



Wegwijzer bekostiging digitale zorg 2020

Overzicht per sector

27 januari 2020

Inhoud

1. [Inleiding](#)
2. [Digitale zorg in vogelvlucht](#)
3. [Declareren van digitale zorg](#)
4. [Zorgsectoren](#)
5. [Extra stimuleringen digitale zorg](#)
6. [Ruimte voor zorgverzekeraars](#)
7. [Samenwerken bij inkoop van ICT](#)
8. [Toelichting begrippen](#)



1. Inleiding

Inleiding

“Waarom houdt de NZa zich bezig met het onderwerp digitale zorg of e-health? Moet zij zich niet beperken tot het bekostigen van zorg?”

Een goede vraag op Twitter, die gelukkig goed valt te beantwoorden: dit doen wij in het belang van de burger. Dit klinkt nog vrij algemeen. Heel concreet: veel van de kosten van nieuwe ontwikkelingen in de zorg komen uiteindelijk terecht in de regels voor prestaties en tarieven die de NZa vaststelt en zorgaanbieders declareren. Het gaat dan om zorgkosten die worden vergoed op basis van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Dit zijn kosten die uiteindelijk worden betaald met maatschappelijk geld, opgebracht door de burger.

Daarbij zien we dat digitalisering een steeds grotere rol inneemt in de (toekomstige) organisatie van zorg. Wij denken dat goede digitale zorg (naast preventie, zorg en ondersteuning) een positieve bijdrage kan leveren aan de maatschappij. Hiermee bedoelen we ontwikkelingen die helpen om de zorg goed en betaalbaar te houden. Ook zal goede digitale zorg bijdragen aan een betere gezondheid van mensen. Om deze reden volgt de NZa de ontwikkelingen bij digitale zorg met grote belangstelling.

Maatschappelijke uitdagingen zoals arbeidsmarktproblematiek in de zorg, vergrijzing en de snelle technologische ontwikkelingen vragen om nieuwe oplossingen zoals werken in netwerken en veelal lokale oplossingen. Digitale zorg kan daar een bijdrage aan leveren. Het opschalen en implementeren van goede digitale zorg moet daarom in een hoger tempo in het belang van iedereen.

Digitale zorg is tegelijkertijd geen doel op zich. Wel is het belangrijk dat alle betrokkenen duidelijk weten wat de ruimte is in de regels. Dat leest u in deze Wegwijzer.

Wat verstaan we onder digitale zorg? Wie bepaalt of iets wordt vergoed en wanneer? Ook zetten we weer een aantal aansprekende voorbeelden in de schijnwerpers. Bij nieuwe regels in een zorgsector per 2020 zijn deze te herkennen aan een 'vergrootglas'.



De Patiëntenfederatie Nederland gebruikt de omschrijving *digitale zorg* al langer. De NZa voortaan ook. Wij geloven dat de omschrijving digitale zorg meer dan e-health uitdrukt dat de zorg en de nabije ontwikkelingen in de zorgsector centraal staan. We bedoelen met digitale zorg in deze Wegwijzer hetzelfde als met het begrip e-health: het toepassen van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren.

Voor deze Wegwijzer bekostiging digitale zorg heeft de NZa dankbaar gebruik gemaakt van de gesprekken met patiëntvertegenwoordigers zoals de Nederlandse Patiëntenfederatie, individuele patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, zorgkantoren, zorgverleners en ICT-leveranciers.



De zorginkoop voor 2020

De NZa brengt de Wegwijzer bekostiging digitale zorg voor 2020 weer bewust begin juli uit. Net nadat vrijwel alle nieuwe declaratieregels voor de zorg zijn vastgesteld. We willen hiermee zo veel mogelijk aansluiten op het zorginkoopproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren. Lezers kunnen makkelijk naar hun sector bladeren (of navigeren) en zien dat de regels geen sta in de weg zijn voor goede afspraken. Wat niet wil zeggen dat er geen belemmeringen zijn op andere vlakken. Of dat juist een extra stimulans via de regels nodig kan zijn voor het laatste duwtje. We hopen vooral dat het zorginkoopgesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren gaat over hoe de zorg het beste geleverd kan worden in het belang van de patiënt of cliënt. En daarna over hoe de prijsafspraken passend te maken zijn.

