

# STAPPENPLAN CONTRACTERING

VERDIEPINGSDOCUMENT



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

NOVEMBER 2021

## VOORWOORD

De afgelopen jaren hebben we tientallen prachtige innovaties gezien die zorg verplaatsen, vervangen en/of voorkomen. Helaas leiden niet al die innovaties tot duurzame verandering. Daardoor kunnen nog altijd veel patiënten die dat willen nog geen gebruik maken van nieuwe vormen van hybride zorg, zoals telebegeleiding, thuistoediening of laagdrempelige digitale communicatie. Voor die transformatie naar slimme zorg thuis is dus meer nodig dan goede ideeën en enthousiaste eerste gebruikers.

Niet zelden is structurele financiering een bottleneck voor de borging en opschaling van slimme zorg thuis. Contractinnovatie is één van de hardste noten om te kraken. Hoe te komen tot structurele bekostiging van slimme zorg thuis? Wat zijn de vervolgstappen als een ziekenhuiszorg thuis- inderdaad aantoonbare meerwaarde heeft, maar de kosten en baten niet op dezelfde plek vallen? Hoe zetten we de uitkomsten vervolgens om in een passend financieringsarrangement? Allemaal vragen die te maken hebben met contractinnovatie.

Wij merken dat veel mensen wel begrijpen dat andere vormen van financiering nodig zijn voor de transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek, maar dat zij niet weten hoe dat precies moet en kan. Een helder stappenplan, goede voorbeelden, factsheets en modelcontracten helpen om uit de groef van 'traditioneel' contracteren te komen. Daarom ontwikkelden we dit Stappenplan Contractering.

Contractinnovatie is een soort *escape room* voor alle stakeholders. Het vergt visie, verbinding, lef en vertrouwen. Uiteindelijk is het ook een kwestie van gewoon doen: een gezamenlijk proces van vallen en opstaan. Iedereen moet daarbij door zijn eigen veranderproces, maar dat betekent niet dat iedereen hetzelfde leergeld moet betalen. Met de adviezen, voorbeelden en tips in dit stappenplan, kun je wel degelijk snel mooie stappen richting structurele financiering van slimme zorg thuis komen.

Geen wielen opnieuw laten uitvinden maar mensen profiteren van elkaars kennis en ervaringen: dat is de missie van Vitaal Thuis en de Vliegwielfcoalitie: landelijke leer- en doe-netwerken voor e-Health thuis, waarin we leren van elkaar en waarin we een gezamenlijk instrumentarium ontwikkelen. Sinds 2018 werken we als programmateams samen, om zo gezamenlijk nog meer *boost* te geven aan digitale transformatie van de zorg. Gezamenlijk startten we met de succesvolle masterclasses contractinnovatie en organiseren we workshops, wegwijs- en vragenuurtjes.

Alle goede voorbeelden van contractinnovatie die wij de afgelopen jaren langs zagen komen hebben ons geleerd welke stappen je als zorgorganisatie, patiënten en verzekeraar moet doorlopen. Voordat je begint met het maken van financiële afspraken rondom de contractering, moet je bijvoorbeeld eerst aan de slag met het bepalen van je visie, doelen en het herontwerpen van zorgpaden. Dit alles hebben wij gemodelleerd tot een helder stappenplan. Per stap zijn er tips, voorbeelden en toolkits waar je je voordeel mee kunt doen.

Wij wensen jullie veel succes met het vinden van impactvolle financieringsarrangementen voor slimme zorg thuis.

*Pim Ketelaar (programmadirecteur VitaValley) en Bettine Pluut (programmamanager Vliegwielfcoalitie)*

## INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	2
Inhoudsopgave .....	3
Aanleiding.....	4
Stappenplan voor contractering.....	5
Stap 0: Coalitievorming.....	5
Stap 1: Visievorming.....	6
Stap 2: Planvorming.....	12
Stap 3: Inrichten.....	16
Stap 3A: Invulling van de behoeften.....	16
Stap 3B: Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten .....	18
Stap 3C: Financieringsafspraken.....	20
Stap 4: Uitvoeren en evaluatie .....	23
Stap 5: Inbedding en opschaling.....	23
Bijlage 1 Beleidscontext.....	24
Bijlage 2 Specifieke invulling bij ziektebeelden .....	25
Bijlage 3 Toelichting bij uitgangspunten voor het maken van contractafspraken	29
Bijlage 4 Algemene toelichting financieringsmodellen .....	31
Colofon.....	34

## AANLEIDING

### Innovatie van contractering

Het contracteren van 'ziekenhuiszorg thuis' gaat niet vanzelf. Het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie betekent ook het verplaatsen van verantwoordelijkheden, risico's en budgetten. We willen bovendien het liefst dat de zorg ook wint aan kwaliteit en de kwaliteit van zorg moet ten minste gelijk blijven. Het anders organiseren van zorg vraagt vaak ook om innovatie in de bekostiging en dus in de contracteringsafspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Hoe kom je samen tot hybride zorg en welke afspraken over structurele bekostiging kun je maken? Hoe kun je hierin 'gezonde' prikkels aanbrenge om de beweging naar de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plaats te stimuleren?

### Bundeling geleerde lessen

De verschillende voorbeelden van gecontracteerde ziekenhuiszorg thuis die we de afgelopen jaren in de coalitie Vitaal Thuis en de Vliegwielfcoalitie hebben gezien, zoals telebegeleiding bij hartfalen of oncologiebehandelingen thuis, maken duidelijk dat er geen standaard contracteringsmodel voor ziekenhuiszorg thuis bestaat. En ondanks dat er [mogelijkheden zijn voor het contracteren van ziekenhuiszorg op afstand](#), blijkt het moeilijk om deze mogelijkheden grootschalig te benutten. In elke regio zijn andere partijen actief en zijn de samenwerkingsafspraken net een beetje anders.

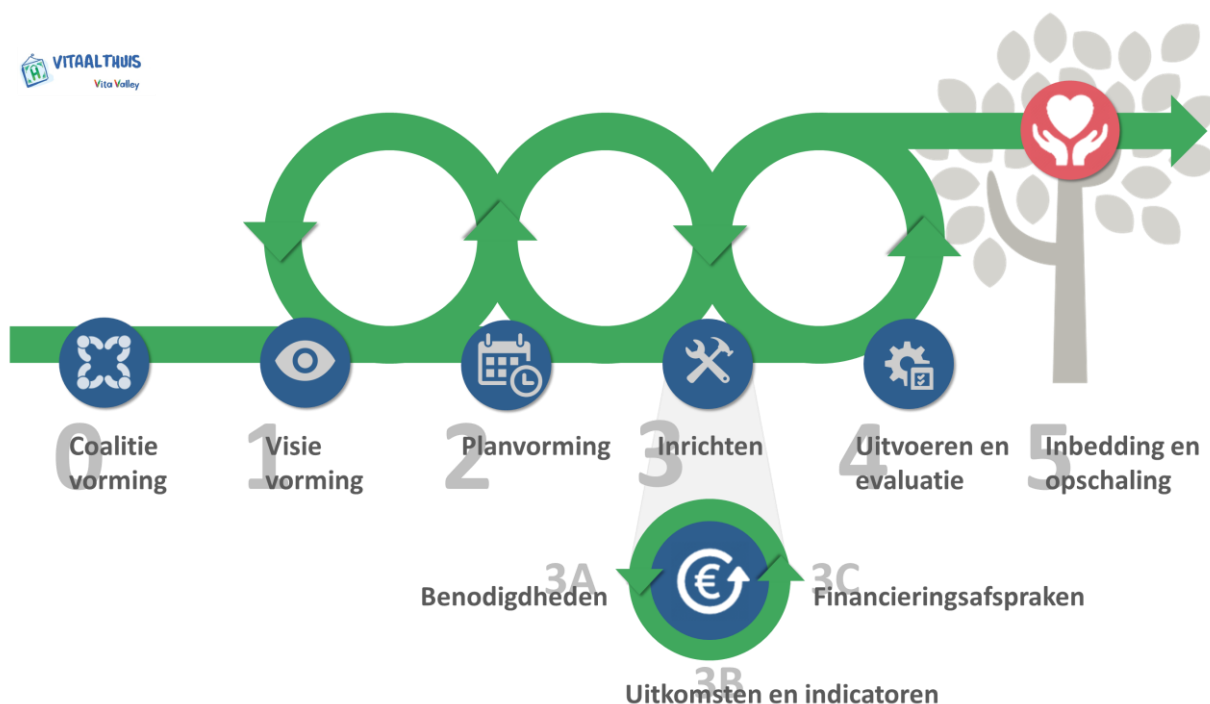
Toch zijn er wel degelijk rode draden te destilleren en laten de goede voorbeelden ons zien over welke aspecten er afspraken gemaakt dienen te worden en welke stappen je als zorgaanbieder en verzekeraar moet doorlopen. De bundeling van deze ervaringen en inzichten hebben wij gemodelleerd tot dit 'Stappenplan contractering'. Dit document is tot stand gekomen door de gebundelde ervaringen bij de coalitie Vitaal Thuis van VitaValley, de Vliegwielfcoalitie van de Patiëntenfederatie en het National eHealth Living Lab (NeLL). Benieuwd naar de beleidscontext waarbinnen JZOJP past? Kijk dan naar de informatie en rapportages genoemd in Bijlage 1.

