



Flim Projectmanagement in samenwerking met RVZ

Financiering en bekostiging van eHealth

Achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Consumenten-eHealth

Den Haag, 2015

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Consumenten-eHealth en Professionele eHealth	6
2.1	eHealth	6
2.2	Consumenten-eHealth	6
2.3	Professionele eHealth	7
3	Bekostiging en financiering ‘Consumenten-eHealth’	8
3.1	Verdienmodellen	8
3.2	Casuïstiek	9
3.2.1	Enmalige aanschaf en/of gebruikstarieven	9
3.2.2	Aanbieden van extra diensten	10
3.2.3	Datamining	10
3.3	Maatschappelijke kosten en baten van consumenten-eHealth	10
4	Bekostiging en financiering ‘Professionele eHealth’	12
4.1	Bekostiging professionele eHealth	12
4.2	Financiering eHealth	14
5	(Nog) meer ruimte voor eHealth door beleidsveranderingen	16
6	Financiering en bekostiging: Consumenten versus Professionele eHealth	19
6.1	Beredeneerd scenario: Telemonitoring hartfalen	20
6.1.1	Bekostiging reguliere zorg (zonder eHealth)	20
6.1.2	Bekostiging reguliere zorg (met professionele eHealth)	20
6.1.3	Bekostiging consumenten-eHealth	22
6.2	Beredeneerd scenario: gezondheidscheck obesitas	23
6.2.1	Bekostiging reguliere zorg (zonder eHealth)	23
6.2.2	Bekostiging reguliere zorg (met professionele eHealth)	23
6.2.3	Bekostiging consumenten-eHealth	24
7	Suggesties van de auteurs	26
	Bronnen	28

Samenvatting

Bekostiging en financiering zijn belangrijke voorwaarden voor implementatie en opschaling van eHealth en zijn tegelijk in de context van professionele eHealth een veelgenoemde (maar zeker niet de enige) barrière. Professionele eHealth wordt voornamelijk geïnitieerd door de zorgverlener. Voor eHealth geïnitieerd door de zorgvrager, in deze notitie consumenten-eHealth genoemd, lijkt deze barrière een minder grote rol te spelen. Er zijn (nieuwe) verdienmodellen die het voor marktpartijen interessant maken om hierin te investeren en voor zorgvragers om deze vormen van eHealth te gebruiken.

Ook voor professionele eHealth lijkt er voldoende ruimte om te investeren. Deze ruimte wordt tot op heden echter onvoldoende benut door zorgverleners en zorginkopende partijen (met name zorgverzekeraars). Door alle wijzigingen in bekostiging van zorg en ondersteuning die vanaf 2015 ingevoerd worden, neemt de ruimte voor financiering en bekostiging van eHealth verder toe.

Financiering en bekostiging van consumenten-eHealth en professionele eHealth staan nu nog grotendeels los van elkaar. Op termijn zullen de twee vormen van eHealth zich steeds meer vermengen, evenals de mogelijkheden voor financiering en bekostiging.

Consumenten-eHealth kan voor de korte termijn een aanjager zijn voor het gebruik van professionele eHealth. Aan de hand van twee beredeneerde scenario's (hartfalen en obesitas) wordt geschetst hoe dat zou kunnen plaatsvinden, met aandacht voor zowel de potentiële kosten als baten en de mogelijkheden om substitutie van reguliere zorg te stimuleren. Substitutie van reguliere zorg blijft een essentiële voorwaarde om de ruimte voor zowel consumenten-eHealth als professionele eHealth meer te benutten zonder dat dit leidt tot een forse stijging van de (collectieve) zorgkosten. Die noodzaak tot substitutie is tegelijk een belangrijke reden waarom zorgpartijen niet altijd de juiste incentives ervaren om de beschikbare ruimte in financiering en bekostiging ook actief te benutten.

De notitie sluit af met enkele suggesties om het gebruik van eHealth de komende jaren te stimuleren door maatregelen op het gebied van financiering, bekostiging en inkoop:

- meer kennis over financiering/bekostiging van eHealth benutten;
- meer financiële incentives voor veldpartijen voor het gebruik van eHealth (professioneel én consumenten);
- meer eigen budget en meer eigen verantwoordelijkheid voor zorgvragers;
- meer eHealth voor kwetsbare groepen ('lage SES').

De oplossing op langere termijn, met name voor de vermenging van consumenten-eHealth en professionele eHealth, is het vervangen van bekostiging gericht op behandelen door bekostiging gericht op uitkomsten in termen van gezondheid. Daarmee worden financiële incentives voor veel partijen gelijk(er) geschakeld. Dat is een stip op de horizon, ook voor grootschalige inzet van eHealth.

1 Inleiding

Deze achtergrondnotitie is ondersteunend aan het advies 'eHealth, zelfmanagement en gezondheidsvaardigheden', dat als centrale vraagstelling heeft:

Hoe ziet de opkomst van consumenten-eHealth er uit en welke transformatie gaat deze ontwikkeling teweegbrengen?

Deze centrale vraagstelling is het uitgangspunt voor deze achtergrondnotitie. Dat neemt niet weg dat eHealth een middel en geen doel is en meerwaarde moet hebben voor stakeholders, te beginnen bij burgers/zorgvragers zelf. De inhoud van deze notitie richt zich op het thema financiering en bekostiging als een belangrijke (maar zeker niet de enige) barrière om eHealth te implementeren en op te schalen.

Het primaire doel van deze notitie is om te komen tot enkele oplossingsgerichte aanbevelingen op het gebied van financiering en bekostiging die bijdragen aan de hoofdvraag van het advies.

Waarom een achtergrondnotitie over financiering/bekostiging

Financierings- en bekostigingsvraagstukken zijn vaak genoemd als barrière om eHealth te implementeren en op te schalen. Deze barrière geldt voor inzet van eHealth in veel bestaande processen gericht op ziekte, zorg en ondersteuning. Wellicht zal deze barrière (gedeeltelijk) verdwijnen doordat burgers/zorgvragers inzet van eHealth ten behoeve van hun gezondheid zelf gaan initiëren en zorgverleners/-instellingen daarop moeten aanhaken.

Hoofdpijnen

Deze achtergrondnotitie biedt overzicht op hoofdpijnen als het gaat om financiering en bekostiging van eHealth. Het systeem van financiering en bekostiging van zowel professionele eHealth als consumenten-eHealth is te veelomvattend en complex om deze tot in detail in kaart te brengen. Het is daarnaast ook een kwestie van creativiteit en ondernemerschap van betrokken partijen om nieuwe mogelijkheden voor financiering en bekostiging te vinden en te benutten.

Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk beschrijft de begrippen 'eHealth', 'consumenten-eHealth' en 'professionele eHealth'. Hoofdstuk 3 gaat in op de verdienmodellen van consumenten-eHealth. Hoofdstuk 4 geeft een kort overzicht van de bekostiging en financiering van professionele eHealth en hoofdstuk 5 benoemt beleidsveranderingen die nieuwe kansen bieden voor de bekostiging en financiering van eHealth. Hoofdstuk 6 bevat twee beredeneerde scenario's die enig inzicht geven in de potentiële kosten, baten en mogelijkheden om substitutie van reguliere (*face to face*) zorg door eHealth te bevorderen. Het laatste hoofdstuk bevat vier suggesties voor een meer proactieve rol van de overheid bij het stimuleren van eHealth door inzet van instrumenten op het gebied van bekostiging en financiering.

2 Consumenten-eHealth en Professionele eHealth

In deze achtergrondnotitie komen verschillende begrippen rondom eHealth aan de orde. Dit hoofdstuk bevat een nadere toelichting van de centrale begrippen 'eHealth', 'consumenten-eHealth' en 'professionele eHealth'. Deze omschrijving dient daarbij als kader voor de verdere notitie.

2.1 eHealth

Deze achtergrondstudie hanteert de volgende definitie van eHealth:

“het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën en met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren”.
(RVZ, 2002)

Met betrekking tot de financiering en bekostiging van eHealth zien beleidsmakers eHealth vaak als:

“... een (digitale) variant om zorg en welzijn te leveren, niet als een nieuwe vorm van zorg of welzijn”.
(CVZ, 2011)

Dit standpunt is het kader waarbinnen overheidsinstanties (met name NZa, Zorginstituut Nederland, ZonMw en het ministerie van VWS) naar bekostiging van eHealth als onderdeel van het zorgaanbod kijken. Paragraaf 4.1 ('bekostiging eHealth') gaat hier nader op in.

In lijn met het advies maken we binnen het ruime begrip eHealth onderscheid tussen consumenten-eHealth en professionele eHealth. Vooral de opkomst van consumenten-eHealth zou kunnen leiden tot nieuwe vormen van zorg of welzijn. Het hierboven genoemde standpunt eHealth van CVZ (nu: Zorginstituut Nederland) doet geen expliciete uitspraak over de bekostiging van consumenten-eHealth als onderdeel van nieuwe manieren om gezondheid, zorg en ondersteuning te organiseren. Deze ontwikkeling en vooral de mogelijke consequenties voor bekostiging en financiering van gezondheid en zorg is een belangrijk onderdeel van deze achtergrondnotitie.