Wat is er nieuw voor 2020?

De Wegwijzer voor 2020 is uitgebreid met nieuwe hoofdstukken over preventie en hulpmiddelen. En hoe deze zich verhouden tot de bekostiging van digitale zorg. Gegeven het gedachtegoed van de Juiste zorg op de juiste plek leek het ons een goed idee om juist een hoofdstuk over preventie op te nemen. Voor wat betreft het hoofdstuk over hulpmiddelen speelt dezelfde overweging. Thuiszorgtechnologie als hulpmiddel voor mensen kan helpen bij voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals meer op afstand).

Voor 2020 zijn de aansprekende wijzigingen van de regels te vinden in de sectoren [langdurige zorg](#), [wijkverpleging](#) en de [medisch-specialistische zorg](#). Voor de langdurige zorg en wijkverpleging zijn de regels voor de aanvullende vergoeding voor thuiszorgtechnologie verruimd en vereenvoudigd. In overleg met het zorgveld zijn de regels in beide sectoren in samenhang en integraal aangepast.

De nieuwe prestaties zijn vrijwel gelijklopend zodat instellingen die zowel actief zijn in de langdurige zorg als wijkverpleging beschikken over vrijwel dezelfde declaratietitels en voorwaarden, om een aanvullende vergoeding af te spreken met zorgkantoren en zorgverzekeraars over de inzet van thuiszorgtechnologie.

In de medisch-specialistische zorg is per 2020 een nieuwe zorgprestatie ingevoerd die de declaratie van klinische zorg thuis mogelijk maakt. In de huisartsenzorg is een wijziging ingevoerd voor 2020 die samenhangt met het sectorale subsidieprogramma OPEN voor de digitale informatie-uitwisseling. Deelname aan OPEN door huisartsen wordt met een opslag op het inschrijftarief vergoed.

Ook de bijdrage van de Autoriteit Consument en Markt over samenwerken is geactualiseerd en uitgebreid. Als vervolg op onze brief aan het ministerie van VWS '[e-health en Juiste Zorg op de juiste plek](#)' van 4 februari 2019 hebben wij de ACM gevraagd het hoofdstuk over samenwerken aan te vullen met de ruimte voor zorgaanbieders om samen te werken bij de inkoop van ICT. Samenwerken in de zorg bij inkoop biedt mogelijkheden om specifieke gebruikerswensen te realiseren die de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg bevorderen.

Missie NZa

De missie van de NZa is het beschermen van belangen van burgers op het gebied van toegankelijkheid, de betaalbaarheid en kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg. Hiervoor bepaalt de NZa onder andere welke zorg zorgaanbieders in rekening mogen brengen en wat die zorg (maximaal) mag kosten. Dus ook de zorg die wordt ondersteund door digitale toepassingen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken over de meeste zorg afspraken over de inhoud van de zorg, de kwaliteit en prijs ervan.

Veel stimulansen

In de verschillende Hoofdpijnenakkoorden voor medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, ggz en wijkverpleging zijn afspraken gemaakt over innovatieve zorgvormen, digitale zorg en ICT-zorginfrastructuur. Dit geldt ook voor programma's van het ministerie van VWS als 'Thuis in het verpleeghuis' en 'Langer thuis'. Het opschalen en implementeren van zinvolle en doelmatige (proces)innovaties en digitaal ondersteunde zorg vraagt om een versnelling in het belang van de burger. Het onderschrift van het rapport van de Taskforce De juiste zorg op de juiste is veelbetekenend: wie durft? De individuele zorgaanbieder heeft dan ook een belangrijke rol bij het realiseren van de afspraken.

Hoofdpijnenakkoord medisch-specialistische zorg:

"Veilige en doelmatige e-health-toepassingen dienen binnen de looptijd van dit akkoord een regulier onderdeel van goede zorg te worden en de regie op gezondheid door mensen zelf te ondersteunen. Veilige en doelmatige e-health komt beschikbaar voor iedere patiënt die er gebruik van kan en wil maken."