### Voor wie is dit document?

Dit document is bedoeld voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars met als doel om 'de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek'-arrangementen sneller en beter te contracteren, met waardevolle uitkomsten voor álle stakeholders.

## STAPPENPLAN VOOR CONTRACTERING

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

We lichten op de volgende pagina's de stappen verder toe. Tevens zijn praktische voorbeelden bij elke stap toegevoegd en verwijzingen naar handige documenten opgenomen. Een samenvatting van dit stappenplan is via de [VitaValley website](#) beschikbaar

### STAP 0: COALITIEVORMING

De beweging naar 'de juiste zorg op de juiste plek' maak je niet alleen. Hiervoor gaan stakeholders met elkaar in coalitieverband in dialoog. Verken met elkaar waar je staat en waar je naartoe wilt. En stel de vraag: wie hebben we nodig? Zorg dat in ieder geval bestuurders, patiënten, zorgverleners en de zorgverzekeraar deel uitmaken van je coalitie. Maak aan de start goede afspraken met elkaar over hoe je elkaar betreft, welke inbreng eenieder heeft gedurende het proces en wat een betrokken stakeholder nodig heeft om verdere commitment te kunnen geven. Een belangrijke tip is dan ook om te zoeken naar die aspecten die bij de visie en werkwijzen van de verschillende stakeholders past. Zoek naar de 'Common ground'. Alleen daar waar samen de urgentie gevoeld wordt, willen partijen commitment geven. Zo ontwikkelt een *coalition of the willing* zich uiteindelijk tot een *coalition of the doing*.

We gaan ervanuit dat deze stap al plaatsgevonden heeft in het geval dat nagedacht wordt over de structurele bekostiging van ziekenhuiszorg thuis. We laten deze stap daarom niet uitgebreid terugkomen in dit document. Wil je hier meer over weten? Kijk dan op [deze website van JZOJP](#).

## STAP 1: VISIEVORMING

### Theorie

Formuleer met de betrokken stakeholders jullie visie. Waarom doen we dit? Waarom is dit belangrijk voor de regio en haar bewoners? Wat zijn de contouren van de maatschappelijke business case? De visie wordt over het algemeen gevoed door maatschappelijke en regionale ontwikkelingen. [Regiobeelden](#) zijn hiervoor een mooi vertrekpunt. Ook op de websites van [De juiste zorg op de juiste plek](#), [Zorg voor Innoveren](#) en het [JUMP programma van de NVZ](#) vind je inspiratie.

Zorg dat de relevante stakeholders aangehaakt zijn bij de visievorming. Wij adviseren om de volgende stakeholders op zijn minst te betrekken: bestuurders van de samenwerkende partijen, zorgverleners, zorgverzekeraar, patiënten en patiëntvertegenwoordigers en de leveranciers 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. De uitkomst van stap 1 is dat er in gezamenlijkheid een gedragen visie ontstaat.

### Invulling

#### Patiëntparticipatie

“Patiënt centraal” is een veelgehoord motto. Toch verschillen de meningen vaak over wat we goede zorg vinden en doen we vaak veel aannames over wat patiënten kunnen en willen. Slimme zorg thuis biedt volop kansen voor een betere kwaliteit van leven en gezondheid voor de patiënt, een prettigere ervaring van de geleverde zorg en zorg die fijner ingepast kan worden in het dagelijks leven van de patiënt. Toch leidt de inzet van ICT niet vanzelf tot betere zorg voor patiënten en is de juiste plek niet voor iedere patiënt dezelfde plek. Om deze reden is het cruciaal dat patiëntvertegenwoordigers en ervaringsdeskundigen meedoen in het formuleren van de visie. Vaak is het ook aan te raden om naasten van patiënten te betrekken, omdat die vaak ook de gevolgen van de beoogde veranderingen zullen ervaren en voor patiënten een belangrijke rol vervullen in de zorg en het leven met een ziekte.

Geef de patiënt dus niet alleen op papier een stem door hem of haar te noemen, maar werk ook echt met patiënten samen. *Patients included*. Beantwoord vragen als: Waaraan heb jij als patiënt, naaste of mantelzorger behoefte? Waar zitten grote verschillen en overeenkomsten? Wanneer is de ziekenhuiszorg thuis van meerwaarde voor als patiënt en jouw gezinsleden? Wat hebben jij als patiënt nodig aan informatie en ondersteuning? Er is veel informatie beschikbaar over hoe je invulling kunt geven aan [patiëntparticipatie](#), zoals deze [handreiking patiëntenparticipatie](#) bij de ontwikkeling van digitale zorg en deze 5 effectieve oplossingen om [online patiëntervaringen](#) op te halen.

Het is dus van belang om de relatie met de omgeving helder te krijgen. Door dit gezamenlijk met alle stakeholders (dus ook met patiënten) in beeld te brengen creëer je een sterk gezamenlijk draagvlak voor de innovatie. Het [business model canvas](#) is een bekende methode die gebruikt

kan worden om in dialoog tussen patiënten, zorgverleners en andere betrokkenen het waarom en wat van een innovatie uit te werken.

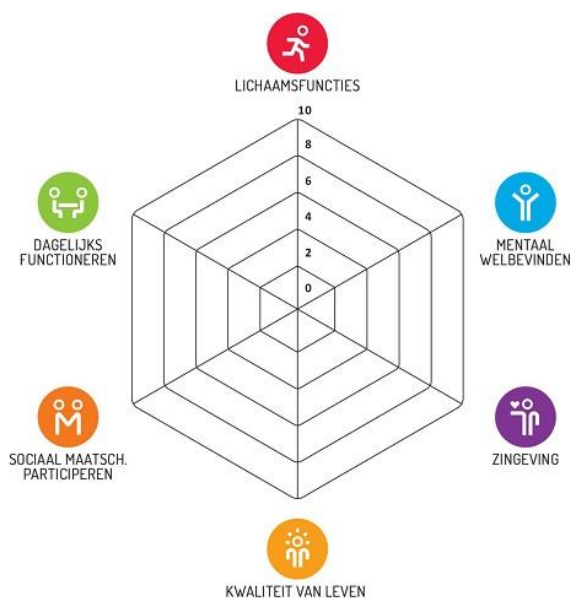
### Maatschappelijke ontwikkelingen

*Triple Aim* staat voor het streven naar hogere gezondheidsuitkomsten, het ervaren van een betere kwaliteit van de zorg en het verlagen van de kosten per capita. 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. We hebben de afgelopen jaren gezien dat hier vaak aan voorbij wordt gegaan, terwijl innovaties vaak pas gaan vliegen als deze ook meerwaarde hebben voor zorgprofessionals. Dit wordt bovendien steeds relevanter gezien de uitdagingen op de arbeidsmarkt.

*Quadruple aim* helpt bij een brede mens- en populatiegerichte aanpak. Dit biedt dus een krachtig uitgangspunt voor je ambities en doelstellingen.

Met name in de tweedelijnszorg is **Value Based Healthcare (VBHC)** een veelgehoorde term. Ook dit kan een uitgangspunt zijn voor de vorming van de 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 gependeerde euro. Ondersteund door patiënt- en zorgverlenersrelevante 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 gezondheid, geformuleerd door Machteld Huber: **'Positieve gezondheid'**. Hierbij wordt gezondheid gedefinieerd 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". Gezondheid wordt dus niet alleen beoordeeld vanuit een medisch inhoudelijk perspectief 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 specifieke regio-ontwikkelingen en uitdaging van groot belang. Ben je actief in een krimpregio of juist in een groeiregio? Bevinden zich andere zorginstellingen in de regio die zich op dezelfde zorg richten? Werk je samen met academische of perifere partnerziekenhuizen? Dit soort vragen bepalen de mogelijkheden en richtingen voor ziekenhuiszorg thuis. Kijk voor de gegevens over de ontwikkelingen in jouw regio naar de zogenaamde [regiobeelden](#). Maak alvast een globale analyse van de belangrijkste uitdagingen, kansen en benodigde stakeholders.