2.2 Consumenten-eHealth

Het kenmerk van *consumenten e- en mHealth* is dat deze direct op de consumentenmarkt gericht is en niet op de professionele markt. De producten en diensten vinden hun weg naar de consument/patiënt niet via de 'medische kanalen', maar deze richten zich direct op de consument/patiënt. Voorbeelden van dit soort producten en diensten zijn *lifestyle gadgets*, apps voor de smartphone, gezondheidsplatforms en Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD). Voor de toekomst valt te denken aan smartphone add-ons en toepassingen als slimme contactlenzen en chipmedicatie. Kenmerkend voor deze toepassingen is het feit dat ze inspelen op de (latente) behoefte van consumenten. Professionele zorgaanbieders zijn nauwelijks betrokken bij aanschaf of gebruik.

Consumenten-eHealth is eHealth waarbij het vraagstuk van financiering en bekostiging vooral ligt bij de zorgvrager/burger en/of partijen die de burger diensten bieden. De burger betaalt hierbij rechtstreeks voor aanschaf en gebruik (eventueel via abonnementen) of de diensten zijn onderdeel

van businessmodellen van partijen voor wie het meerwaarde heeft als burgers deze diensten gebruiken. Het scala aan partijen die in het servicemodel de rol hebben van leverancier of financier kan zeer uiteenlopend zijn: van werkgevers, woningbouwverenigingen, ICT/Telecom-providers of retailbedrijven tot de landelijke of regionale overheid of bijvoorbeeld pensioenfondsen, (zorg)verzekeraars of zorginstellingen. Deze laatste categorieën tonen al aan dat consumenten-eHealth en professionele eHealth geen volledig gescheiden werelden betreffen.

2.3 Professionele eHealth

We gebruiken de term *professionele eHealth* voor eHealth die door, voor of met zorgaanbieders is ontwikkeld en toegepast. Zij zijn in de relatie met de patiënt verantwoordelijk. Het gaat hierbij om toepassingen die vaak al geruime tijd beschikbaar zijn zoals elektronisch afspraken maken, e-mailen met zorgverleners, telezorg en zorg op afstand.

Financiering en bekostiging van de inzet van professionele eHealth is direct gekoppeld aan financiering en bekostiging van zorgaanbieders of zorginstellingen. Wet- en regelgeving als Zorgverzekeringswet (Zvw), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)/Wet langdurige zorg (Wlz) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) bieden belangrijke kaders voor bekostiging van activiteiten in het zorgsysteem. De focus voor bekostiging ligt vooral op vergoedingen voor de tijd en middelen die professionals besteden aan behandelingen (via overhead) op bekostiging van middelen van zorginstellingen zoals aanschaf, beheer en onderhoud van gebouwen, inrichting, medische apparatuur en ICT. Het perspectief van de burger met betrekking tot bekostiging/financiering beperkt zich hierbij tot de eigen bijdragen en/of het eigen risico. Daarmee is de burger ook minder sturend in de beslissing om eHealth te gebruiken dan in consumenten-eHealth.

3 Bekostiging en financiering ‘Consumenten-eHealth’

Dit hoofdstuk gaat nader in op bekostiging en financiering van consumenten-eHealth. Paragraaf 3.1 benoemt verdienmodellen bij verschillende soorten businessmodellen. De volgende paragraaf licht deze verdienmodellen verder toe aan de hand van een aantal voorbeelden. Paragraaf 3.3 geeft vervolgens een beschouwing en gaat verder in op de maatschappelijke kosten en baten van consumenten-eHealth.

3.1 Verdienmodellen

Een verdienmodel is een onderdeel van een businessmodel en gaat over hoe een bedrijf meerwaarde, in de meeste gevallen geld, creëert (Indora 2014). Een businessmodel is breder gedefinieerd en gaat over hoe een bedrijf ervoor zorgt dat ze met het gekozen verdienmodel geld kunnen verdienen. Hierbij wordt bijvoorbeeld gekeken naar het product waar een bedrijf waarde mee creëert en de positie ten opzichte van leveranciers, afnemers en concurrenten.

Er bestaan verschillende verdienmodellen voor consumenten-eHealth. De vraag hierbij is steeds welke partij er precies geld verdient of anderszins waarde haalt uit de toepassing. Hieronder staan een aantal voorbeelden van verdienmodellen. Deze voorbeelden bieden echter geen volledig overzicht van alle mogelijke verdienmodellen op dit gebied aangezien in deze creatieve markt continu nieuwe modellen ontstaan. Het geeft echter wel een beeld op welke manier een organisatie meerwaarde kan creëren door het aanbieden van consumenten-eHealth.

Ten eerste, zijn er businessmodellen die direct op de consument gericht zijn, ook wel *business to consumer* (B2C) genoemd. Verdienmodellen die hierbij passen zijn bijvoorbeeld de verkoop van devices, apps, toepassingen of diensten direct aan de consument, via eenmalige aanschaf dan wel via een abonnementsvorm. Andere modellen kunnen gericht zijn op inkomsten uit gebruikerskosten of door de consument te laten betalen voor upgrades. Een toepassing zou ook gratis aangeboden kunnen worden aan de consument doordat het verdienmodel gebaseerd is op advertenties of een derde partij die het gebruik van de toepassing door de consument voor hem betaalt. Een dergelijke partij zou bijvoorbeeld een zorgaanbieder, werkgever of zorgverzekeraar kunnen zijn.

Andere businessmodellen vormen een combinatie van *business to business* (B2B) en *business to consumer* (B2C): *business to business to consumer* (B2B2C). Voorbeelden van verdienmodellen die hierbij horen zijn het aanbieden van extra diensten zoals juridische, technische of medische support door middel van *callcenters*. Een bedrijf dat een bepaalde toepassing ontwikkeld heeft, huurt daarbij een *callcenter of servicecenter* in met technische of medische specialisten die een extra dienst gekoppeld aan de toepassing aan kunnen bieden. Zo verdienen beide bedrijven aan het gebruik van de toepassing. Bij dit soort diensten valt ook te denken aan de combinatie van zorg met andere dienstverleningen zoals boodschappenservices of huishoudelijke hulpen.

Een ander verdienmodel dat een steeds belangrijkere rol zal gaan spelen is het verkopen van data verzameld door inzet van verschillende eHealth-toepassingen. Door *datamining* – “*het gericht zoeken naar (statistische) verbanden in grote hoeveelheden data, om bijvoorbeeld profielen op te stellen of om wetenschappelijke onderzoeken te vergelijken en te herinterpreteren*” (Ottenheim & Jacobs 2014) – kan waardevolle data verzameld en verkocht worden aan andere partijen voor verschillende

doeleinden. Ook kunnen algoritmes ontwikkeld worden om uit deze data relevante kennis te verkrijgen. Deze kennis kan vervolgens ook verkocht worden.

Verder is een mogelijk verdienmodel het verkopen van platformlicenties waarbij een bedrijf een bepaald bedrag moet betalen om producten aan te bieden aan de consument op het platform van een ander bedrijf. Zo betaalt een individuele app-ontwikkelaar bijvoorbeeld \$ 99,- per jaar om apps uit te kunnen brengen in Apple's appstore (Apple 2014).

3.2 Casuïstiek

De volgende paragrafen bevatten enkele voorbeelden om verdienmodellen nader toe te lichten.

3.2.1 Eenmalige aanschaf en/of gebruikstarieven

Een verdienmodel zoals hierboven beschreven, is het eenmalig aanschaffen van een apparaat, app of andere dienst door de consument of door een derde partij voor de consument. Naast de eenmalige aanschaf kunnen ook gebruikstarieven of abonnementskosten gehanteerd worden. Hieronder zijn twee toepassingen omschreven ter illustratie van dit verdienmodel. Bij het eerste voorbeeld is de consument voornamelijk degene die de toepassing betaalt, het tweede voorbeeld laat zien dat dit ook een andere partij kan zijn.

mHealth app voor op een smartphone (consument betaalt voornamelijk)



De app 'IN-BALANZ' is een voorbeeld van een gratis app voor mensen die een onregelde ademhaling hebben. Wanneer de gebruiker een paniek-, angst- of hyperventilatieaanval heeft kan hij op de paniekhendel drukken, waarna een aantal ademhalingsoefeningen doorlopen kunnen worden. Naast deze paniekhendel is binnen de gratis app ook een compleet opgebouwde ademtherapie/training van 80 dagen te downloaden voor € 5,49.