Het ministerie van VWS heeft meerdere financiële stimulansen ingevoerd om het gebruik van digitaal ondersteunde zorg te bevorderen en tijdelijke financiële belemmeringen weg te nemen. In het hoofdstuk '[Extra stimuleringen digitale zorg](#)' wordt een aantal regelingen genoemd. Bijvoorbeeld ondersteunt VWS de transformatie naar slimme zorg thuis door de stimuleringsregeling e-health thuis (SET) en het programma digitale vaardigheden. In de periode 2017-2022 wordt meer dan 400 miljoen euro beschikbaar gesteld voor versnellingsprogramma's voor de informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional in onder meer de ggz, ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra en langdurige zorg.

Daarnaast zijn er extra middelen opgenomen in het budgettaire kader mzz voor afspraken die bijdragen aan de Juiste zorg op de juiste plek waaronder het versnellen van slimme zorg thuis. Dit zijn de zogenaamde transformatiegelden.

Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg: per 2021 wettelijk verplicht

"In het belang van de patiënt, die recht heeft op kwalitatief goede zorg - en goede informatievoorziening en gegevensuitwisseling zijn daarvoor randvoorwaardelijk - kondigde ik (...) aan de belemmeringen in elektronische gegevensuitwisseling [aan te pakken](#)."

Bruno Bruins, minister voor Medische Zorg en Sport

Een goede elektronische gegevensuitwisseling in de zorg is evident in het belang van een goede kwaliteit van zorg. Met de wettelijke verplichting in voorbereiding door het ministerie van VWS zijn zorgverleners en zorginstellingen verplicht tot digitale dossiervoering en tot elektronische gegevensuitwisseling. Hierbij moeten zij voldoen aan voorschriften voor taal en techniek. De wettelijke verplichting zal stapsgewijs per gegevensuitwisseling worden ingevoerd. De prioritering van de gegevensuitwisselingen die verplicht worden gedigitaliseerd komt terug in de zogenaamde [Roadmap](#). Daarin is aangegeven welke gegevensuitwisselingen met prioriteit worden gedigitaliseerd. De NZa is onder andere betrokken bij de prioritaire gegevensuitwisseling 'Acute Ambulanceoverdracht naar Spoedeisende Hulp'.



Medio 2020 plicht om digitale verstrekking mogelijk te maken van patiëntendossier.

[De Wet aanvullende bepalingen bij verwerking van persoonsgegevens in de zorg](#) bepaalt dat de patiënt vanaf 1 juli 2020 digitaal inzage heeft in zijn of haar eigen dossier. Ook kan de cliënt op zijn verzoek gratis een digitaal afschrift van het eigen medische dossier krijgen.

[Uit onderzoek van het CBS](#) blijkt dat steeds meer Nederlanders online naar antwoorden over gezondheid en leefstijl zoeken. Volgens het CBS heeft ons het land, met 72% van de mensen tussen 17 en 74, het hoogste percentage mensen dat online iets opzoekt over gezondheid in de hele EU. Nederland staat op de vierde plaats als het gaat om online afspraken maken. Het maakt duidelijk dat de Nederlandse burger online (ook) niet stil zit als het over zijn of haar gezondheid gaat.

In lijn met het gedachtegoed van de Juiste zorg op de juiste plek wordt gezocht naar manieren om zorg te verplaatsen (dichterbij mensen thuis), (duurdere) zorg te voorkomen en zorg te vervangen door bijvoorbeeld digitale zorg. Dit helpt mensen beter leven en functioneren met hun ziekte of beperking. Wij vinden de [mindfulness-coach-app](#) van zorgverzekeraar VGZ een mooi voorbeeld. De app is inmiddels meer dan 640.000 keer gedownload en gratis beschikbaar ook voor niet-VGZ verzekerden. Het is een laagdrempelig initiatief dat op veel belangstelling kan rekenen. Het maakt duidelijk dat de Nederlandse burger prima op eigen initiatief kan werken aan zijn of haar welzijn of gezondheid. En dat niet altijd een bezoek nodig is aan een zorgverlener, en zo zorg kan worden voorkomen.

