee jaar geleden is, hebben we recent onderzocht hoeveel Ziekenhuiszorg Thuis toepassingen momenteel worden gebruikt. Met een toename van 60% van het aantal toepassingen, zijn de resultaten positief te noemen! Als positieve beweging is ons vooral opgevallen dat bepaalde toepassingen vanuit de pilotfase nu als reguliere zorg worden aangeboden. Echter blijven de daadwerkelijke patiënten aantallen die gebruik maken van deze toepassingen nog laag. Meer informatie kunt u vinden in [de update van de Ziekenhuiszorg Thuis-monitor](#).
- De jaarlijkse [eHealth monitor van Nictiz en Nivel](#) geeft ook mooie inzichten. De monitor laat zien dat op het gebied van begeleiding en ondersteuning op afstand het gebruik van telemonitoring niet is toegenomen ten opzichte van voorgaand jaar. Beeldbeltoepassingen worden wel steeds meer ingezet.
- We merken dat het daadwerkelijk opstellen van de maatschappelijke business case voor ziekenhuis zorg thuis toepassingen nog moeizaam is. Voor elke regio en elke toepassing is deze business case anders. We zijn daarom ook nog niet klaar. Om regio's verder op weg te helpen gaan we begin 2019 verschillende SROI Quick Scans doen, waarmee regio's en stakeholders inzichten krijgen in welke kosten en baten er bestaan rondom een bepaalde toepassing en welke stakeholder hierin investeert en/of profiteert. Hiermee vormen wij de basis voor het maken van afspraken voor contractinnovatie. Tevens organiseerden we [een masterclass voor projectleiders](#) waar contractinnovatie één van de onderwerpen op de agenda was en o.a. Menzis zeer gedetailleerd is ingegaan op de inhoud van het contract voor telemonitoring bij COPD en hartfalen patiënten. Gezien het grote succes van deze masterclass gaan we begin 2019 een twee masterclass organiseren in samenwerking met coalitie Vliegwielen van de Patiëntenfederatie.
- We definieerden [versie 4.0 van de Vitaal Thuis specificaties](#), met hierin opgenomen telemonitoring, teleconsultatie en telebehandeling. In 2018 zetten we in de borging van de Vitaal Thuis specificaties. Dit heeft geresulteerd in de start van het traject 'Kwaliteitsimpuls thuiszorgtechnologie'. Uitbreiding, onderhoud en schema-beheer van de Vitaal Thuis specificaties gaan we samen met Nictiz, NEN, WDTM en andere veldpartijen borgen in dit traject.
In de e-Health week (21 t/m 26 januari 2019) organiseert NEN, in samenwerking met Nictiz, Vitaal Thuis en WDTM een informatiebijeenkomst over de ontwikkeling

¹ [Kamerbrief over e-healthweek en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(RVS\) briefadvies](#)

van een keurmerk voor thuiszorgtechnologie. Hierover zullen we jullie z.s.m. nader berichten. Dat is een belangrijke stap naar borging en gewaarborgd vertrouwen bij de brede inzet van betaalbare, bruikbare en betaalbare thuiszorgtechnologie.

- Keuzevrijheid voor patiënten vinden wij belangrijk. 94% van de patiënten wil actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke beslissingen over zijn of haar behandeling. Keuzehulpen dragen bij aan samen beslissen. Dit leidt tot meer patienttevredenheid, hogere therapietrouw en doelmatig gebruik van zorg. Met de coalitie Vitaal Thuis ontwikkelden we daarom gedetailleerde [klantreizen voor telemonitoring COPD en chronisch hartfalen, thuisdialyse en chemotherapie thuis](#). Tevens werken we samen met Patientenfederatie Nederland in hun coalitie Vliegwielt, waar digitale keuzehulpen o.a. centraal staan. Meer informatie daarover vindt u [op de website](#).
- De Vitaal Thuis coalitie bestaat uit ruim 60 partijen die elkaar vinden in de learning community. VitaValley faciliteert en modereert de online en offline samenwerking, het brengen en halen van geleerde lessen uit de regio's, het opleveren van eindresultaten, en deze borgen en breed verspreiden van kennis en ervaringen. We delen en publiceren de resultaten met oog op zo groot mogelijke impact. We faciliteren deelnemers bij de verspreiding en gebruik onder hun eigen achterban.
- De coalitie Vitaal Thuis is zeer nauw betrokken geweest bij de invulling van de Stimuleringsregeling eHealth Thuis. Deze regeling heeft als doel het gebruik van e-health toepassingen op te schalen en te borgen, zodat mensen langer thuis kunnen blijven wonen. In deze regeling is drie jaar lang 30 miljoen euro beschikbaar.