### **Maatschappelijke business case**

Schaarse middelen en capaciteit dwingen tot keuzes welke innovaties worden geïmplementeerd en opgeschaald. Impactmetingen helpen om het maatschappelijk rendement vooraf te voorspellen en biedt legt de basis voor monitoring en lerend evalueren tijdens de implementatie en opschaling. In de visievormingsfase is helpt de business case om de keuzes voor een specifieke innovatie (denk aan telebegeleiding, thuisdialyse, meekijkconsulten) te onderbouwen.

Er zijn verschillende methoden om een maatschappelijke business case op te stellen. Een methode waarmee VitaValley veel goede ervaring mee heeft, is de Social Return on Investment (SROI). De SROI maakt zowel de economische als maatschappelijke waarde van een investering zichtbaar. Meer informatie over de SROI methodiek, hoe je hiermee aan de slag kunt en praktijkvoorbeelden hebben we gedeeld in de SROI Bootcamp. Het is aan te raden om deze bootcamp [hier](#) terug te kijken of [de presentatie](#) te downloaden.

De SROI methodiek maakt de stakeholders, investeringen en opbrengsten van een innovatie inzichtelijk. Hierbij berekenen we niet alleen de economische winst van een innovatie, maar ook het maatschappelijk rendement voor de verschillende stakeholders. Om de investeringen en opbrengsten goed met elkaar te kunnen vergelijken worden alle waarden naar euro's omgerekend. Bekijk ook eens deze [Implementatietool digitale zorg](#) van de NVZ, waarmee de kosten en baten van telemonitoring in kaart worden gebracht.

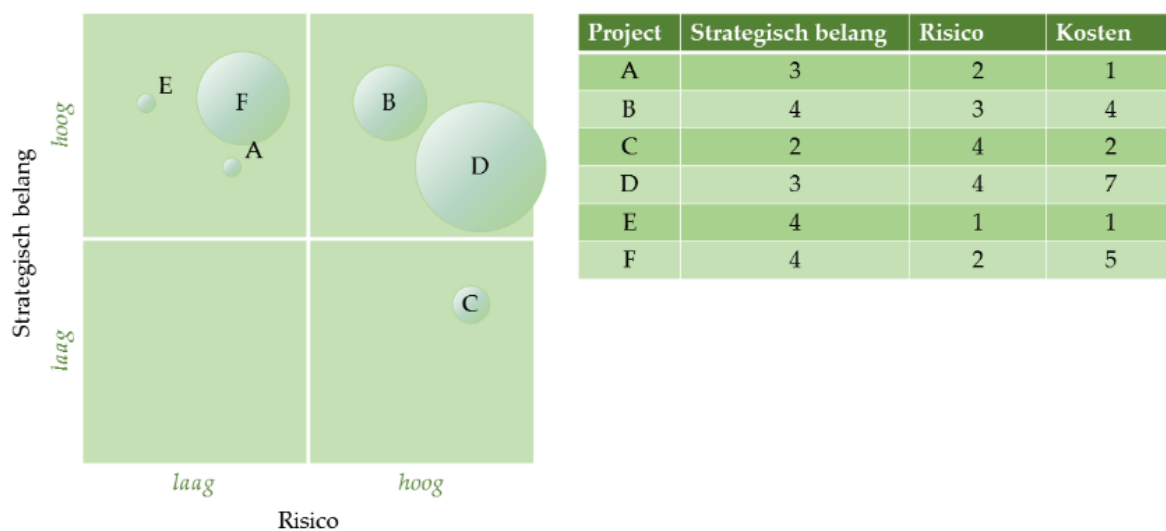
Let op! Er schuilt vaak een risico in het daadwerkelijk kapitaliseren van sommige baten. Er zijn bijvoorbeeld vaak besparingen mogelijk, die niet altijd fysiek direct beschikbaar of te incasseren zijn. De uitkomsten van deze inventarisatie moeten afgewogen worden tegen de maatschappelijke business case. Levert de verandering uiteindelijk voldoende op, om bijvoorbeeld bepaalde stakeholders te compenseren.

### **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 de betrokken stakeholders voldoende pijn voelen, zijn ze bereid om in beweging te komen en zaken echt anders te gaan aanpakken. Het is belangrijk dat alle betrokkenen elkaars kansen, twijfels 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 voorafgaat. Hoe je 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, inclusief patiënten en zorgverleners, het gesprek 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 stakeholderanalyse**

De risico's die met het keuzeprioriteringsmodel boven tafel komen, 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. Realiseer je dat elk van de coalitiepartners soms heel andere stakeholders als belangrijk kan beschouwen. Ook hierover de dialoog aangaan is belangrijk. Van het principe "juiste zorg op de juiste plek" kan het bovendien vaak wenselijk zijn om meerdere zorgorganisaties te betrekken en dus naar de mogelijkheden van transmurale zorgpaden te kijken.

Per stakeholder wordt een eerste overzicht gemaakt van 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. Ongelijke kosten- en baten-verdelingen zijn een risico en dienen dus in deze fase inzichtelijk gemaakt te worden.

## Voorbeelden visievorming

### Noordwest Ziekenhuisgroep

#### [Het ziekenhuis van morgen: minder stenen, meer bits en bytes](#)

De sterk toenemende zorgvraag stelt ziekenhuizen voor een fikse opgave: hoe blijf je goede zorg leveren die ook nog eens betaalbaar is? Voor een grote uitdaging moet je groots denken, zo is de redenering van Noordwest Ziekenhuisgroep. Met vernieuwbouw van de twee hoofdlocaties, digitalisering op meerdere fronten en een intensieve samenwerking met regiopartners transformeren ze gestaag naar de juiste zorg op de juiste plek.

### Omring

#### [Meerjarevisie digitalisering](#)

De digitale revolutie gaat ook aan de zorg niet voorbij en zal het zorglandschap het komend decennium een heel andere aanblik geven. Krapte op de arbeidsmarkt, de vergrijzing en de betaalbaarheid van de zorg vragen om slimme en vindingrijke oplossingen. Hierbij speelt digitalisering een grote rol. Daarom heeft zorgorganisatie Omring begin 2021 haar meerjarevisie op digitalisering opgesteld en naar buiten gebracht. Omring beseft tegelijkertijd dat samenwerking met anderen hierbij van groot belang is. Daarom wordt ook volop de samenwerking met andere partijen gezocht - waaronder de ziekenhuizen in de regio.

### Ziekenhuisgroep Twente (ZGT)

Voor haar [Visie voor 2022](#) liet ZGT zich inspireren door o.a. Jan Rotmans, hoogleraar transitie & duurzaamheid, en het gedachtengoed van Positieve Gezondheid. Op basis van de verwachting dat het ZGT 56% van haar DBC's zou verliezen als ze zou blijven doen wat ze deed, 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.

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.

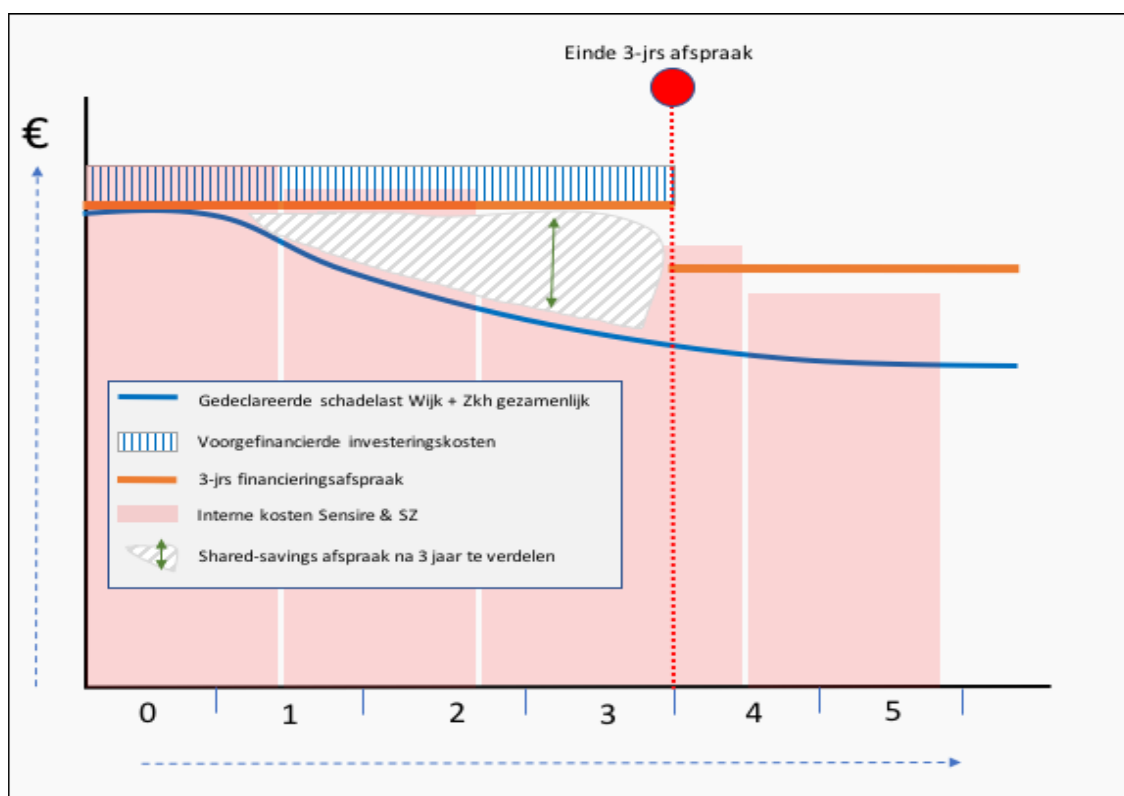


### Voorbeeld stakeholderanalyse met bijbehorende financiering

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. Betekent dit dan 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 in de Achterhoek, 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. Hoe de (bredere) contractering vervolg heeft gekregen voor de komende jaren, lees je [hier](#).