De app '7 min workout' is een voorbeeld van een app die je als consument voor € 1,79 in de appstore kunt aanschaffen. Binnen deze app zitten drie standaard workoutprogramma's en een aantal extra workoutsessies die je kunt verdienen door veel te trainen of die je kunt aanschaffen voor € 0,89 per sessie.



Inkomstenbronnen voor mHealth app-ontwikkelaars zijn aangeboden diensten (29%), betaalde downloads (24%), verkoop van devices (21%), in app-advertising (17%), in app-aankopen (5%) en transacties (bijvoorbeeld het verkopen van medicijnen) (4%) (Research2guidance 2014). Voorbeelden van aangeboden diensten binnen een app zijn diagnose op afstand op basis van ingezonden foto's, mogelijkheden tot het delen van een scan met vrienden of fitnessmonitoringsprogramma's van bedrijven voor hun werknemers (Research2guidance 2014). De game-industrie maakt veel gebruik van in-app aankopen om bijvoorbeeld gemakkelijker naar een volgend level te kunnen gaan. In de appstore van Apple staan momenteel nog amper gezondheidsapps in de top 100 lijst van apps die het meeste opbrengen. De kans is echter groot dat dit de komende jaren zal gaan veranderen met de opkomst van Apple's HealthKit.

Voorbeeld 1 geeft aan dat aan een op het eerste oog gratis app toch te verdienen is door middel van in-app aankopen. Deze in-app aankopen zijn ook in het tweede voorbeeld te zien, met als verschil dat

je door bepaalde gratis oefeningen vaak uit te voeren ook kunt sparen voor de betaalde extra workouts. Een belangrijke randvoorwaarde voor alle apps is het bezit van een smartphone of tablet met internet om de app te kunnen downloaden en gebruiken.

Beide voorbeelden zou een consument zelf aan kunnen schaffen, eventueel op aanraden van een arts. In de literatuur wordt de rol van de verzekeraar omtrent het bekostigen van mHealth-apps meerdere keren genoemd. Zo zou een verzekeraar in geval van preventie haar cliënten specifieke mHealth-toepassingen kunnen aanbevelen welke gezond gedrag bevorderen, zoals de '7 min workout'. In ruil voor het gebruik hiervan kunnen zij een beloning uitkeren zoals een vergoeding voor de voorgestelde gezondheidsapp of een gratis smartphone (Europese commissie 2014). Naast de zorgverzekeraar kan een partner, bijvoorbeeld een farmaceutisch bedrijf, ook een app betalen. Dit zou kunnen gebeuren in het kader van een bestaande behandeling (Europese commissie 2014).

Fitbit (werkgever betaalt)

In de Verenigde Staten zijn momenteel een aantal bedrijven waarbij werkgevers een gratis Fitbit aan hun werknemers geven ten behoeve van een gezondheidsprogramma. In dit programma kunnen werknemers voor korting sparen op hun zorgverzekering. Door werknemers te stimuleren meer te bewegen kunnen werkgevers uiteindelijk besparen op zorgkosten. Volgens de CEO James Park van Fitbit is dit een van de snelst groeiende businessonderdelen van Fitbit (Olson en Tilley 2014). Door verschillende van dit soort producten en diensten aan elkaar te koppelen kunnen toepassingen een grote betekenis gaan krijgen binnen de gezondheidszorg.

3.2.2 Aanbieden van extra diensten

Tegenwoordig bieden steeds meer marktpartijen een Persoonlijk Gezondheidsdossier (PGD) aan waarin burgers gezondheidsgegevens van zichzelf kunnen bijhouden. Binnen een PGD kunnen ook extra diensten zoals medische ondersteuning aangeboden worden. Een PGD aanbieder kan bijvoorbeeld medische specialisten in dienst nemen die via een callcenter vragen kunnen beantwoorden van burgers over hun ingevulde gegevens uitkomsten hiervan. Het verdienmodel van een PGD is hierbij gericht op inkomsten uit deze extra diensten. Een consument kan bijvoorbeeld gratis gebruik maken van het PGD, maar moet betalen om gebruik te kunnen maken van extra diensten zoals medische ondersteuning of advies.

3.2.3 Datamining

Een voorbeeld van een toepassing waarbij het verdienmodel gericht is op het verkopen van data is Practice Fusion. Dit is een EPD voor huisartsen en een PGD voor patiënten, waarbij huisartsen de mogelijkheid hebben om labuitslagen door te sturen en medicijnen te bestellen. Het gebruik van Practice Fusion is gratis voor huisartsen en patiënten. Bekostiging vindt plaats door het verkopen van geanonimiseerde data aan verzekeraars en farmaceutische bedrijven.

3.3 Maatschappelijke kosten en baten van consumenten-eHealth

Het gebruik van consumenten-eHealth heeft de potentie om positief bij te dragen aan het reduceren van zorgkosten. Door het langer monitoren van patiënten in de thuissituatie neemt het aantal bezoeken aan de eerste hulp af. Dat geldt ook voor het aantal ziekenhuisopnames en opnames in verzorgingshuizen (VWS 2014a). Het reduceren van kosten voor ziekenhuisopname en de verblijfsduur komen ook als een van de grootste positieve invloeden van het gebruik van mHealth-

apps naar voren (Research2guidance 2014). Uit dit onderzoek blijkt tevens dat kosten zijn te besparen op het gebied van therapietrouw.

De baten slaan echter momenteel voornamelijk neer bij de aanbieders van consumenten-eHealth. PwC en GSMA (2012) rapporteren de verwachting dat mobiele providers de meeste baten hebben bij de groeiende mHealth-markt (beheersen 48% aandeel van de totale markt in Europa), vooral door monitoringsdiensten. Na de mobiele providers worden verkopers van mobiele apparaten (31%), *content/application players* (15%) en zorgverleners (6%) als partijen genoemd waar baten neer kunnen slaan. De minste baten werden voor zorgverleners gerapporteerd aangezien de baten voor deze partij vooral van de diagnose-apps afkomstig zijn en deze markt klein is in Europa door de goede beschikbaarheid van artsen. In het voorbeeld van paragraaf 3.2.2 wordt medische ondersteuning aangeboden door middel van callcenters. Wanneer meer burgers hiervan gebruik gaan maken, zullen bij de aanbieders van deze callcenters ook een groot deel van de baten neerslaan.

Ondanks de positieve verwachtingen van de baten van consumenten-eHealth, valt nog te bezien in hoeverre deze positieve effecten op het reduceren van de zorgkosten ook daadwerkelijk plaats zullen vinden in de praktijk. Deze effecten zijn immers vooral te bereiken als consumenten-eHealth reguliere zorg vervangt en/of voorkomt en niet aanvullend hierop is. Als dit soort toepassingen aanvullend worden gebruikt zullen de zorgkosten alleen maar verder stijgen. Bovendien bestaat de kans dat de zorg duurder wordt door medicalisering. Een belangrijke vraag bij de opkomst van consumenten-eHealth is dan ook: hoe kun je ervoor zorgen dat de maatschappij ook wat aan de baten heeft, zonder dat de kosten van de zorg verder exploderen?

Hiernaast is het belangrijk dat de baten ook ten goede komen aan kwetsbare groepen in de samenleving. Niet elke consument is in staat om bepaalde toepassingen aan te schaffen. Op dit punt is ook een aanbeveling geformuleerd.

4 Bekostiging en financiering ‘Professionele eHealth’

Bekostiging versus financiering

De term bekostiging wordt vaak gebruikt in de context van vergoeding van zorg en ondersteuning als geleverd omschreven in wet- en regelgeving als ZVW, AWBZ/WLZ, WMO.

De term financiering is breder: In breedste zin het aanwenden en benutten van financiële middelen voor een bepaald doel. Dit doel kan in dit geval gebruik van eHealth zijn, maar ook (door)ontwikkeling, bewijslast vergaren, testen, implementeren of opschalen.

4.1 Bekostiging professionele eHealth

We gebruiken de term professionele eHealth voor eHealth die door, voor of met zorgaanbieders is ontwikkeld en toegepast. Het standpunt van het Zorginstituut, ook gehanteerd door de NZa, is een belangrijk kader voor bekostigingsvraagstuk in de context van Zvw en Wlz en geeft aan dat eHealth meestal *“een (digitale) variant is om zorg en welzijn te leveren, geen nieuwe vorm van zorg of welzijn”* (CVZ 2011). Dit standpunt heeft echter alleen betrekking op de vraag of eHealth verzekerde zorg is, waarbij gekeken wordt naar het wat (inhoud en omvang) en het wanneer (effectiviteit naar indicaties) van de zorg. Zorgverzekeraars en zorgverleners maken binnen dit kader afspraken hoe (op welke wijze, waar en door wie) de zorg wordt verleend. Over deze rolverdeling tussen overheid en veldpartijen bestaat nog veel onduidelijkheid als het gaat om bekostigingsvraagstukken op het gebied van eHealth.