BIJLAGE 3 BELEIDSCONTEXT

Mogelijkheden voor bekostiging

Gebrek aan tijdelijke of structurele en duurzame financiering voor (eHealth) innovaties wordt regelmatig genoemd als knelpunt om innovatieve zorg te implementeren en op te schalen. Maar er is meer mogelijk dan soms gedacht wordt. Daarom hebben verschillende (beleids)organisaties in de zorg zich ingespannen om de mogelijkheden inzichtelijk te maken;

- Zo heeft de NZa recentelijk met de '[Wegwijzer bekostiging e-health](#)' in kaart gebracht wat er per zorgsector mogelijk is, binnen de huidige bekostigungsstructuur.
- Daarnaast is ook op in de kennisbank van de [website van Zorg voor innoveren](#) veel informatie bijeen gebracht rondom de mogelijkheden voor financiering van eHealth en/of innovatie.
- Op de website van Zorg voor Innoveren wordt onder andere verwezen naar de [Innovatieroutes in de zorg](#), die zijn ontwikkeld in samenwerking met Windesheim. Dit zijn paden in de zorg die bewandeld kunnen worden om een (eHealth)innovatie in de zorg te laten landen. Met name de 'Verzekeraarsroute' en de 'Overheidsroute' zijn van toepassing op de transitie van ziekenhuiszorg naar de thuissituatie. Als handig hulpmiddel bij de 'Verzekeraarsroute' heeft Windesheim tevens een tool ontwikkeld om de zorgverzekeraar te overtuigen van uw zorgvernieuwings-idee. Deze tool is beschikbaar via www.watwildezorgverzekeraar.nl.
- Het beoordelen van de kwaliteit van eHealth is een complex vraagstuk, maar staat wel aan de basis voor de organisatie van structurele bekostiging. Kwaliteit van zorg is in dit geval een multidimensionaal begrip met onderscheiden aspecten als effectiviteit, veiligheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid en doelmatigheid. Meer informatie over het beoordelen van de kwaliteit van eHealth kunt u teruglezen in [de paper](#) van het Zorginstituut Nederland en Nictiz.

Toch blijft de praktijk weerbarstig en dat wordt ook gezien in de politiek. In september 2018 zijn er kamervragen gesteld over het ontbreken van een verdienmodel voor thuis-technologie. De vragen en reacties kunt u [hier](#) teruglezen.

Regeerakkoord

Begin oktober is het regeerakkoord 2017 '[Vertrouwen in de toekomst](#)' gepresenteerd. In de paragraaf over zorg staat al in de inleiding benoemd dat er meer geld beschikbaar komt voor o.a. innovatie. Dat biedt perspectief voor ons.

Er wordt gesteld dat nieuwe hervormingen van het zorgstelsel niet nodig zijn, maar wel verbeteringen. Het uitgangspunt is goede zorg voor iedereen op de juiste plek op het juiste moment. Punten genoemd in het regeerakkoord die van toepassing zijn op de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg thuis zijn;

- Om de schaarse capaciteit aan zorgpersoneel optimaal te benutten voor zorg en aandacht voor cliënten en patiënten, is het wenselijk [digitaal ondersteunde zorg gericht in te zetten en de verspreiding van innovatieve werkwijzen \(e-health\) te bevorderen, zowel thuis als in het verpleeghuis](#). Deze kabinetsperiode is hiervoor 40 miljoen euro beschikbaar, daarna 5 miljoen per jaar.
- Wanneer het thuis niet meer gaat, moeten ouderen kunnen rekenen op goede zorg in een verpleeghuis. Er is structureel 2,1 miljard euro beschikbaar om te voldoen

aan de nieuwe normen voor goede zorg . De agenda voor de arbeidsmarkt voeren we met ambitie uit, zodat nu en in de toekomst voldoende goed opgeleide zorgprofessionals beschikbaar zijn. De inzet op kwaliteitsverbetering vraagt ook om een andere manier van werken en organiseren: kleinschalig, vraaggericht, innovatief, met minder regels en meer vertrouwen in de zorgprofessionals. Dit moet daadwerkelijk leiden tot een aantoonbare verbetering van de kwaliteit. Bestuurders worden daarop beoordeeld.

- We zetten in op de beweging van meer zorg van de tweede naar de eerste lijn en het voorkomen van onnodige zorg. Dit leidt tot een afname van het beroep op de tweedelijnszorg.
- Het belang van zorgprofessionals moet gericht zijn op de uitkomst van de zorg in plaats van omzet. Dit vraagt om een stevige inzet op het ontwikkelen van uitkomst-indicatoren, bij voorkeur aansluitend bij internationale initiatieven. Het vraagt ook om een bredere benadering door professionals en het organiseren van zorg in netwerken. Voor meer gelijkgerichtheid in het ziekenhuis stimuleren we dat medisch specialisten de stap maken naar het participatiemodel of loondienst.