Figuur 4: Financieringsmodel COPD InBeeld programma - Bron: Daniël Winkeler, 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.*

## STAP 2: PLANVORMING

### Theorie

Nu we weten welke richting we gezamenlijk op willen en welk project(en) we hierbij willen starten, werken we het daadwerkelijke plan uit. Dit kan in de vorm van een projectplan.

### Invulling

#### Projectplan

Het projectplan of actieplan beschrijft een heel aantal elementen. Denk er bij het schrijven van je projectplan in ieder geval aan dat de volgende aspecten en benodigdheden in kaart worden gebracht: behoeften van de patiënt, behoeften en benodigde expertise van zorgprofessionals, projectorganisatie, technologie en ICT, herontwerp van het zorgpad en financiële middelen. We gaan kort op deze onderdelen in. Specifiek voor [telebegeleiding bij COPD](#), [telebegeleiding bij hartfalen](#) en [telebegeleiding bij IBD](#) kun je je voordeel doen met implementatiekaarten, die zijn ontwikkeld door de FMS, NVZ, vakverenigingen het Vliegwielt voor digitale transformatie.

#### Behoeft van patiënten

De patiënt gaat ongetwijfeld veel merken van het verplaatsen, vervangen en/of voorkomen van zorg. Hij/zij heeft vaak ook een belangrijke rol is het wel of niet slagen van een innovatie. Waaraan heeft de patiënt behoefte in welke fase van zijn of haar patiëntreis behoefte aan en hoe sluit dit aan bij het zorgpad? En welke dilemma's of weerstand ervaart de patiënt? Inzicht hierin draagt enorm bij aan succesvolle implementatie van jouw innovatie. 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? Wat heeft hij/zij hiervoor nodig? Het is belangrijk om in je projectplan na te denken over hoe permanent feedback van patiënten kan worden verzameld zodat de nieuwe toepassing en de inbedding daarvan optimaal tegemoet komt aan de wensen van patiënten. Besteed in je plan ook nadruk aandacht aan een goede informatievoorziening richting patiënten en zorg dat patiënt en zorgverlener samen beslissen over het wel/niet gaan gebruiken van een nieuwe zorg thuis-toepassing zoals telebegeleiding. De communicatietoolkit [Thuis kan het ook](#) kan gebruikt worden om patiënten te informeren over telebegeleiding en binnenkort ook beeldbellen en digitaal berichtenverkeer. Besteed bij de informatievoorziening en ondersteuning van patiënten extra aandacht aan mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Op de [website van Pharos](#) vind je hierover meer informatie.

### Expertise en motivatie van zorgprofessionals

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

- Welke professionals zijn nodig? Zijn die betrokken of hoe zorgen we dat die betrokken raken?
- Wat is de rol van een wijkverpleegkundige of die van de huisarts of apotheker?
- Wanneer wordt overgeschakeld naar gespecialiseerde professionals of de medisch specialist?
- Wie is er wanneer eindverantwoordelijk?
- Zijn de betrokken professionals voldoende gemotiveerd om veranderingen door te voeren?
- Welke informatie en ondersteuning hebben professionals nodig om volgens de nieuwe manier te gaan werken?

De ontwikkeling van een zorgpad voor ziekenhuiszorg thuis is vaak grotendeels 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 een herontworpen zorgpad. Soms vraagt dit om gewijzigde rollen en verantwoordelijkheden of nieuwe benodigde expertise, al hoeft dit 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, informatie-standaarden, etc.

### Herontwerp van het zorgpad

Een cruciaal onderdeel van het projectplan is het herontwerp van zorgpaden. Hiermee voorkomen we dat er niet alleen technologie aan het bestaande zorgpad wordt toegevoegd en zorgen we dat we de zorg ook echt anders gaan organiseren. Specifiek voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van transmurale 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. Specifiek voor telebegeleiding zijn er door het Vliegwielt diverse modelzorgpaden ontwikkeld. Deze zijn te vinden in de [toolkit “slim organiseren”](#).

### Projectorganisatie

In de projectorganisatie zijn afspraken vastgelegd over welke stakeholders op welke manier betrokken zijn, hoe hun inbreng wordt verzameld en hoe tussentijds gerapporteerd wordt over de voortgang. Wij adviseren in de project- en/of klankbordgroep altijd zorgverleners en patiënten deel te laten nemen. Het is tevens zinvol een escalatieladder te bepalen voor als dingen niet zo lopen als gepland. Commitment van de bestuurder is vaak gewenst. Denk ook na over hoe je de cliëntenraad, ondernemingsraad, het medisch stafbestuur en de VAR betreft.

### Technologie en ICT

Betrek bij het maken van je projectplan de CMIO, CNIO en ICT-afdeling en formuleer antwoorden op de volgende vragen:

1. Welke technologie is nodig? Kunnen zelfmanagement tools en e-health ondersteunend zijn in dit zorgpad en zo ja: hoe? Eisen we dat deze toepassingen gekoppeld zijn aan ons EPD/ECD?
2. Hoe zorgen we voor de benodigde informatie-uitwisseling tussen de verschillende stakeholders?
3. Welke eisen stellen we aan de kwaliteit van ICT-voorzieningen? 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 zullen de risico's en manier waarop worden geborgd goed in kaart moeten worden gebracht.

Welke standaarden dienen te worden gevolgd om de oplossing opschaalbaar en koppelbaar te maken? Er zijn vanuit NEN, Nictiz en 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**

Gebrek aan tijdelijke of structurele en duurzame financiering voor (e-health) 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.

Hieronder een overzicht.

- De NZa heeft medio 2021 de ['Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2022'](#) gepubliceerd met hierin per zorgsector beschreven wat mogelijk is, binnen de *huidige* bekostigingsstructuren.
- Op [Zorgvanu.nl](#) is een compleet overzicht te vinden van de regelingen voor [extra stimulering van digitale zorg](#).
- Daarnaast is op de websites van [De juiste zorg op de juiste plek](#), [Zorg voor Innoveren](#) en het [JUMP programma van de NVZ](#) veel informatie bijeen gebracht rondom de mogelijkheden voor financiering van e-health en/of innovatie.
- De FMS en NVZ ontwikkelden een [overzicht met financieringsmogelijkheden voor juiste zorg op de juiste plek](#).
- De NVZ publiceerde een [Implementatietool digitale zorg](#) waarmee de kosten en baten van telemonitoring in kaart worden gebracht.
- Op de website van [Zorg voor Innoveren](#) wordt onder andere verwezen naar de [Innovatieroutes in de zorg](#), die zijn ontwikkeld in samenwerking met Hogeschool Windesheim. Dit zijn paden in de zorg die bewandeld kunnen worden om een (e-health) innovatie in de zorg te laten landen.
- Het beoordelen van de kwaliteit van e-health 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. [Het Zorginstituut](#) adviseert en publiceert regelmatig over

e-health en digitale zorg in het licht van 'zinnige zorg'. Daarnaast buigt het [Kenniscentrum Digitale Zorg](#) van ZN zich ook over deze vraag. Zij hebben o.a. een leidraad ontwikkeld waarmee innovaties in gezamenlijkheid door zorgverzekeraars kunnen worden beoordeeld.