Ook kan integratie van eHealth in de praktijk wel leiden tot nieuwe (organisatie)vormen van zorg, bijvoorbeeld omdat de wijze waarop (bijvoorbeeld met inzet van een *online device*), door wie (bijvoorbeeld verpleegkundig specialist) en/of waar (bijvoorbeeld thuis) de zorg geleverd wordt, geheel of gedeeltelijk anders is dan bij professionele zorg zonder inzet van eHealth. Dit hoeft niet te leiden tot nieuwe vormen van bekostiging van zorg en is (waar mogelijk) onderdeel van professionele zorg.

Ehealthfinanciering.nl

Vanuit het veld komt vaak de roep dat bekostiging van eHealth een knelpunt is, terwijl op beleidsniveau de mening is toegedaan dat het stelsel volop ruimte biedt, die echter nog onvoldoende benut wordt. Het initiatief www.ehealthfinanciering.nl van Zorg voor innoveren¹ is mede geïnitieerd om een vertaalslag te maken tussen beleid en praktijk als het gaat om de mogelijkheden voor bekostiging (en financiering) van eHealth.

¹ Doel van Zorg voor innoveren is zorgvernieuwers faciliteren zodat zij het innovatieproces zelfstandig en snel kunnen doorlopen. Daar staat Zorg voor innoveren voor. Binnen Zorg voor innoveren werken vier overheidsorganisaties: het Zorginstituut Nederland (voorheen CVZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en ZonMw.

De bekostiging van zorg is complex en gefragmenteerd. Verschillende typen zorgactiviteiten hebben binnen wetgevendende kaders van Zvw, AWBZ (in 2015: Wlz) en ook WMO verschillende prestaties en tarieven. Om inzicht te geven in de positie van eHealth als onderdeel van bekostiging van zorg in de context van de Zvw en AWBZ/Wlz is op www.ehealthfinanciering.nl de NZa bekostigingswijzer opgesteld.

NZa bekostigingswijzer

Elk type aanbod van zorg heeft een eigen bekostigingssystematiek. Dat betekent dat het afhankelijk is van het type verleende zorg welke mogelijkheden er zijn om eHealth in te zetten bij de organisatie van te verlenen zorg. Zo wordt bijvoorbeeld een email- of video-consult voor huisartsenzorg anders bekostigd dan voor medisch specialistische zorg of thuiszorg. Voor meer informatie:

<http://www.ehealthfinanciering.nl/bekostiging-van-e-health/toelichting>

De NZa streeft ernaar om zorgprestaties in functionele termen te omschrijven. Dat biedt veel ruimte voor zorgverleners en zorgverzekeraars/-kantoren voor eigen initiatief om (op basis van *business cases*), specifieke keuzes te maken ten aanzien van de organisatie van zorg (en dus ook inzet van eHealth).

Inkoop zorg en ondersteuning

Een belangrijke stimulerende rol als het gaat om het gebruik van eHealth door zorgprofessionals is in de zorgverzekeringswet weggelegd voor zorgverzekeraars. Zij worden in het stelsel geacht om via hun inkoopbeleid namens hun klanten/leden sturing te geven aan beschikbaarheid van gewenste zorg.

Bij inkoop van zorg maken zorgverzekeraars steeds vaker expliciete afspraken met zorgverleners over inzet van eHealth en/of attenderen zorgverleners om zelf de ruimte te benutten om eHealth in te zetten. Ter illustratie: informatie uit 2013 van zorgverzekeraar Achmea over de voorwaarden om eHealth in te kopen of als innovatie te ondersteunen.

<http://www.ehealthfinanciering.nl/bekostiging-zorg-en-welzijn/wie-doet-wat/10-bekostiging-zw/25-zorgverzekeraars>

Daarnaast bevat de volgende website inzicht in de wijze waarop Achmea in de documenten voor zorginkoop in 2014 aandacht besteedde aan eHealth:

<http://www.ehealthfinanciering.nl/financiering-ehealth/zorginkoop-2014>

Voor het WMO gedeelte is er een grote rol weggelegd voor gemeenten. Gemeenten krijgen per 2015 diverse nieuwe taken en gaan afspraken maken over gebruik van ICT en eHealth via hun inkoop- en aanbestedingsprocessen. Ook omdat gemeenten in hoge mate autonoom zijn bij het formuleren van voorwaarden voor inkoop van WMO-activiteiten zullen de ervaringen in 2015 een eerste inzicht geven in de wijze waarop gemeenten toepassing van eHealth (bijvoorbeeld via zorginkoop) komende jaren stimuleren. Vanaf 2015 zal www.ehealthfinanciering.nl ook aandacht besteden aan de ruimte voor eHealth in het inkoopbeleid van gemeenten.

Ontschotting/Integrale bekostiging

Tussen en binnen de wetgevende kaders van de Zvw, AWBZ/Wlz en WMO wordt vaak gesproken over het knelpunt van de schotten tussen zorgactiviteiten die vanuit het aanbod apart zijn omschreven, maar vanuit de zorgvraag in de dagelijkse praktijk vaak samenkomen. Hierbij komt vaak de term integrale bekostiging aan de orde. Het combineren van bekostiging met elementen van Zvw, AWBZ/Wlz en WMO is mogelijk, maar in de praktijk blijkt dit moeilijk realiseerbaar door de uiteenlopende regelgeving, verschillende inkopende partijen, regionale afspraken etcetera. Theoretisch zit hier bewegingsruimte, maar vanuit het perspectief van de zorgvrager is hier nog een wereld te winnen.

4.2 Financiering eHealth

Financiering is breder dan bekostiging. Het gaat in bredere zin om het aanwenden en benutten van financiële middelen voor een bepaald doel. Dat doel kan betrekking hebben op de inzet van eHealth als onderdeel van reguliere gezondheidszorg, maar kan ook betrekking hebben op activiteiten om een eHealth toepassing onderdeel te (gaan) maken van regulier bekostigde gezondheidszorg, zoals:

- ontwikkeling, onderzoek, test, pilot
- bewijslast verzamelen
- implementatie en opschaling

Voor meer achtergrondinformatie – zie <http://www.ehealthfinanciering.nl/financiering-ehealth>

De financiële middelen voor deze doelen kunnen uit een veelheid van bronnen komen, publiek en privaat. Een overzicht van mogelijkheden²:

- investeren met **eigen financiële middelen**, of met gezamenlijke financiële middelen met partners in een samenwerkingsverband.
- **regionale** stimuleringsmogelijkheden, afhankelijk van de provincie en/of gemeente.
- een overzicht van subsidies en financieringsregelingen vindt u in de subsidiewijzer van de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland (RVO).
- ZonMw heeft diverse **subsidie**programma's voor vernieuwingen in de gezondheidszorg waarin ruimte is voor eHealth. Raadpleeg hiervoor de subsidiekalender.
- ook kunt u Europese stimuleringsmogelijkheden benutten. Europese subsidiemogelijkheden vindt u bijvoorbeeld op de website van de Europese commissie.
- **privaat** geld van banken, leningverstrekkers en maatschappelijke investeerders.
- **innovatiefondsen**, o.a. van zorgverzekeraars zoals Achmea, De Friesland Zorgverzekeraar, CZ, Fonds NutsOhra.
- fondsen gericht op specifieke doelgroepen zoals ouderen. Gezondheidsfondsen; o.a. Aids Fonds, Epilepsie Fonds (wetenschappelijke onderzoek), Hersenstichting Nederland, KWF Kankerbestrijding, Longfondsen, Nederlandse Brandwonden Stichting, Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting en het Reumafonds.
- *crowdfunding*³

² <http://www.ehealthfinanciering.nl/financiering-ehealth/ontwikkeling-test-pilot/8-basisinformatie/49-financieringsbronnen>

³ <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/nieuws/878/crowdfunding-vindt-de-weg-in-zorginnovatie>

Ook bieden verschillende private partijen websites en nieuwsbrieven aan op het gebied van subsidies. De zorgsubsidiekalender is hier een voorbeeld van.

5 (Nog) meer ruimte voor eHealth door beleidsveranderingen

Het zorgstelsel is continu aan verandering onderhevig. In 2014 en 2015 vinden grote veranderingen plaats in regelgeving en bekostiging van gezondheid, zorg en ondersteuning. Deze wijzigingen en transities creëren nieuwe ruimte en bieden dus kansen voor inzet van eHealth.

Het is echter niet vanzelfsprekend dat veldpartijen deze ruimte en kansen benutten. De aandacht kan (en zal) de eerste periode uitgaan naar de impact van de wijzigingen en transities op de bestaande organisatie. Dit kan leiden tot een 'pas op de plaats' als het gaat om innovatie. Tegelijk zijn de wijzigingen en transities bij uitstek een goed moment om organisatie en processen slimmer in te richten en meer gebruik te gaan maken van de digitale mogelijkheden die beschikbaar zijn.