Juiste zorg op de juiste plek

Op 6 april 2018 is het rapport '[De juiste zorg op de juiste plek](#)' aangeboden aan minister Bruins. De essentie van de Juiste zorg op de juiste plek is: het *voorkomen* van (duurdere) zorg, het *verplaatsen* van zorg (dichtbij mensen thuis) en het *vervangen* van zorg (door andere zorg zoals e-health). Dit rapport geeft een start voor het ontstaan van een brede beweging, onder andere doordat het de basis vormt voor de hoofdlijnenakkoorden.

Hoofdlijnen akkoorden

In 2018 zijn er twee belangrijke hoofdlijnen akkoorden gesloten. Zowel in het [Hoofdlijnenakkoord Medisch specialistische zorg 2019 – 2022](#) als in het [Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019 – 2022](#) zijn afspraken gemaakt over zorg op de juiste plek. Kort gezegd komt het bij zorg op de juiste plek neer op zorg op maat dichtbij huis, het voorkomen van duurdere zorg en het inzetten van innovatieve manieren van zorg, zoals e-health.

Beleid zorgverzekeraars

De afgelopen periode hebben wij intensief gesproken met de grote vier zorgverzekeraars over het belang van – en verbinding met - Vitaal Thuis. Alle vier de zorgverzekeraars hebben ambities op het gebied van 'de juiste zorg op de juiste plek' maar ervaren ook de uitdagingen om daadwerkelijk te komen tot contractinnovatie om de noodzakelijke transformatie naar 'de juiste zorg op de juiste plek' arrangementen duurzaam mogelijk te maken. Zorgverzekeraar stimuleren regionale samenwerking op dit gebied en willen zich inzetten om goede voorbeelden verder te brengen.

BIJLAGE 4 ALGEMENE TOELICHTING FINANCIERINGSMODELLEN

Waarde gedreven zorg, shared savings, uitkomstfinanciering en populatiebekostiging. Het zijn veel gehoorde termen rondom de financiering van zorg. Maar wat betekenen de verschillende modellen en hoe kunnen ze worden gebruikt?

In het huidige financieringsmodel worden zorgverleners vooral financieel geprikkeld op behandelen. Er is dus kortweg productie beloning, wat resulteert in productieoptimalisatie. Om de zorg in de toekomst betaalbaar te houden en de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen, is een transitie noodzakelijk.

Om het tij te keren loopt er binnen Nederland een aantal initiatieven in alle schakels van de zorgketen om uitkomsten van de zorg te verbeteren en tegelijkertijd de kosten ervan te verlagen. Hierbij worden eerste stappen gezet richting uitkomstbeloning en dus uitkomstoptimalisatie. Maar dit vereist contractinnovatie. Dit betekent ook een andere samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, ook onderling binnen verzekeraars en zorglijnen. Samen zal de verzekerde populatie in doelgroepen ingedeeld worden met overeenkomstige gezondheidsrisico's en zorgbehoeften. Voor iedere doelgroep wordt een integraal meerjarig contract gesloten die verbetering van de integrale uitkomsten stimuleert en beloont. De aard van de gewenste verbetering bepaalt welke contractvorm hierbij past. In het kort komt het op de volgende modellen neer;

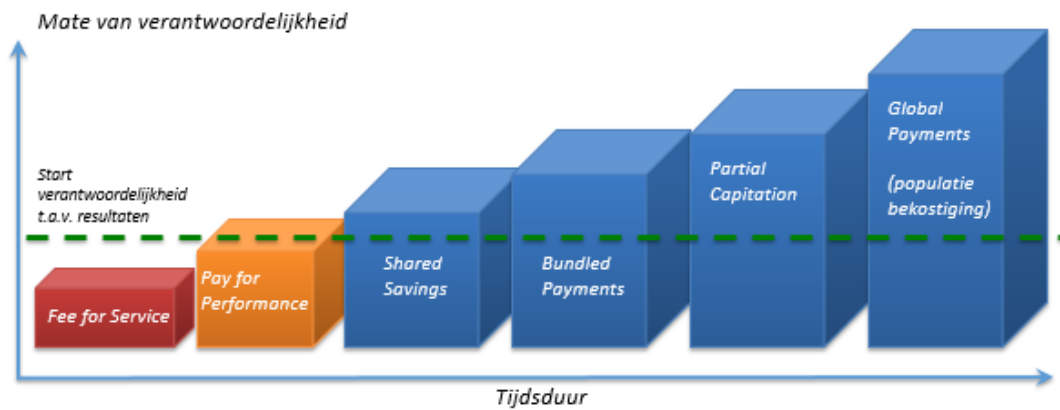
- **Fee For Service:**
Betalen per stuk. Dit is de kern van het huidige systeem in NL met allerlei tarieven per consult, verrichting, behandeling, geneesmiddel, labtest, röntgenfoto, etc.
- **Pay for Performance:**
Extra vergoeding voor een extra inspanning waarvan men verwacht dat dit de uitkomsten verbetert zonder dat de hoogte van het tarief eraan gekoppeld is. Hieronder vallen in Nederland bijvoorbeeld de medicatie reviews om geneesmiddelengebruik te reduceren, en ook de diabeteszorg door huisartsen om verergering van de ziekte af te remmen.
- **Shared Savings:**
Het delen van de meerjarige ombuiging van de kostentrend ('kostenbesparingen') tussen verzekeraar en zorgverleners, en de patiënt in de vorm van minder zorgvraag en verbeterde gezondheid. Het verschil tussen de verwachte kosten en de werkelijke kosten van een bepaalde groep verzekerden wordt gedeeld. De 'share' in de 'savings' kan worden bepaald door de gemeten en ervaren gezondheidswinst. Hierdoor krijgen de zorgverleners een prikkel en beloning voor blijvend verminderen van zorgvraag en zorgproductie, én voor het daarin herinvesteren met een deel van de shared saving. Er wordt (bij succes) een steeds groter deel van de beloning resultaatafhankelijk. Voorbeeld: COPD InBeeld zorgprogramma Slingeland, Sensire, Menzis.
- **Bundled Payments:**