Zorgaanbieder als aanjager

De zorgaanbieder wil de beste zorg leveren aan zijn patiënt. Hij kan digitale zorg inzetten als dit voor de patiënt beter is. Het is vooral de individuele zorgaanbieder die met digitale hulpmiddelen de zorg voor patiënten kan verbeteren. Zorgaanbieders hebben dan ook een aanjagende rol bij het opnemen van digitale zorg in bestaande zorgprocessen. Deze Wegwijzer kan hen helpen om het gesprek met zorgverzekeraars en zorgkantoren aan te gaan over hoe het te financieren.

Mensen kunnen uiteraard zelf ook kiezen voor digitale zorg. En samen beslissen met de zorgaanbieder over wat het beste past bij de specifieke situatie van de patiënt of cliënt.

"Op 27 januari 2020 is de Wegwijzer geactualiseerd voor de sectoren medisch specialistische zorg, langdurige zorg en wijkverpleging."

"Wij staan voor goede en betaalbare zorg voor alle inwoners van Nederland."

2. Digitale zorg in vogelvlucht

2. Digitale zorg in vogelvlucht

In dit hoofdstuk lichten we toe wat we verstaan onder digitale zorg en waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren in de praktijk rekening mee moeten houden. Inhoudelijk wordt met digitale zorg in deze Wegwijzer hetzelfde bedoeld als eerder met e-health. Veel publicaties en sectoren hanteren de laatste aanduiding nog. Wij gebruiken de meer technische term e-health nog om de bekostiging van digitale zorg van context te voorzien en bij het afbakenen.

Wat is e-health?

E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. We sluiten hiervoor aan bij de omschrijving van e-health zoals recent is voorgesteld door [Nictiz](#).

We hanteren de volgende indeling van e-health (van de Raad van Volksgezondheid en Samenleving) voor dit hoofdstuk:

- E-zorg: e-diagnosestelling, e-consulten, e-care zoals monitoring, e-preventie interventie bij hoog risico bij een individu.
- E-ondersteuning: e-inzage in patiëntendossier, e-management zoals het maken van afspraken online.
- E-public health: e-gezondheidsvoorlichting, e-preventie zoals het opsporen van bepaalde risicogroepen.

Prestaties en tarieven

De prestaties en tarieven die zorgaanbieders kunnen declareren richten zich vooral op e-zorg en/of e-preventie. E-ondersteuning is meestal al onderdeel van de integrale zorgprestatie van een sector, vergelijkbaar met overheadkosten van een zorginstelling. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren kunnen afspraken maken over de financiering van e-zorg, e-preventie en e-ondersteuning. Ze kunnen deze afspraken bovendien voorwaardelijk maken voor het leveren en declareren van zorg, bijvoorbeeld als digitale zorg noodzakelijk is voor de kwaliteit van zorgverlening. Denk aan de elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. In deze publicatie gebruiken wij de term digitale zorg en e-health met name voor e-zorg die wordt geleverd aan de patiënt.

Bekostiging verschilt per zorgsector

Een huisarts krijgt op een andere manier betaald (via een inschrijftarief per patiënt en consulten) dan een ziekenhuis (na afsluiten van een subtraject). Een fysiotherapeut krijgt anders betaald (per zitting) dan een ggz-instelling (op basis van een zorgprofiel-dbc). Bij veel vormen van zorg is fysiek contact met de patiënt onontbeerlijk. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de hulp bij het aantrekken van steunkousen of een operatieve ingreep. Bij andere zorgvormen speelt dit weer minder. Er zijn veel verschillen tussen de zorgsectoren. Dit betekent ook dat de bekostiging en de specifieke toepassingen van digitale zorg sterk verschillen per sector.

Verzekerde zorg

Alleen die digitale zorg die voldoet aan de zogenaamde 'pakketcriteria' mag door zorgaanbieders worden gedeclareerd ten laste van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). De belangrijkste criteria zijn dat de zorg veilig en bewezen effectief moet zijn. In de Zvw staat beschreven welke medische hulpmiddelen (zoals e-health technologie) voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking kunnen komen. Bepaalde hulpmiddelen zijn onderdeel van de medisch-specialistische zorg en komen voor rekening van het ziekenhuis (diagnose-behandelcombinatie). Andere vallen onder de hulpmiddelenzorg en worden apart vergoed door de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut heeft een [besliswijzer](#) gemaakt om dit vast te kunnen stellen.