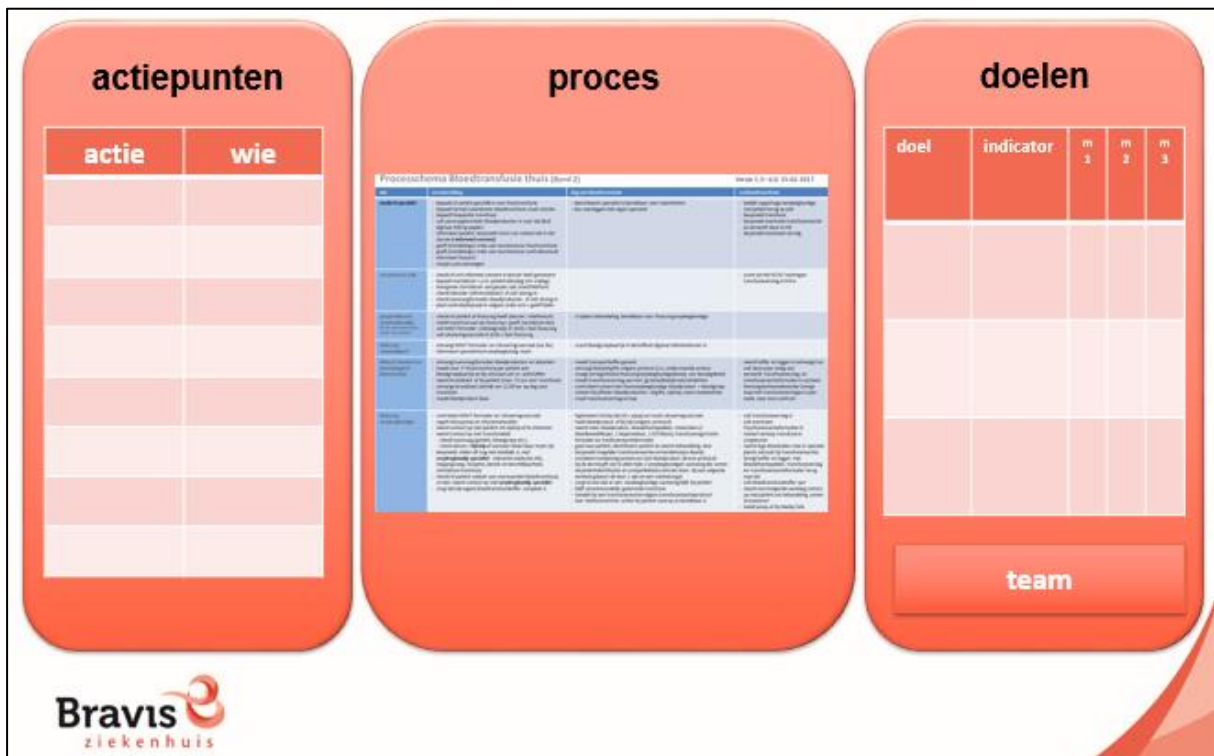
- De coronacrisis heeft ertoe bijgedragen dat steeds meer zorgaanbieders gebruikmaken van beeldbellen en e-health toepassingen. Op die manier kunnen zij zorg op afstand bieden zonder fysiek contact met de patiënt. Maar hoe zet je digitale zorg veilig in? En hoe houd je zo veel mogelijk rekening met de wensen van de patiënt? Het [kennisdocument 'Slimme Zorg Thuis'](#) biedt hierbij ondersteuning.
- Bij het [National eHealth Living Lab \(NeLL\)](#) werken patiënten, zorgverleners, consumenten, studenten, wetenschappers, ondernemers, organisaties en instellingen samen om van e-health een effectief en geïntegreerd onderdeel van de zorg te maken. NeLL publiceert regelmatig over haar projecten en onderzoeken.

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

Het Bravis ziekenhuis werkt waar mogelijk met het 7-fasen model om projecten vorm en inhoud te geven. Naar tevredenheid zetten ze daarbij de '3-borden methode' in als constante kapstok tijdens alle 7 fasen. Hieronder een afbeelding van de 3-borden methode. De processtap is uitgewerkt met een gedetailleerd processchema waarin staat benoemd wie welke acties heeft op welk moment in het zorgpad.



Figuur 5: Overzicht 3-borden methode - Bron: Erny Korsmit, 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 bekostiging is een goede inrichting van het project heel belangrijk. We splitsen Stap 3 dan ook op in drie onderdelen:

- Stap 3A: Invulling van de benodigdheden
- Stap 3B: Bepalen van de uitkomsten en indicatoren
- Stap 3C: Financieringsafspraken

### Stap 3A: Invulling van de benodigdheden

#### Theorie

Wanneer de visie op ziekenhuiszorg thuis met de samenwerkingspartners rond is en de urgentie en knelpunten inzichtelijk zijn, kan nagedacht worden over de benodigdheden 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 benodigdheden moeten in kaart gebracht worden:

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



- Logistiek
- Financiële middelen

## Invulling

In deze stap gaat het om het invullen van de benodigdheden voor de uitvoering van het projectplan dat is opgesteld in stap 2. Zorg bijvoorbeeld dat mensen met de juiste expertise zijn aangesloten, dat de technologie en ICT ingeregeld worden en dat de logistieke zaken op orde zijn.

## 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](#). De klantreizen geven vanuit verschillende perspectieven inzicht in de complexe organisatie van de zorg voor de doelgroep.

Een multidisciplinaire werkgroep uit het zorgveld (vanuit de Vliegwielfcoalitie) ontwikkelde een [toolkit met drie procesplaten](#), die helpt om telebegeleiding slim en efficiënt in te richten. Met als belangrijkste boodschap: hanteer een groeimodel en werk toe naar transmurale zorgpaden.

### Technologie en ICT

Er is veel beschreven, geüniformeerd en –soms ook- genormaliseerd op het gebied van de inzet van technologie en ICT ten behoeve van het organiseren van zorg thuis. Belangrijke aanknopingspunten zijn:

- o Nictiz heeft een [Ziekenhuis Referentie Architectuur \(ZiRA\)](#) ontwikkeld. Dit is een verzameling van modellen voor het inrichten van de organisatie en informatievoorziening van Nederlandse ziekenhuizen. Architectuur is een middel om organisaties te helpen overzicht te houden, de complexiteit van de informatievoorziening te beheersen en veranderingen in onderlinge samenhang door te voeren. Architectuur beschrijft de inrichting van organisaties in kaders en modellen. Dat geeft inzichten die gebruikt kunnen worden om de organisatie te verbeteren.
- o 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.
- o 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.
- o De IGJ beoordeelt zorgaanbieders op basis van het [Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders'](#).
- o Door ruim 30 partijen is gewerkt aan [kennisdocument Slimme Zorg Thuis \(SZT\)](#). Dit document heeft als doel zorginstellingen, zorginkopers, leveranciers en hun patiënten te faciliteren verantwoorde keuzes te maken m.b.t. de inzet van SZT. Ook biedt het kennisdocument een set van toetsbare kwaliteitscriteria aan STZ, die als normenkader voor toezichhouders kan dienen.

Het kennisdocument verwijst waar het kan naar bestaande, relevante standaarden, veldnormen, richtlijnen, protocollen en keurmerken. Het geeft de samenhang aan en vult alleen eventuele witte vlekken. Om de reeds opgebouwde kennis te ontsluiten voor het veld is het concept kennisdocument reeds beschikbaar gesteld.

## Stap 3B: Uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten

### Theorie

De volgende stap is het bepalen van de beoogde uitkomsten van de ziekenhuiszorg thuissituatie. 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) auditororganisatie 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 Bijlage 2 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. Voor algemene toetsingsindicatoren tippen we ook graag [deze leidraad](#) van het Kenniscentrum Digitale Zorg van ZN.

### 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 7. 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 6: Triple Aim model voor regionale visie Slingeland ziekenhuis en Sensire - Bron: Erwin Bomers, Slingeland Ziekenhuis en Sensire

Beoogde Effecten	Parameters / Indicatoren	Meetinstrumenten
1. Verhogen Gezondheids-winst	a. # exacerbaties	# Exacerbaties in Ezis (2 <sup>e</sup> lijn)
	b. Mate mogelijkheid patiënt toepassen zelfmanagement	PAM (Patiënt Activation Measure)
2. Verlagen ziekte-last 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. # geregistreeerde zorgproducten	#/ geregistreeerde zorgproducten EZIS
	g. # uren wijkinzet (ZT)	# uren wijkinzet
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 7: 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' stuurde.