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht van relevante recente beleidswijzigingen gegeven, grotendeels ook genoemd in de kamerbrief 'e-Health en zorgverbetering' van de minister en staatssecretaris van VWS begin juli 2014. Het overzicht is niet uitputtend en het voert te ver om per beleidswijziging uitgebreid toe te lichten waar de nieuwe ruimte voor eHealth zit en hoe die te benutten. Dat laatste is soms ook nog niet helemaal duidelijk, ook niet voor de doelgroep(en) waarop meerdere beleidswijzigingen betrekking hebben, zoals gemeenten of huisartsen. Het inzichtelijk(er) maken van de mogelijkheden om de nieuwe ruimte voor eHealth meer te benutten is mede daarom één van de aanbevelingen in hoofdstuk 7 van deze notitie.

- **Nieuwe bekostiging generalistische basis GGZ, gespecialiseerde GGZ**

Quotes (Rijksoverheid 2014):

"Sinds 2014 valt de zorg voor mensen met een lichte tot matige psychische aandoening onder de basis GGZ. Een behandeling binnen de Basis GGZ kan bestaan uit:

- *Gesprekken met onder andere een psycholoog, psychotherapeut of psychiater.*
- *Een vorm van e-Health (e-Health zijn programma's op internet). Hiermee krijgt u hulp bij uw psychische problemen.*
- *Een combinatie van gesprekken en e-Health."*

In 2020 moet er een derde deel minder bedden in GGZ-instellingen zijn dan in 2008.

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders werken hierbij regionaal samen om dit te bereiken.

- **Integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg**

Quote (VWS 2013):

"Aan de hand van integrale tarieven kan door verzekeraars en instellingen worden onderhandeld over het gehele zorgproduct met maximaal flexibele inzet van arbeid en kapitaal. Dit leidt ertoe dat zorgaanbieders meer vrijheid en ruimte krijgen om de zorg en het financieren daarvan optimaal in te richten, rekening houdend met kwaliteit en toegankelijkheid."

- **Bekostiging huisartsenzorg:**

Quote (LHV/Ineen/ZN/VWS 2014):

“Op het vlak van E-health zal de NZa een open prestatie vaststellen, waarin zelfmanagement en digitale behandelvormen als domeinen worden benoemd.

Verder zal de NZa de prestatie ‘meekijkconsult’ vaststellen. Dit betreft een ruim geformuleerde prestatie die de mogelijkheid biedt aan groepen huisartsen die aan de slag willen om een meekijkconsult in de eerste lijn op te zetten onder regie van de huisarts.” (p.2/3)

- **Toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging**

Quote (VWS 2014a):

“Het toekomstige bekostigingsmodel voor verpleging en verzorging zal ruimte bieden voor resultaatbeloning. Daarnaast zal de zorgaanbieder een vast (integraal) bedrag ontvangen voor de te leveren zorg waarbinnen de zorgverlener naar eigen inzicht kan handelen. Binnen dit integrale tarief is voldoende ruimte voor de toepassing van eHealth.” (p.7)

- Door **meerjarige zorginkoopcontracten** binnen Wlz wordt het gemakkelijker om meerjarige investeringen in innovaties te doen.

Quote (VWS 2014a):

“Ook wordt het mogelijk om meerjarige zorginkoopcontracten overeen te komen. Hierdoor wordt het makkelijker om meerjarige investeringen te doen en te innoveren.” (p.7)

- Vanuit de cliënt kan innovatie gestimuleerd worden door wettelijke verankering van **Volledig Pakket Thuis en het PGB**.

Quote (VWS 2014a):

“... worden het Volledig Thuis Pakket (vpt) en het Persoonsgebonden Budget (PGB) wettelijk verankerd waardoor de cliënt meer aan het roer staat en zo vanuit de cliënt innovatie in de zorg wordt gestimuleerd.” (p.7)

- Ruimte voor **innovatie vanuit de cliënt** in WMO

Quote (VWS 2014a):

“... innovatie vanuit de cliënt gestimuleerd. Als een groep cliënten en/of zorgprofessionals denkt de zorg beter te kunnen organiseren dan het door de gemeente gecontracteerde aanbod van een zorginstelling, moeten ze daar de mogelijkheid voor krijgen.” (p.7)

- Private initiatieven: bijvoorbeeld **‘Health impact bonds’**.

Quote (VWS 2014a):

“Er ontwikkelen zich ook nieuwe financieringsmodellen, die op een geheel andere leest zijn geschoeid. Een voorbeeld hiervan zijn ‘health impact bonds’. Wij zullen indien nodig ruimte in het stelsel bieden voor dergelijke nieuwe initiatieven.” (p.7)

“Een Health Impact Bond is dus een samenwerkingsverband waarbij maatschappelijk betrokken

investeerders geld voorschieten om een gezondheidsdoel te bereiken.” (bijlage kamerbrief)

- **NZa beleidsregel ‘zorginfrastructuur’** verdwijnt vanaf 1 januari 2015, Afbouwregeling (subsidieregeling) tot 2018
- **Nieuwe regeling in ontwikkeling** met NZa/veldpartijen. Doel van nieuwe regeling: *“dat deze aansluit bij de realisatie van het doel om domotica en beeldschermzorg voor iedereen bereikbaar te laten zijn.”* (VWS 2014b)

Mogelijk maken experimenteren:

- **NZa beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’**

Quote (VWS 2014a):

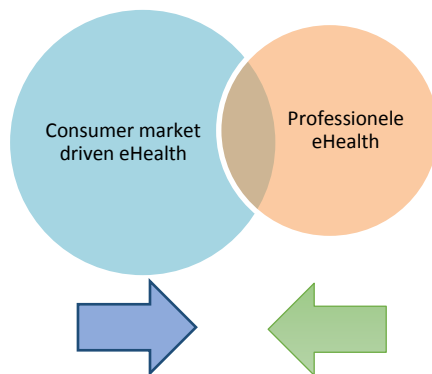
“De NZa beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’ geeft zorgverzekeraars/ zorgkantoren en zorgaanbieders de mogelijkheid om maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg waarvoor nog geen prestatie bestaat.” (p.8)

- **Proeftuinen hervorming langdurige zorg (HLZ), proeftuinen populatiebekostiging, Onderzoeks- en innovatieprogramma’s (ICT Doorbraak zorg, AAL, ...)**

Quote (VWS 2014a):

“Het gaat om proeftuinen waarbij gemeente(n), aanbieders en zorgverzekeraars/ zorgkantoren samenwerken en de lokale cliëntenorganisaties ook betrokken zijn. Verschillende proeftuinen zetten e-health in.” (p.8)

6 Financiering en bekostiging: Consumenten versus Professionele eHealth



Op het eerste gezicht lijken consumenten-eHealth en professionele eHealth grotendeels los van elkaar te staan met verschillende manieren van financiering en bekostiging. Het is echter de vraag in hoeverre financiering en bekostiging van beide eHealth domeinen onafhankelijk van elkaar blijven en (belangrijker) in hoeverre de domeinen elkaar gaan beïnvloeden en raken. Ook is het vraag in hoeverre het wenselijk is om vanuit de overheid richting te (willen) geven aan meer integratie van beide domeinen.

Er zijn al voorbeelden waarbij consumenten-eHealth wordt bekostigd vanuit zorgmarkt en/of professionele eHealth bekostigd vanuit de consumentenmarkt. De domeinen zijn dus ook op dit moment al niet volledig gescheiden en volop in beweging.

Het rapport "The commercialization of mHealth applications (vol. 3)" van Research2guidance (2013) geeft aan dat de mHealth markt momenteel in de commercialiseringsfase zit wat inhoudt dat vooral private partijen de komende vijf jaar apps aan zullen schaffen. Zij geven verder aan dat als mHealth meer geïntegreerd wordt in de gezondheidszorg, de zorgverzekeraar de belangrijkste betalende partij zal worden. Daarnaast beschrijft PwC (2013): *"The more developed the healthcare market is, with governments or employers as the primary payer, the less we see consumers driving the adoption of novel solutions. Adoption of mHealth is slower since consumers in these markets have good healthcare they feel they do not have to pay for directly."* Consumenten drijven de adoptie van nieuwe toepassingen minder aan naarmate de gezondheidsmarkt beter ontwikkeld is en overheid of werkgevers de partij zijn die het eerste betalen. De noodzaak om als consument zelf voor een gezondheidstoepassing te betalen is dan klein aangezien dit door het systeem al wordt betaald. Het lage kostenbewustzijn van consument en professional over de zorgkosten in Nederland speelt hierin ook een rol.

Aan de hand van enkele 'beredeneerde scenario's' beschrijven de auteurs in dit hoofdstuk wat er in hun ogen kan gaan veranderen in de manier waarop zorg wordt verleend met inzet van eHealth. En wat dit betekent voor de kosten/baten van (collectief bekostigde) zorg en welke financiële prikkels een positieve impact kunnen hebben op deze transformatie.