In het algemeen geldt dat als bestaande, al verzekerde zorg in een e-healthvorm wordt aangeboden, die zorg verzekerde zorg blijft als de samenstelling en de effectiviteit ervan niet wezenlijk wijzigen ten opzichte van de oorspronkelijke zorg. Het omgekeerde geldt ook: zorg die in de oorspronkelijke vorm geen verzekerde zorg was, zal dat ook niet zijn als zij in de vorm van e-health wordt aangeboden. Zie ook het [rapport](#) van de rechtsvoorganger van Zorginstituut Nederland (CVZ, 2011).

Als door e-health de samenstelling of effectiviteit van zorg wijzigt is er mogelijk geen sprake meer van verzekerde zorg. Om te beoordelen of er nog sprake is van verzekerde zorg is het van belang om na te gaan wat de meerwaarde van de e-health toepassing is ten opzichte van de bestaande manier van zorglevering. Daarvoor dient duidelijk te zijn om welke technologie het precies gaat en of de e-health toepassing bestaande zorg vervangt dan wel aan een bestaande behandeling wordt toegevoegd. Steeds geldt dat er sprake dient te zijn van zorg conform '[de stand van de wetenschap en praktijk](#)'.

Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland adviseert de minister van VWS over welke behandelingen of geneesmiddelen tot het basispakket behoren of welke juist daarbuiten geplaatst kunnen worden. Daarnaast werkt het Zorginstituut, samen met zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten aan de verbetering en het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg en aan het implementeren van kwaliteitsstandaarden. Dat zijn wettelijke taken. Ondersteuning bij innovaties is ook een wettelijke taak, en die betreft zowel het verzekerd pakket als de kwaliteit. Innovaties moeten uiteindelijk wel tot zinnige zorg leiden, en niet tot medicalisering, overbehandeling, verlies aan autonomie of geldverspilling.

De meeste innovaties (waaronder e-health; bij geneesmiddelen geldt een ander traject) landen in de zorg nadat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten daarover samen afspraken maken. Dat gebeurt op basis van wetenschappelijk bewijs voor hun effectiviteit. Het Zorginstituut komt pas in beeld wanneer er onduidelijkheid is over wat nu precies verzekerde zorg is. Bijvoorbeeld bij een geschil tussen een verzekerde en een verzekeraar. Of wanneer partijen in de zorg daar een vraag over hebben. Het Zorginstituut kan daar dan een standpunt over uitbrengen.

Om innovatieve zorg sneller bij de patiënt te brengen voert het Zorginstituut sinds begin 2019 de [subsidieregeling Veelbelovende zorg](#) uit. Via deze regeling is het mogelijk subsidie te krijgen voor behandelingen die veelbelovend lijken maar nog niet uit het basispakket worden vergoed. Met deze regeling stelt het ministerie van VWS jaarlijks maximaal € 69 miljoen beschikbaar.

Het Zorginstituut verleent [subsidie](#) voor anonieme 'e-mental health'. Tenslotte is het partner in het project '[Zorg voor Innoveren](#)'.

Behandelrelatie

Een zorgaanbieder kan zorg alleen bij de patiënt of diens verzekeraar declareren als hij daarvoor een zelfstandige rechtsgrond heeft. Die rechtsgrond is de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De zorgaanbieder die zorg wil declareren moet daadwerkelijk bij de behandeling betrokken zijn geweest. Deze behandelrelatie hoeft niet perse face-to-face tot stand te komen, maar kan ook (via zorg) op afstand ontstaan. Via digitale zorg is het bijvoorbeeld mogelijk om op afstand een diagnose te stellen of medisch beleid te bepalen en te leveren.

Goede zorg

Of digitale zorg geleverd kan worden is in de meeste gevallen ter beoordeling aan de zorgaanbieder. Een belangrijk wettelijke kader is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De Wkkgz omschrijft normen voor het aanbieden van goede zorg die van goede kwaliteit en van goed niveau moet zijn. Per zorgvraag en situatie moet hieraan invulling worden gegeven door de zorgaanbieder.