## Stap 3C: Financieringsafspraken

### Theorie

Pas wanneer alle voorgaande stappen doorlopen zijn, kunnen we ons gaan richten op het verder uitwerken van concrete financieringsafspraken. Voor het maken van de financieringsafspraken moeten een aantal aspecten vanuit een breder perspectief vastgelegd worden:

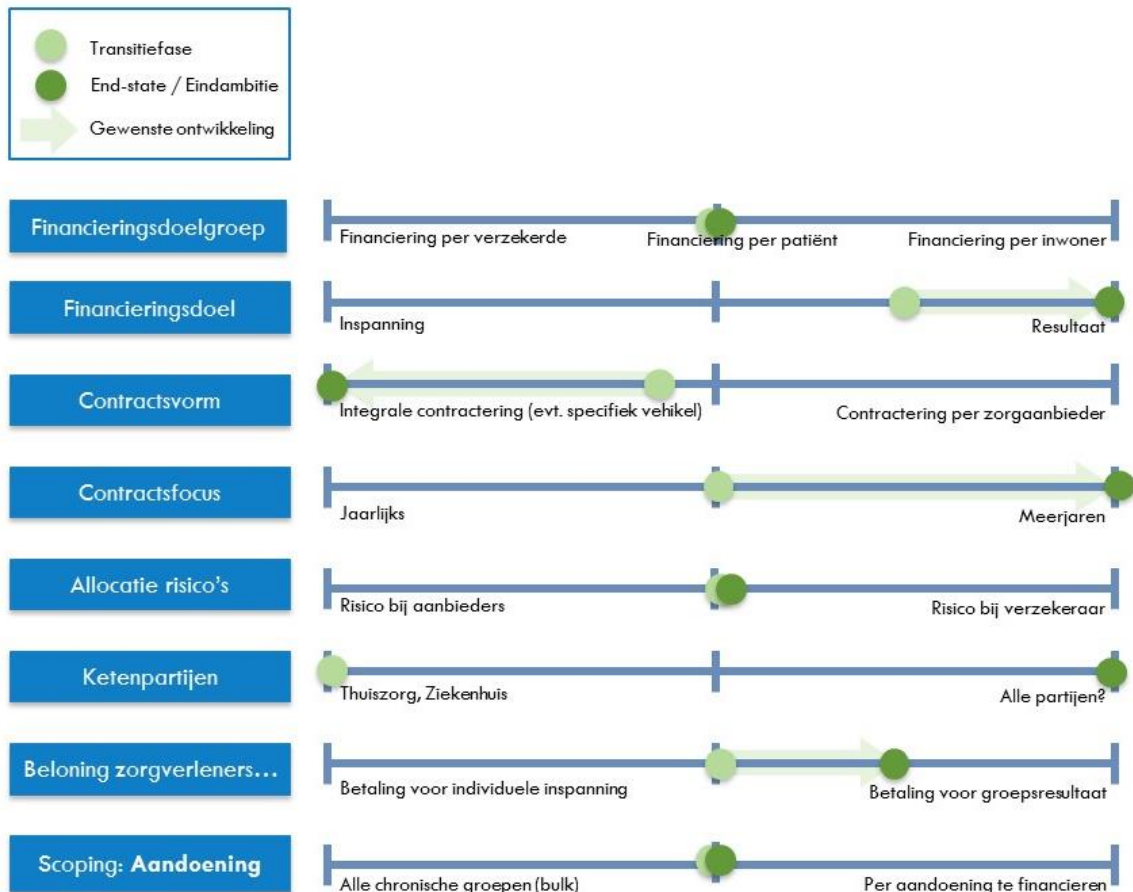
- a) De uitgangspunten voor de herinrichting van de structurele bekostiging. Denk hierbij aan:
  - Contractmodel: Welk model ligt ten grondslag aan de afspraken? Waardegedreven zorg, shared savings, uitkomstfinanciering of populatiebekostiging?
  - Contractfocus: Wordt met de verzekeraar een meerjarencontract afgesloten? Is er impulsfinanciering beschikbaar?
- b) De doelgroep. 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.
- c) De uitkomsten, indicatoren en meetinstrumenten. Deze zijn bepaald in Stap 3B. Van hieruit kan de stap gemaakt worden naar de financiering hiervan.
- d) De beloningscomponenten. Vaak bestaan de componenten uit volume, zorgkosten en investeringen.

Op basis hiervan kan een simulatie en impactbepaling plaatsvinden en kunnen vervolgens de financierings- en contractafspraken worden vastgesteld. Graag tippen we de [Factsheet Financieringsmogelijkheden Juiste zorg op de juiste plek](#) om te kijken naar passende mogelijkheden vanuit de beleidsregels.

### Invulling

#### a) Contractmodel en uitgangspunten voor de herinrichting van de financiering

In onderstaande figuur worden de mogelijke uitgangspunten van een contract weergegeven. Deze modellering geeft een goed aanknopingspunt voor 'het goede gesprek' tussen zorgaanbieder en zorginkoper.



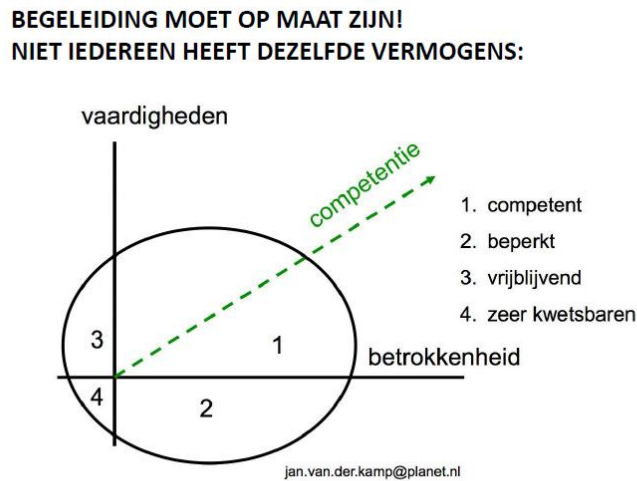
Figuur 8: Overzicht uitgangspunten voor financieringsmodel - Bron: Daniël Winkeler, Slingeland Ziekenhuis

Hiermee ontstaat een duidelijk beeld van de 'knoppen' waaraan gedraaid kan worden. In het proces kunnen afspraken gemaakt worden voor de transitiefase én een eindambitie. Zo wordt ook duidelijk welke gewenste ontwikkeling in de contractering nog nodig is. En kunnen partijen hierop gezamenlijk inzetten. In Bijlage 3 wordt deze modellering van de **uitgangspunten van een contract** verder toegelicht. In het kader van de Stimuleringsregeling E-health Thuis (SET) heeft VitaValley met een aantal 'tandems' van zorgaanbieders en zorginkopers geïnterviewd. [Dat leverde mooie inzichten en praktische tips op.](#) Tijdens deze gesprekken vroegen we hen de verschillende uitgangspunten van de contracten in kaart te brengen – op basis van het hierboven genoemde model. Hieruit blijkt dat er over het algemeen integraal gecontracteerd wordt, over meerdere jaren en niet gericht op een specifieke (e-health) interventie / doelgroep combinatie. Uitgangspunt hierbij is de gezamenlijke visie. Dat vraagt om vertrouwen en voortdurende dialoog.

Daarnaast is het **contractmodel** waarvoor gekozen wordt van belang: Welk model ligt ten grondslag ligt aan de afspraken? Waarde gedreven zorg, *shared savings*, uitkomstfinanciering en populatiebesteding. Het zijn veel gehoorde termen rondom de financiering van zorg. Maar wat betekenen de verschillende modellen en hoe kunnen ze worden gebruikt? Hierover kun je meer lezen in Bijlage 4.

## b) Doelgroep

De doelgroep van de interventie is bepaald in Stap 1. Verderop hebben we meer informatie opgenomen over de doelgroep bepalingen voor de ziektebeelden die centraal staan binnen de coalitie Vitaal Thuis: Ziekenhuiszorg Thuis en de Vliegwielen coalitie. 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.



Figuur 9: 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 3B. 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 in 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.

Wil je weten hoe Sensire én Menzis terugkijken op hun samenwerking in de afgelopen jaren en hoe ze samen nadenken over nieuwe vormen van bekostiging voor de komende jaren? Lees dan [hier](#) het interview terug.

## 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. Werken volgens het nieuwe zorgpad is uitdagend en 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? Mooi! 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.

## BIJLAGE 1 BELEIDSCONTEXT

### **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 (dichterbij 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. Deze geadviseerde aanpak heeft geleid tot de brede beweging van JZOJP. Uitkomsten en goede voorbeelden vind je terug op [de JZOJP website](#).

### **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**

Alle zorgverzekeraars zetten inmiddels in op 'de juiste zorg op de juiste plek' en op de inzet van digitale zorg – om dat doel te bereiken. Daarom staat [digitale zorg dominant in het zorginkoopbeleid voor 2022](#).

### **Stimuleren en versnellen van digitale zorg en e-health**

Vanaf 2018 zijn er op basis van de uitgangspunten in het regeerakkoord verschillende stimuleringsregelingen opgezet om digitale zorg op grote schaal te stimuleren en te versnellen.