De gekozen scenario's hartfalen en obesitas zijn exemplarisch voor veel andere chronische of leefstijlaandoeningen. Daarnaast is in het eerste scenario het perspectief van de individuele patiënt en zorgverlener gekozen en in het tweede scenario het perspectief van de werknemer en werkgever.

De processen zijn sterk versimpeld weergegeven. De focus van de scenario's ligt op de mogelijke maatregelen om gewenste vormen van integratie en substitutie van professionele zorg met inzet van eHealth en consumenten-eHealth te bevorderen.

6.1 Beredeneerd scenario: Telemonitoring hartfalen

6.1.1 Bekostiging reguliere zorg (zonder eHealth)

Korte procesbeschrijving:

De zorgvrager staat onder controle van een behandelend zorgverlener of team met één hoofdbehandelaar (meestal een cardioloog). De behandeling vindt primair plaats via *face to face* consulten op de locatie waar de zorgverlener werkzaam is. De bekostiging vindt plaats via de reguliere bekostiging van de behandelend zorgverlener(s).

6.1.2 Bekostiging reguliere zorg (met professionele eHealth)

Korte procesbeschrijving:

De zorgvrager staat onder controle van een behandelend zorgverlener of team met één hoofdbehandelaar (meestal een cardioloog). De inhoud van de behandeling ('wat') verandert niet, de wijze waarop ('hoe') wel. Het 'hoe' verandert met inzet van *online devices* (24*7), primair in de thuissituatie, op afstand begeleid en gemonitord door een verpleegkundig specialist. De bekostiging vindt nog steeds plaats via de reguliere bekostiging van de behandelend zorgverlener(s).

Potentiële baten

Vele nationale, internationale, oudere en meer recente onderzoeken laten zien dat hier grote baten zijn te behalen in termen van beter geïnformeerde patiënten die hun gezondheidstoestand beter bewaken en daarmee invloed uitoefenen op het zorggebruik (Boyne 2013, Hart & Vaatgroep 2014, Maastricht UMC 2013, Scheper Ziekenhuis 2013). Dit leidt in potentie tot minder (acute) ziekenhuisopnames, meer preventie en meer eigen regie en kwaliteit van leven. De inkoopgids eHealth 2012 van Zorgverzekeraars Nederland (2011) benoemt kwalitatieve criteria waar eHealth bij chronisch hartfalen en diabetes mellitus aan moet voldoen om door zorgverzekeraars ingekocht te worden.

Potentiële kosten

De aanloopkosten en impact zijn echter groot. Investeren in ICT, investeren in het aanpassen van organisatie en processen. Er is immers een nieuw business- en servicemodel nodig om op afstand 24*7 te monitoren én indien nodig in te grijpen. Dit alles nog los van vraagstukken op het gebied van aansprakelijkheid, privacy, techniek, etc.

Bovendien zijn veel baten gebaseerd op kostenbesparing in behandelingen, terwijl de kosten per behandeling voor een groot deel bestaan uit vaste kosten zoals personeel, gebouwen en infrastructuur. Deze kosten verdwijnen niet (automatisch) als het aantal behandelingen afneemt.

Ook is er lang niet altijd een *business case* die voor alle partijen positief is. In sectoren waar marktwerking geldt, is dit geen knelpunt. In de zeer gereguleerde marktwerking van de zorg kunnen bestaande belangen tegenkrachten vormen die innovatie tegenhouden.

Hoe te komen tot substitutie

Een oplossing is te vinden in een geheel nieuwe bekostiging van zorg die primair gericht is op uitkomsten van zorg en niet op behandelen van ziekte. Een andere oplossing zou kunnen zijn om alle zorgvragers via persoonsgebonden budgetten (PGB's) voor chronische zorg meer zelf de behandelkeuzes te laten maken op basis van zijn of haar eigen voorkeur. Deze oplossingen betekenen in de meest uitgebreide vorm een volledige herziening van het zorgstelsel. Het lijkt voor de middellange termijn meer realistisch om te zoeken naar oplossingen binnen het huidige stelsel.

Een gezamenlijke *business case* voor (middel)lange termijn kan een oplossing bieden. Mogelijk betekent dit wijziging van enkele uitgangspunten van het huidige bekostigingsstelsel, maar is er geen grote stelselwijziging nodig. Essentieel is dat voor alle partijen incentives aanwezig zijn en tegenkrachten geneutraliseerd zijn.

Dit zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door:

- financiering voor implementatie, opschaling en/of afbouw van bestaande zorgprocessen onder voorwaarden aantrekkelijker te maken.
- instandhouding van ondoelmatige organisatie van zorg financieel minder aantrekkelijk te maken door deze activiteiten minder in te kopen of bij de bekostiging aanvullende voorwaarden te formuleren.
- meer ruimte te bieden voor publiek/private samenwerking door het via (tijdelijke) stimuleringsregelingen (fiscaal) aantrekkelijker te maken om langeretermijninvesteringen te doen in de opschaling van eHealth innovaties onder voorwaarde van substitutie van collectieve zorgkosten.
- meerjarige afspraken tussen partijen mogelijk te maken, inclusief afspraken over *shared savings* en bonus/malus regelingen.
- ultimo: 'top down' afdwingen door vanuit de overheid concrete targets te formuleren voor zorgverzekeraars en/of zorgverleners, ofwel (tijdelijk) afscheid nemen van het gereguleerde marktmodel.

Korte beschouwing

De genoemde mogelijkheden zijn niet nieuw, maar worden tot op heden (te) weinig benut. Dit werd eind november 2014 nogmaals bevestigd in een rapport op basis van praktijkgericht onderzoek voor de Nederlandse situatie door Zilveren Kruis Achmea, VGZ, CZ, Philips en zes ziekenhuizen⁴. Het stelsel biedt onvoldoende incentives. Eén van de conclusies van de auteurs van deze notitie is dan ook dat de overheid een meer proactieve rol moet vervullen om deze mogelijkheden meer te (laten) benutten door veldpartijen.

⁴ http://www.newscenter.philips.com/nl_nl/standard/about/news/press/2014/20141127-nieuw-praktijkonderzoek-toont-sterke-daling-opnames-en-26-procent-minder-zorgkosten.wpd#.VI6jv-IOXGg

6.1.3 Bekostiging consumenten-eHealth

Korte procesbeschrijving:

Een zorgvrager koopt zelf *devices* in een winkel of schaft ze online of via werkgever aan, inclusief ondersteunende diensten voor monitoring, analyse en ondersteuning van een *service provider*. De patiënt stelt zelf, of in overleg met de *service provider*, de toepassing in op persoonlijke kenmerken en voorkeuren en monitort en analyseert deze zelf en/of laat deze meetwaarden monitoren en analyseren door *smart devices* en/of professionele medewerkers van de service provider.

Potentiële baten

Ook hier geldt dat een beter geïnformeerde patiënt die zijn eigen gezondheid beter bewaakt invloed uitoefent op het zorggebruik. Dit leidt in potentie tot minder (acute) ziekenhuisopnames, meer preventie en meer eigen regie en kwaliteit van leven.

Potentiële kosten

Voor de zorgvrager beperken de kosten zich tot eenmalige aanschaf plus terugkerende abonnements- en gebruikskosten. Voor de collectief bekostigde zorg lijkt dit op het eerste gezicht te leiden tot kostenreductie omdat de zorgvrager zelf monitort en uit eigen middelen betaalt voor de dienstverlening. Echter, de kans is groot dat de initieel bespaarde collectieve kosten alsnog gemaakt worden als de patiënt op basis van meetwaarden contact zoekt met de professionele zorg. Als de professionele zorg zich niet heeft gecommitteerd aan herbruikbaarheid van zelfmeetgegevens, zullen onderzoeken worden overgedaan. Bovendien is het ook aannemelijk dat een deel van de zorgvragers zich onnodig laat onderzoeken (vals-positieven, overbehandeling).

Hoe te komen tot substitutie

Het is voor de auteurs van deze notitie een gegeven dat zelfmeetapparatuur in toenemende mate tegen steeds lagere kosten voor zorgvragers beschikbaar zal komen via de consumentenmarkt. Op dit paradigma kan op verschillende manieren ingespeeld worden om de collectieve zorgkosten te beheersen, bijvoorbeeld door:

- financiële prikkels voor zorgvragers om zelf het initiatief te nemen tot zelfmeten (korting op aanschaf devices, tijdelijke stimuleringsregelingen, ..) bijvoorbeeld door zorgverzekeraars, gemeenten, werkgevers.
- financiële prikkels voor zorgvragers om zelfmeten gericht in te zetten om gestelde gezondheidsdoelen (bijvoorbeeld medicatietherapietrouw, dieet, beweging) te halen (korting op premie, lager eigen risico, etc..)
- financiële prikkels om zorgverleners zelfmeetgegevens van zorgvragers te laten (her)gebruiken. Bijvoorbeeld door gebruik zelfmeetgegevens beter te vergoeden dan aanvragen van (herhaal)onderzoek.
- gericht onderzoek te doen naar de impact van zelfmeten op collectieve zorgkosten en de factoren die de zorgkosten in positieve en negatieve zin beïnvloeden.