De KNMG heeft de richtlijn '[online arts-patiënt 'contact'](#)' opgesteld. Daarin stelt zij dat er bij online-zorgverlening sprake moet zijn van een bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt en dat zorgverlening via internet niet moet worden ingezet bij de eerste beoordeling van een aandoening.

Als er geen bestaande behandelrelatie met de patiënt is, kan online contact slechts plaatsvinden als de daaraan verbonden risico's geminimaliseerd zijn en dat contact de patiënt ten goede komt.

De zorgaanbieder is bij al zijn contacten met patiënten verplicht om 'de zorg van een goed hulpverlener' in acht te nemen. Dit criterium verwijst naar professionele normen, richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep en door de inspectie en de tuchtrechter ontwikkelde kaders. Dit criterium van 'goed zorgverlenerschap' is niet anders bij de inzet van digitale zorg door de zorgaanbieder in de behandelrelatie met de patiënt. Voor het voorschrijven van medicijnen geldt bovendien de Geneesmiddelenwet die bepaalt dat medicijnen enkel voorgeschreven mogen worden als er een behandelrelatie is die fysiek tot stand is gekomen.

De bekostiging van digitale zorg in de verschillende zorgsectoren volgt in de meeste situaties de uitgangspunten zoals beschreven in de KNMG richtlijn 'online arts-patiënt contact'. Dit betekent dat de bekostiging over het algemeen toestaat dat zorg op afstand gedeclareerd kan worden, mits door de zorgaanbieder wordt voldaan aan de van toepassing zijnde normen, richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep.



3. Declareren van digitale zorg

3. Declareren van digitale zorg

De NZa bepaalt welke zorg aanbieders in rekening mogen brengen en wat de zorg (maximaal) mag kosten. Hiervoor stelt de NZa prestaties en tarieven vast waarmee zorgaanbieders de zorg declareren. In dit hoofdstuk lichten we toe hoe deze prestaties en tarieven zich verhouden tot digitale zorg.

Ruimte binnen bestaande prestaties

Elke zorgsector kent zijn eigen bekostigingssystematiek. De mogelijkheden voor het declareren van digitale zorg hangen af van het type zorg. De NZa beschrijft de zorgprestaties (altijd in overleg met veldpartijen) zoveel mogelijk functioneel: we omschrijven de zorg en schrijven niet voor wie de zorg levert of waar deze moet worden uitgevoerd. Dit biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren veel ruimte om eigen keuzes te maken over de inzet van vormen van digitale zorg.

Het staat zorgaanbieders binnen de bestaande prestaties vrij om hun zorgproces te veranderen door bijvoorbeeld face-to-face contact gedeeltelijk te vervangen door digitale zorg op afstand, of om digitale zorg als aanvulling op de behandeling aan te bieden. Dit is goed mogelijk zonder dat de bestaande prestaties gewijzigd moeten worden. Dit alles natuurlijk binnen de in het vorige hoofdstuk geschetste kaders.

Niet voldoende ruimte?

Vaak bieden de bestaande prestaties voldoende ruimte voor nieuwe ontwikkelingen. Waar dat niet het geval is, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren een nieuwe prestatie aanvragen. De NZa kan ook uit eigen beweging een nieuwe prestatie vaststellen. De NZa consulteert stakeholders zoals brancheorganisaties, wetenschappelijke verenigingen of patiëntenorganisaties over nut en noodzaak van de nieuwe prestatie. Bij een positieve conclusie stelt de NZa de prestatie en een bijbehorend tarief vast. Vaak is dat een vrij tarief waarbij veel maatwerk mogelijk is. Sommige sectoren kennen extra mogelijkheden zoals een facultatieve prestatie, max-maxtarieven of bijvoorbeeld segment 3 van de huisartsenzorg.

Voor welke digitale zorg zijn geen prestaties mogelijk?

Digitale zorgtoepassingen ondersteunen meestal de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een toepassing is dus op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet los kunnen declareren naast de prestaties voor de geleverde zorg. Zij moeten dit terugverdienen als onderdeel van de tarieven voor de zorg.