Op [Zorgvannu](#) is hier meer informatie te vinden. Voor de komende jaren zijn er honderden miljoenen vrijgemaakt om door digitale innovatie de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek te versnellen.

Specifiek relevant met betrekking tot contractinnovatie zijn:

De Stimuleringsregeling e-health Thuis (SET): stimuleert opschaling en borging van het gebruik van bestaande e-health toepassingen voor ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking die thuis wonen. De SET is bedoeld voor aanbieders die zorg en ondersteuning thuis faciliteren, en samen met een inkoper aan de slag willen met het realiseren van meer gebruikers, structurele inbedding in het zorgproces en duurzame bekostiging van bestaande e-health toepassingen

Transformatiegelden uit hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg: In het budgettaire kader MSZ zijn extra middelen opgenomen (de zogenaamde transformatie-gelden) waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken kunnen maken over initiatieven die bijdragen aan de beweging richting Juiste Zorg Op de Juiste Plek (JZOJP).



## BIJLAGE 2 SPECIFIEKE INVULLING BIJ ZIEKTEBEELDEN

### Voor COPD

Cijfers uit 2010 van het RIVM lieten 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 jaren 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.

Beroepsgroep, onderzoekers, patiënten en zorgverzekeraars hebben 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, ligt 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.

Het ***Vliegwiel voor digitale transformatie in de zorg*** wil dat meer mensen de voordelen van goede digitale zorg kunnen ervaren. De Vliegwiel-coalitie ontwikkelt praktische tools, ondersteunt bij de implementatie en organisatie, deelt kennis en steunt onze missie. Iedereen kan een bijdrage leveren en zich aansluiten bij de coalitie. Lees meer [over het Vliegwiel](#).

Vliegwiel richt zich specifiek op de grootschalige inzet van telebegeleiding. Telebegeleiding biedt grote kansen voor patiëntvriendelijke, efficiënte en effectieve zorg. Het geeft patiënten meer eigen regie, beter zelfmanagement, gemak en verhoogt de kwaliteit van leven. De coalitie ontwikkelt [praktische tools](#) voor de implementatie en organisatie van telebegeleiding. Zoals de [Toolkit Slim Organiseren](#). [Lees meer over telebegeleiding](#).

Digitale keuzehulpen zorgen dat patiënten actief betrokken worden bij het nemen van belangrijke beslissingen over zijn of haar behandeling. Dit leidt tot meer patiënttevredenheid, hogere therapietrouw en doelmatig gebruik van zorg. [Lees meer over deze keuzehulpen](#).

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](#). Begin 2020 heeft Zilveren Kruis een zeer nuttig [webinar](#) gemaakt bedoeld voor zorgprofessionals over telebegeleiding bij chronisch hartfalen.

Op de website van [NVVC connect](#) is meer informatie en zijn regionale protocollen beschikbaar.

De Harteraad heeft de [keuzehulp Telebegeleiding bij hartfalen](#) ontwikkeld. Hiermee kunnen patiënten zien in welk ziekenhuis of centrum er een aanbod van telebegeleiding is.

### **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 15%. 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 kúnnen en wíllen 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:

- 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.
- Voor nefrologen bestaan er onzekerheden ten aanzien van budgetten, verantwoordelijkheden en kwaliteit van zorg wanneer de behandeling vanuit de kliniek naar huis verplaatst.
- 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.



De Taskforce Thuisdialyse heeft in maart 2019 haar [rapport](#) gepubliceerd met advies en aanbevelingen.

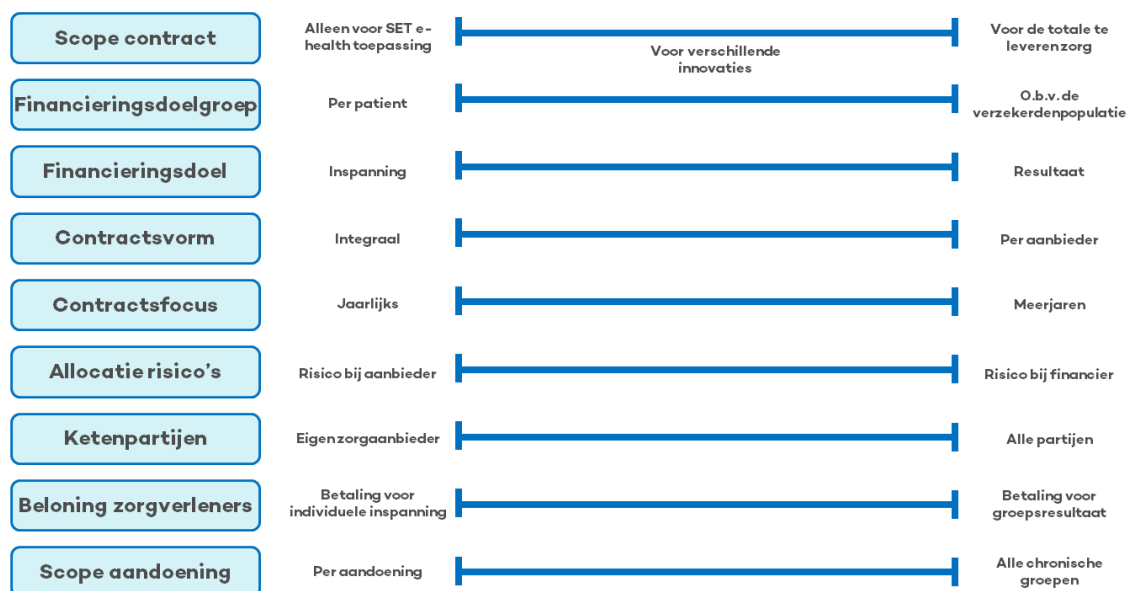
Ten aanzien van financiering adviseert de taskforce:

*Voor de bekostiging van de meerjarenafspraken zullen adequate prestaties vastgesteld moeten worden. Hierbij is het belangrijk dat de financieringsstructuur geen nega-tieve prikkels bevat voor de zorginstellingen, zorgprofessionals en/of patiënten. Daarnaast is het wenselijk dat de financieringsstructuur de samenwerking tussen centra en de 1e lijn faciliteert.*

Figuur 10: Huidige tarieven voor hemodialyse kennen een grote spreiding - Bron: Achmea contractprijzen 2014 via presentatie van Nefrovisie

## BIJLAGE 3 TOELICHTING BIJ UITGANGSPUNTEN VOOR HET MAKEN VAN CONTRACTAFSPRAKEN

In dit stappenplan contractering wordt een aantal uitgangspunten voor het maken van contractafspraken gegeven. In onderstaande figuur zijn deze uitgangspunten gemodelleerd. Deze modellering geeft een goed aanknopingspunt voor 'het goede gesprek' tussen zorgaanbieder en zorginkoper. Hieronder geven we een korte toelichting op de uitgangspunten.