Korte beschouwing

Genoemde prikkels kunnen een stimulans betekenen voor de inzet van eHealth als onderdeel van professionele zorg als consumenten-eHealth binnen het huidige bekostigingsstelsel. Op langere termijn zal de bekostiging van professionele zorg echter ingrijpend (moeten) veranderen om de baten van eHealth voor telemonitoring beter te benutten.

In de afgelopen jaren zijn al enige stappen gezet door bekostiging van ketenzorg via zorggroepen en aanpassing van afspraken over rolverdeling en bekostiging van individuele zorgverleners die een rol spelen bij ondersteuning van de zorgvrager thuis. Deze veranderingen gaan echter erg langzaam. Wellicht dat het sneller zal gaan als er een flinke impuls komt via de consumentenmarkt. Met nieuwe business- en servicemodellen naast de bestaande. Uiteindelijk zullen steeds meer mengvormen van bekostiging van professionele eHealth en consumenten-eHealth ontstaan en zal het onderscheid in bekostiging verdwijnen.

6.2 Beredeneerd scenario: gezondheidscheck obesitas

Het volgende beredeneerde scenario geeft weer wat de rol van de werkgever kan zijn/is in het stimuleren van het gebruik van eHealth en/of de bekostiging hiervan en hoe een vorm van consumenten-eHealth opgenomen kan worden in het zorgproces. Werkgevers hebben belang bij gezonde werknemers. Wanneer een werknemer ziek is, heeft de werkgever hier veel kosten aan. Werkgevers zouden daarom hun werknemers een gezondheidscheck kunnen laten ondergaan om zo gericht advies te kunnen geven op aspecten van de leefstijl en gezondheid van de werknemer.

6.2.1 Bekostiging reguliere zorg (zonder eHealth)

Korte procesbeschrijving:

De werkgever biedt de werknemer een gezondheidscheck aan. Een gezondheidscentrum diagnosticeert een werknemer met obesitas. De werknemer krijgt het advies om een gezonde levensstijl met gezonde voeding en genoeg beweging na te leven. Ook wordt de werknemer doorverwezen naar de diëtist. Bekostiging vindt plaats door de werkgever, meestal op basis van collectiviteitsafspraken met een zorgverzekeraar.

6.2.2 Bekostiging reguliere zorg (met professionele eHealth)

Korte procesbeschrijving:

De werkgever biedt de werknemer een gezondheidscheck aan. Een gezondheidscentrum diagnosticeert een werknemer met obesitas. De werknemer krijgt het advies om een gezonde levensstijl met gezonde voeding en genoeg beweging na te leven. Ook wordt de werknemer doorverwezen naar de diëtist. Daarnaast krijgt de werknemer de mogelijkheid een eHealth toepassing (bijvoorbeeld een Fitbit) aan te schaffen of te huren. Ook biedt het centrum de mogelijkheid om tegen een abonnementstarief ondersteuning van een zorgverlener te krijgen. Bekostiging vindt plaats door de werkgever, meestal op basis van collectiviteitsafspraken met een zorgverzekeraar.

Potentiële baten

Door het gebruik van een dergelijke toepassing inclusief ondersteuning krijgt de werknemer meer inzicht en regie over zijn eigen gezondheid, op maat ondersteund door een coach. Dit kan ertoe leiden dat de impact op leefstijl en gedrag groter is en de werknemer minder last krijgt van obesitas. De kans op uitval uit het arbeidsproces neemt daardoor af, wat ook in het voordeel van de werkgever is.

Potentiële kosten

De werkgever investeert in eHealth-toepassingen en ondersteunende diensten. Hier zijn eenmalige aanschaf- en installatiekosten en reguliere abonnements-/gebruikskosten aan verbonden.

Hoe te komen tot substitutie

Er zijn al veel interventies beschikbaar waarbij gebruik wordt gemaakt van eHealth. De effectiviteit van deze hulpmiddelen, bijvoorbeeld ook de Fitbit, valt of staat echter met het effect op de leefstijl en daarmee het gewicht, van de werknemer. Voor de werkgever is het belangrijk om vooraf een inschatting te kunnen maken voor welke werknemers de inzet van eHealth tot het gewenste effect leidt. Daarbij is niet de keuze voor een bepaalde eHealth toepassing leidend, maar vooral de persoonlijke voorkeuren, eigenschappen en motivatie van de betreffende werknemer.

6.2.3 Bekostiging consumenten-eHealth

Korte procesbeschrijving:

De werknemer heeft de behoefte om meer aan zijn gezondheid te doen en schaft daartoe een eHealth-toepassing aan. Bij de keuze van de eHealth-toepassing maakt hij op basis van zijn persoonlijke profiel een keuze uit de portfolio via de website van zijn werkgever omdat hij daarvoor een flinke tegemoetkoming in de kosten krijgt. De getoonde eHealth-toepassingen voldoen aan een minimale set functionele eisen. Voorwaarde is daarbij wel dat hij informatie deelt met een coach over het bereiken van gestelde gezondheidsdoelen. Het contact met de coach vindt online plaats, maar op initiatief van beide partijen kunnen ook afspraken gemaakt worden.

Potentiële baten

Doordat de werknemer zelf het initiatief heeft genomen tot verandering van leefstijl en daartoe gebruik is gaan maken van de eHealth-toepassing en ondersteunende diensten, is de kans op een positief resultaat groter. Ook het doen van een eigen investering, de keuze voor de type toepassing en ondersteuning op basis van zijn persoonlijk profiel en de gelimiteerde keuze van mogelijke toepassingen, vergroten de kans op een positief resultaat.

Potentiële kosten

De kosten voor de werkgever zijn beperkt omdat slechts een deel van de kosten wordt gecompenseerd. De kosten voor de werknemer zijn hoger doordat de werknemer zelf de initiële aanschaf doet en niet alle kosten (op voorhand) worden gecompenseerd.

Hoe te komen tot substitutie

De essentie zit niet in het type eHealth-toepassing, soort ondersteuning of wijze van bekostiging. Het essentiële verschil met de inzet van reguliere zorg is dat het initiatief uitgaat van de werknemer en niet van de werkgever. De rol van de werkgever is vooral om de mogelijkheden te creëren en voor het voetlicht te brengen door deze collectief aan werknemers aan te bieden via een cafetariamodel. De keuze voor het type eHealth-toepassing en de geboden ondersteuning is maatwerk, maar ook hier ligt het initiatief primair bij de werknemer. Financiële compensatie is zeker een stimulans, maar om tot gewenste aanpassing van leefstijl te komen is intrinsieke motivatie de belangrijkste voorwaarde.

Korte beschouwing

Financiering en bekostiging van eHealth zijn belangrijke aandachtspunten, ook voor werkgevers en werknemers. Belangrijker is echter de kans op het gewenste effect op leefstijl en gezondheid. Daarvoor is niet de beschikbaarheid van toepassingen of de bekostiging, maar intrinsieke motivatie van de werknemer de belangrijkste factor. Professionele en/of consumenten-eHealth: het is en blijft uiteindelijk mensenwerk.

7 Aanbevelingen van de auteurs

In dit hoofdstuk geven de auteurs enkele suggesties voor de (stimulerende) rol van de overheid om de opkomst van consumenten-eHealth en integratie met professionele eHealth te stimuleren. Focus ligt daarbij op het thema financiering/bekostiging.

Deze suggesties zijn gericht op de stimulerende rol van de overheid omdat het overkoepelend advies aanbevelingen voor onder andere overheid(sbeleid) formuleert. De suggesties in dit hoofdstuk betekenen echter niet dat naar de mening van de auteurs de primaire rol om eHealth te implementeren en op te schalen bij de overheid ligt. Het Nederlandse zorgstelsel kenmerkt zich door gereguleerde marktwerking. Dat impliceert dat de rol van de overheid zich ook voor innovaties op het gebied van professionele eHealth moet beperken tot activiteiten die markt- en/of veldpartijen niet zelf kunnen of willen oppakken. Dit geldt in nog sterkere mate voor de rol van de overheid bij ontwikkelingen op het gebied van consumenten-eHealth dat volgens de principes van een consumentenmarkt werkt.

Het initiatief ligt dus primair bij publieke en private veld- en marktpartijen die de financiële ruimte (binnen gestelde wettelijke kaders) meer moeten gaan benutten. Tegelijk constateren de auteurs dat bij partijen nog vaak de incentives ontbreken om de geboden financiële ruimte voor inzet van eHealth ook echt te benutten.