In de tarieven zitten kosten van nieuwe ontwikkelingen

In de zorgsectoren waarin de NZa de tarieven vaststelt (d.w.z. geen vrije tarieven) nemen we de kosten van digitale zorgtoepassingen die

redelijkerwijs nodig en onvermijdelijk zijn vanwege de nauwe relatie met de levering van zorg zoveel mogelijk mee in de prestatie en hoogte van het tarief.

De NZa voert periodiek kostenonderzoeken uit in tariefreguleerde sectoren waarbij integraal alle kosten van zorgaanbieders in kaart worden gebracht. Bij dit proces van tariefherijkingen worden steeds de laatste ontwikkelingen verdisconteerd in nieuw vast te stellen tarieven voor de zorg, inclusief de kosten die gemoeid zijn met digitale zorg. In deze zin zijn de kosten daarvoor vergelijkbaar met overheadkosten, huisvestingskosten of personeelskosten van een zorgaanbieder die ook uitgevraagd worden tijdens een kostenonderzoek. Hierbij geldt in zijn algemeenheid dat kosten in de loop van de tijd kunnen veranderen en lokaal of per zorgaanbieder sterk kunnen verschillen. Soms worden de kosten op normatieve basis vastgesteld.

We beoordelen steeds per geval of een nieuwe zorgactiviteit of nieuwe toepassing daadwerkelijk bij zorg hoort in de zin van de Zvw en langdurige zorg, en of de kosten noodzakelijk en onvermijdelijk zijn. De NZa consulteert hierbij steeds de relevante veldpartijen over nut en noodzaak van de nieuwe prestaties en tarieven.

Er zijn vormen van zorg waarvoor de NZa geen prestaties vaststelt. Bijvoorbeeld voor de niet-receptplichtige geneesmiddelen die vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist. Ook voor medische hulpmiddelen stelt de NZa geen prestaties vast. Wel vallen de medische hulpmiddelen onder het zogenoemde transparantietoezicht van de NZa.

Geen prestatie mogelijk

Voor digitale zorg in de vorm van een ICT-applicatie of gezondheidsapp die losstaat van een geneeskundige behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt of cliënt kan de NZa (nog) geen prestatie vaststellen. Wel worden de betreffende kosten – wanneer deze onderdeel uitmaken van een prestatie – door de NZa meegenomen in de tarieven van de geleverde zorg. Apps voor zelfmanagement en consumenten apps om bijvoorbeeld fitheid te meten vallen (meestal) niet onder verzekerde zorg.

Beleidsregel innovatie voor experimenten met digitale zorg

Voor digitale zorg die niet past in bestaande zorgprestaties kunnen aanbieders een beroep doen op de beleidsregel ['Innovatie voor kleinschalige experimenten'](#). Deze beleidsregel biedt de mogelijkheid om drie jaar (en in sommige gevallen 5 jaar) een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg.

Deze route is vooral interessant als innovators snel een declaratietitel willen voor hun digitale zorg en lokaal willen experimenteren.

De innovatie moet gericht zijn op een van de volgende verbeteringen:

- Nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs-/kwaliteitsverhouding.
- Een efficiëntere zorgorganisatie.
- Betere kwaliteit van zorg.

Het verzoek voor een experiment moet tweezijdig zijn: van een zorgaanbieder en verzekeraar of zorgkoor gezamenlijk. Tijdens het experiment kunnen andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren aansluiten. Voor afloop van het experiment kunnen zij een aanvraag indienen bij de NZa om de zorg in het experiment regulier te bekostigen. De NZa onderzoekt vervolgens of de zorg een plek kan krijgen binnen de reguliere bekostiging.