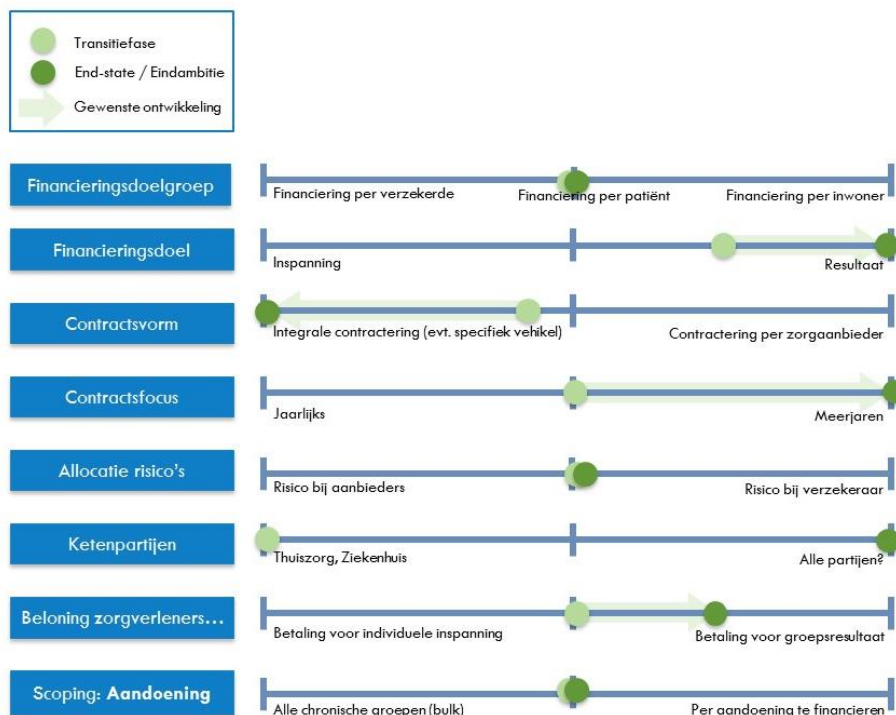


Figuur 11: Uitgangspunten voor het maken van contractafspraken

1. **Scope contract:** Dit gaat over de reikwijdte van het contract. Gaat het over een specifiek contract alleen voor de SET e-health toepassing, of maakt innovatie onderdeel uit van het contract voor de totale te leveren zorg?
2. **Financieringsdoelgroep:** Dit geeft aan waarop de financieringsafpraak is gebaseerd. Wordt de financiering gebaseerd op een prijs maal volume afspraak waarbij de aanbieder betaald krijgt per patiënt? Of is het een budgetafpraak die gebaseerd is op de totale populatie van de verzekeraar (cq. waarbij de financiering onafhankelijk is van het uiteindelijke aantal patiënten dat in zorg is)?
3. **Financieringsdoel:** Hierbij gaat het over de mate waarin het uiteindelijke resultaat (de kwaliteit van zorg of de uitkomsten van zorg) onderdeel uitmaakt van de financieringsafpraak.  
*Afspraken die gemaakt zijn op basis van inspanning gaan uit van het betalen van de geleverde zorg, ongeacht de bereikte resultaten. Wanneer de financiering afhankelijk is van het bereikte resultaat wordt (extra) betaald voor de bereikte kwaliteit of uitkomst. Hiervoor kun je zogenoemde 'pay-for-performance' of 'shared-savings' afspraken maken, waarbij de beloning dus afhankelijk is van de behaalde resultaten of besparingen.*
4. **Contractvorm:** Bij contractvorm hebben we het over afspraken die de mate beschrijven waarin de zorg integraal wordt geleverd en betaald. Veel contracten zijn nog gebaseerd op afspraken tussen één aanbieder en financier. Als zorg echter integraal (dus met meerdere aanbieders samen) geleverd wordt, kan het contract ook op dat niveau worden afgesproken, waarbij ook de betaling integraal kan plaatsvinden.
5. **Contractfocus:** Hier gaat het over de duur van het contract. Zijn er afspraken gemaakt over meerdere jaren of gaat het om een jaarcontract?

6. **Allocatie risico's:** In een contract worden ook afspraken gemaakt over mogelijke risico's en wie deze risico's draagt. Dus wat gebeurt er als de e-health toepassing uiteindelijk niet (volledig) geïmplementeerd wordt of als de kosten voor de implementatie hoger uitvallen dan verwacht? En wat als veel meer patiënten dan verwacht gebruik willen maken van de e-health toepassing? Welke afspraken heb je hierover gemaakt en bij wie ligt dit (financiële) risico?
7. **Ketenpartijen:** Vaak zijn meerdere ketenpartijen betrokken bij een succesvolle implementatie van de e-health toepassing. In het contract kunnen afspraken worden gemaakt met individuele aanbieders of met de ketenpartijen gezamenlijk. In hoeverre zijn ketenpartijen betrokken bij de contractafspraken? Of worden de contractpartijen met elke ketenpartij afzonderlijk gemaakt? Dit relateert aan de afspraken rondom de contractvorm waarbij het verschil met contractvorm is dat het echt gaat om het integraal betalen van de zorg, terwijl het hier gaat om in hoeverre afspraken zijn gemaakt met ketenpartijen rondom de implementatie van de e-health toepassing en dus niet specifiek de financiering van de e-health toepassing.
8. **Beloning zorgverleners:** In het contract kunnen ook afspraken gemaakt worden over de mate waarin het groepsresultaat van invloed is op de financiering. Is de financiering gebaseerd op de individuele inspanningen van aanbieders (geleverde prestaties) of speelt het groepsresultaat een rol?
9. **Scope aandoening:** Richt het contract zich op specifieke aandoeningen of doelgroepen of geldt het contract voor alle patiënten/cliënten aan wie zorg wordt geleverd? Ook dit is iets waarover afspraken kunnen worden gemaakt.

Door gezamenlijk (zorgaanbieder én zorginkoper) deze uitgangspunten te bespreken ontstaat een duidelijk beeld van de 'knoppen' waaraan gedraaid kan worden. In het proces kunnen afspraken gemaakt worden voor de transitiefase (wat willen we op korte termijn afspreken) én een eindambitie (waar willen we naar toe?). Zo wordt ook duidelijk welke gewenste ontwikkeling in de contractering nog nodig is. En kunnen partijen hierop gezamenlijk inzetten.



Figuur 12: Voorbeeld van uitgangspunten en gewenste ontwikkeling

## BIJLAGE 4 ALGEMENE TOELICHTING FINANCIERINGSMODELLEN

Waarde gedreven zorg, *shared savings*, uitkomstfinanciering en populatiebesteding. 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 vaak 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. Immers: *Als je blijft contracteren wat je contracteerde, krijg je wat je kreeg.*

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 dat 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 In-Beeld zorgprogramma Slingeland, Sensire, Menzis.*
- **Bundled Payments:**

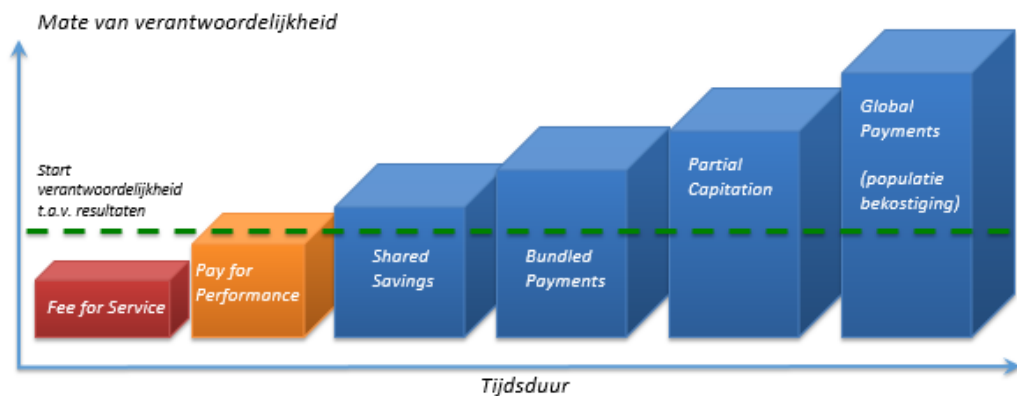
*Een vast bedrag voor de gehele zorgketen per patiënt. De zorgverleners krijgen hiermee een prikkel om de risico's vooraf goed te schatten en te beheersen, want tegenvallers komen voor hun rekening. Hier zijn hele goede 'kandidaten' voor, bijvoorbeeld geboortezorg (gehele verloskunde buiten en binnen 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 geïnccludeerde 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 <u>verzekerde</u> 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.

Het **Vliegwiel** voor digitale innovatie in de zorg wil dat meer mensen de voordelen van goede digitale zorg kunnen ervaren.

Bij het **National eHealth Living Lab (NeLL)** werken patiënten, zorgverleners, consumenten, studenten, wetenschappers, ondernemers, organisaties en instellingen samen om van e-health een effectief en geïntegreerd onderdeel van de zorg te maken.

*Vitaal Thuis, Vliegwiel en NeLL geven zo samen digitale innovatie in de zorg een boost.*

**Eindredactie:** Pasquelle van Ruiten en Pim Ketelaar, VitaValley. Met medewerking van Bettine Pluut van het Vliegwiel voor digitale transformatie en Margot Rakers van het NeLL.

**VitaValley** is een onafhankelijke netwerkorganisatie en realiseert sinds 2004 innovaties met grote impact op het werk van zorgprofessionals en op de gezondheid van veel burgers. We beogen een transitie van zorg naar gezondheid en als er toch zorg nodig is, dan zo veel mogelijk op de juiste plek.

Dit doen wij door middel van het opzetten van landelijke leernetwerken, het faciliteren van regionale themacoalities en het ontwikkelen van kennis- en innovatieprogramma's zoals Vitaal Thuis, SET-up, 2diabeat, Vitaal Leven en de VitaValley Academie.

Wij zijn een onafhankelijke netwerkorganisatie, vanuit het algemeen nut gericht op een gezond en vitaal Nederland. Stichting VitaValley is opgericht in 2004 en heeft in 2016 de status Algemeen Nut Beoogde Instelling (ANBI) verkregen.



**Zonneoordlaan 17**  
**6718 TK Ede**  
**0318 - 65 77 15**  
[info@vitavalley.nl](mailto:info@vitavalley.nl)