Naar de mening van de auteurs heeft consumenten-eHealth op zichzelf geen extra stimulans vanuit de overheid nodig, maar is het niet vanzelfsprekend dat consumenten-eHealth voor iedereen die daar behoefte aan heeft financieel bereikbaar is. De kans is groot dat de markt zich gaat richten op interessante doelgroepen van zorgvragers die aanschaf met eigen middelen kunnen veroorloven.

Samenvattend beperkt de rol van de overheid zich naar de mening van de auteurs niet alleen tot het faciliteren van (proces)innovatie door het wegnemen van barrières in onder andere bekostiging. Als de adoptie van eHealth (professioneel én consumenten) te traag verloopt of tot ongewenste effecten leidt, is een proactievare rol van de overheid nodig. Hieronder volgen enkele suggesties in het dik gedrukt gericht op de korte tot middellange termijn:

Meer kennis over financiering/bekostiging benutten

Stimuleer de toepassing van kennis over de beschikbare ruimte in financiering en bekostiging.

Daarbij valt te denken aan kennis over:

- mogelijkheden van inkoop en bekostiging in de context van Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg(Wlz) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO);
- mogelijkheden voor het combineren van bekostiging uit meerdere wetgevende kaders en/of andere financieringsbronnen ('integrale bekostiging');
- mogelijkheden voor financiering van investeringen in nieuwe service en business modellen;
- mogelijkheden voor publiek/private samenwerking in (regionale) consortia;
- mogelijkheden voor totstandkoming van gezamenlijke *businesscases*, mede op basis van co-financiering en shared savings.

Meer financiële incentives voor veldpartijen voor het gebruik van eHealth (professioneel én consumenten)

Biedt zorgverzekeraars en zorgverleners meer incentives om bestaande zorgprocessen te vervangen door (een mix van) professionele eHealth en consumenten-eHealth. Dit zou onder andere bereikt kunnen worden door:

- gerichte doelstellingen (targets?) formuleren voor het benutten van de mogelijkheden voor bekostiging, financiering en publiek/private samenwerking;
- *businesscases* op basis van co-financiering en shared savings;
- minder bekostigen of inkopen van ondoelmatige zorg zonder eHealth door zorgverzekeraars of gemeenten;
- ruimte voor meerjarenafspraken voor langere termijn investeringen;
- afspraken met werkgevers over collectieve inkoop voor werknemers en in het uiterste geval afdwingen met concrete targets (zie ook de beredeneerde scenario's in hoofdstuk 6).

Meer eigen budget en meer eigen verantwoordelijkheid voor zorgvragers

Biedt zorgvragers meer mogelijkheden en verantwoordelijkheden om zorg naar eigen voorkeur in te richten, waarbij de zorgvrager ook gebruik kan maken van het aanbod van professionele én consumenten-eHealth.

Deze aanbeveling vereist op het oog een forse wijziging in het huidige stelsel, maar is wellicht ook in kleinere stappen door te voeren en/of kan een tijdelijk karakter hebben. De mogelijkheid om (tijdelijk) te beschikken over een eigen budget is een sleutel voor succesvolle opschaling van eHealth-diensten. Een groot deel van de zorgvragers heeft (meer) behoefte aan eHealth-diensten en zal deze met een eigen budget (meer) gaan aanschaffen en gebruiken. Een eigen budget gaat echter ook gepaard met meer eigen verantwoordelijkheid en is dus te koppelen aan gezamenlijk geformuleerde doelstellingen op het gebied van zelfmanagement en leefstijl.

Meer eHealth voor kwetsbare groepen ('lage SES')

Zonder actief overheidsbeleid is de kans aanzienlijk dat de gezondheidsverschillen tussen zelfredzamen en minder zelfredzamen door inzet van eHealth eerder groter dan kleiner worden (RVZ 2010). Minder zelfredzame burgers maken niet zo snel gebruik van de nieuwe technologische mogelijkheden en/of de inzet van nieuwe technologische mogelijkheden heeft minder impact op hun gedrag en leefstijl. In de context van bekostiging van zorg is dit extra van belang: de collectieve zorgmiddelen worden vooral ingezet ten behoeve van kwetsbare groepen en niet voor zelfredzame burgers die als eerste gebruik maken van de nieuwe mogelijkheden op het gebied van consumenten-eHealth. Er ligt daarom (ook) een taak bij de overheid om de kansen die consumenten-eHealth biedt ook (in financiële zin) beschikbaar te krijgen voor kwetsbare groepen.

Bronnen

- Apple. iOS Developer Program. Via: <https://developer.apple.com/programs/ios/> . Bekeken op: 3-10-2014.
- Boyne, J.J.J. Effects of telemonitoring in patients with heart failure. Proefschrift Maastricht, 2013.
- College voor zorgverzekeringen (2011). Wanneer is E-health verzekerde zorg? Via: <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zinl-wwww/documenten/publicaties/overige-publicaties/1111-wanneer-is-e-health-verzekerde-zorg/1111-wanneer-is-e-health-verzekerde-zorg/Wanneer+is+E-health+verzekerde+zorg.pdf>
- Europese Commissie. Groenboek over mobiele gezondheidszorg ("m-gezondheidszorg"). Brussel, 10 april 2014 COM(2014)219 final.
- Hart & Vaatgroep. Telemonitoring bij hartfalen, 2014. Via: <http://www.hartenvaatgroep.nl/behandeling/ehealth/telemonitoring.html>. Bekeken op: 30-10-2014.
- Indora Van businessmodel naar verdienmodel naar opbrengstmodel, 2014. Via: <http://www.indora.nl/van-businessmodel-naar-verdienmodel-naar-opbrengstmodel/>. Bekeken op: 3-10-2014.
- Landelijke Huisartsenvereniging/Ineen/Zorgverzekeraars Nederland/Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De eerstelijns verbonden door ontwikkelingen. Utrecht/Zeist/Den Haag: LHV/Ineen/ZN/VWS, 2014.
- Maastricht UMC.Hartfalen op afstand bewaken heeft duidelijke voordelen: telemonitoring heeft onder andere een positief effect op angst en depressie. Nieuwsbericht van 9 december 2013 op: <http://www.mumc.nl/actueel/nieuws/hartfalen-op-afstand-bewaken-heeft-duidelijke-voordelen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.Kamerbrief Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg. Den Haag: VWS, 2013.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.Kamerbrief E-health en zorgverbetering. Den Haag: VWS, 2014a.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamerbrief E-health en zorgverbetering: Bijlage 2: toelichting op beleidsregels. Den Haag: VWS, 2014b.
- Olson, P. en Tilley, A. The Quantified Other: Nest And Fitbit Chase A Lucrative Side Business, 2014. *Forbes*, bekeken op 21-08-2014, via: <http://www.forbes.com/sites/parmyolson/2014/04/17/the-quantified-other-nest-and-fitbit-chase-a-lucrative-side-business/>.
- Ottenheijm & Jacobs.De klinische blik van de computer: data vs. Biologie, 2014. Via: http://www.smarthealth.nl/trendition/2014/10/02/de-klinische-blik-van-de-computer-data-vs-biologie/?utm_source=SmartHealth+EHealth+Nieuwsbrief&utm_campaign=2e0574f591-Nieuwsbrief_SmartHealth_Klinische+Blik+Computer&utm_medium=email&utm_term=0_bb60c033e7-2e0574f591-98838889
- PwC en GSMA. Touching lives through mobile health. Assessment of the global market Opportunity, 2012. Via: http://www.pwc.in/assets/pdfs/telecom/gsma-pwc_mhealth_report.pdf
- PwC mHealthinsights: The global mHealth market opportunity and sustainable reimbursement models, 2013. Via:

<http://www.pwc.com/gx/en/healthcare/mhealth/mhealth-insights/the-global-mhealth-market-opportunity-and-sustainable-reimbursement-models.jhtml>

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. E-health in zicht. Zoetermeer: RVZ, 2002.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Gezondheid 2.0. Den Haag: RVZ, 2010.
- Research2guidance (2013). Mobile Health Market Report 2014-2017: The commercialization of mHealth applications (vol.3).
- Research2guidance (2014). mHealth app developer economics 2014: The state of the art of mHealth app publishing. Via: <http://mhealthconomics.com/mhealth-developer-economics-report/>.
- Rijksoverheid. Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ, 2014. Via: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz> Bekeken op: 30-10-2014.
- Scheper Ziekenhuis (2014). Positieve resultaten telemonitoring. Nieuwsbericht van 15 november 2013 op: <http://www.scheperziekenhuis.nl/hoofdmenu/over-scheper-ziekenhuis/nieuws/positieve-resultaten-telemonitoring>
- Zorgverzekeraars Nederland. Inkoopgids eHealth bij chronisch hartfalen en diabetes mellitus, 2011. Via: <https://www.zn.nl/WMSDownload/Download?file=%2fFWqXm0QMHovIVvHZjyXcf1s0zfEHTY97xuprOsWLvo%3d§ionName=Nieuws%20-%20Persberichten&type=files>