Een vast bedrag voor de gehele zorgketen per patiënt. De zorgverleners krijgen hiermee een prikkel om de risico's vooraf goed te schatten en te beheersen, want tegenvallers komen voor hun rekening. Hier zijn hele goede 'kandidaten' voor, bijvoorbeeld geboortezorg (gehele verloskunde buiten en binnen ziekenhuis plus kraamzorg) of artrose (knie, heup en rug prothese voorkomen door hele fysiotherapie, diëtiëk, diagnostiek en orthopedie te bundelen) of zelfs CVA (hersenvloedingen/infarcten inclusief de hele revalidatie en thuiszorg). Dit zijn indicaties waar goed objectief is vast te stellen of iemand de betreffende aandoening heeft om de instroom te valideren.

In 2017 is hiervan [een vooruitstrevend voorbeeld](#) gepubliceerd in de huisartsenzorg.

- **Partial Capitation:**
Een vast bedrag per verzekerde per jaar voor alle zorg voor de betreffende aandoening voor alle verzekerden in een bepaalde regio voor meerdere jaren (een hek om gebied én om zorg declaratiecodes). Dit prikkelt de zorgverleners om de instroom van nieuwe en doorstroom van bestaande patiënten naar duurdere zorg te voorkomen: primaire en secundaire preventie. En is daarmee geschikt voor bv chronische zorg (bv hele diabetes-, long emfyseem- of astmazorg en -medicatie) en geestelijke gezondheidszorg (bv depressie of dementie). De geïncludeerde declaratiecodes hierbij breed definiëren en meten zodat er voor alle gerelateerde zorg (hele 'waterbed') een prikkel ontstaat om de uitkomsten te verbeteren.
- **Global Payments:**
Het gehele jaarbudget voor een bepaalde groep verzekerden uitbesteden (voor meerdere jaren). Denk hierbij aan zeldzame ziekten zoals Parkinson of ALS. Ook ouderenzorg vanaf een bepaalde leeftijd is hier kandidaat voor, omdat zij meerdere aandoeningen tegelijk hebben en meerdere zorgvormen zoals behandeling, verpleging en sociaal maatschappelijk werk. 'Gooi het allemaal in één pot'. Dit gebeurt met succes in USA voor kwetsbare ouderen die uit hun flats naar dagverblijf met zorg in buurtcentra gebracht worden. Dit is een extramurale variant van het verpleeghuis en past daarmee goed in het huidige Nederlandse beleid.

De crux van deze contractinnovaties: zorgverleners en zorgverzekeraar kunnen kiezen welk niveau contract ze willen en durven aangaan voor welke zorgpopulatie.



Kenmerken	Tarief per behandeling, DOT, Verrichting, Uurtarieven etc.	Betaling "extra" inspanning (keten DBC's, GEZ gelden)	Verdeling kostenbesparing tussen financier / zorgverleners	Vast bedrag per patiënt per jaar voor grootste deel of hele zorgketen	Vast bedrag per verzekerde per jaar voor aandoening (ongeacht patiënt)	Vast totaal budget per verzekerde per jaar voor (deel) verzekerden

Meer informatie is onder andere te lezen in deze [white paper](#).

COLOFON

Vitaal Thuis is een programma geïnitieerd door VitaValley waarin ruim 60 veldpartijen samenwerken aan langer thuis wonen.

Eindredactie: Pasquella van Ruiten en Pim Ketelaar



Zonneoordlaan 17
6718 TK Ede
0318 – 65 77 15
info@vitavalley.nl