4. Zorgsectoren



[preventie](#)



[huisartsen
zorg](#)



[medisch-
specialistische
zorg](#)



[paramedische
zorg](#)



[farmaceutisch
zorg](#)



[mondzorg](#)



[geboorte-
zorg](#)



[basis-ggz](#)



[gespecialiseerde
ggz](#)



[verpleging en
verzorging
Wlz](#)



[wijkverpleging](#)



[hulpmiddelen](#)



Preventie

Bekostiging algemeen

De NZa heeft ruimte in de regels voor geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen met een verhoogd risico op ziekte. Zorggerelateerde preventie omvat het voorkomen van verergering bij een somatische of psychische aandoening of het voorkomen van een aanvullende aandoening. Preventie als activiteit en/of prestaties met een preventief element of karakter erin komen voor in vrijwel alle zorgsectoren.

Om aan preventie in de Zvw en Wlz te kunnen doen (dus ook voor experimenteren en/of te innoveren) gelden [enkele voorwaarden](#) volgens het Zorginstituut Nederland:

- De verzekerde heeft een ziekte of een hoog risico op ziekte (algemeen indicatiecriterium).
- De zorg behoort tot de te verzekeren prestaties.
- De preventie-interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
- De preventie-interventie in de Zvw moet voldoen aan het criterium "zoals huisartsen, specialisten etc. dat plegen te bieden".

Bekostigen digitale zorg

Zoals aangegeven komt preventie als onderdeel van de dagelijkse zorgverlening voor in vrijwel alle zorgsectoren. De verscheidenheid aan vormen van preventie is daardoor behoorlijk groot te noemen. Uit de prestatie is niet altijd af te leiden dat de geleverde zorg een sterk preventief karakter heeft. Een huisarts kan tijdens zijn consult een preventief advies geven aan een patiënt zonder dat dit tot uiting komt in de omschrijving van het consult dat wordt gedeclareerd. Het huisartsenconsult is in de regel namelijk bewust algemeen omschreven en juist bedoeld voor de veelheid aan situaties die langs komen in de huisartsenpraktijk. In andere situaties is bewust – in samenwerking met alle betrokkenen – gekozen voor een afgebakende omschrijving in de prestatie. Bijv. bij de prestaties voor gecombineerde leefstijlinterventie zijn de activiteiten die de zorgverlener uitvoert meer in detail omschreven en is het preventieve karakter duidelijk.



WOLK airbag:

Technologisch hulpmiddel voorkomt heupfracturen als gevolg van een val. Een stimulans voor mensen om na revalidatie of een eerdere val, weer mobiel te worden. Het hulpmiddel geeft mensen een gevoel van zekerheid, waardoor ze weer durven te bewegen. [Beweging](#) en mobiliteit zijn belangrijke doelen voor ieders gezondheid. Hier gaat een belangrijke preventieve werking vanuit. Het voorkomen van heupfracturen is een voorbeeld van preventie. In een [filmpje](#) vertelt een gebruiker over zijn ervaringen. Zorginstellingen werken met WOLK airbag als een van de mogelijkheden om hulpmiddelen preventief (en gedurende revalidatie) in te zetten.

Na een val geeft dit product een signaal af aan een contactpersoon. De WOLK registreert ook enkele valspecificaties. De WOLK wordt momenteel aangeschaft door instellingen via de kwaliteitsgelden in de langdurige zorg en innovatiesubsidies.

Belangrijk om voor ogen te houden is dat de behandeling van risico op ziekte niet te onderscheiden is van de behandeling van een ziekte, aldus het Zorginstituut (CVZ, Van preventie verzekerd, 2007). De ruimte om digitale zorg in te zetten bij preventie is in wezen niet anders dan bij reguliere zorg. In het geval van geïndiceerde preventie en zorg gerelateerde preventie is er dus ook ruimte om digitale zorg te leveren en vergoed te krijgen.

Preventie is breder dan alleen Zvw en Wlz

Preventie beperkt zich niet alleen tot de Zvw en Wlz. Er zijn individuele gevallen waarbij meerdere wetten (Jeugdwet, Wmo, Zvw en Wlz) een bijdrage leveren. In de praktijk betekent dit dat er ook meerdere financieringsbronnen en inkoopende partijen bij betrokken zijn. Op de website van de NZa is [meer informatie](#) hierover te vinden waaronder een [overzicht van hoe de verschillende wetten](#) bij de doelgroepen van de vier vormen van preventie betrokken kunnen zijn.

Nationaal Preventieakkoord

In november 2018 publiceerde het ministerie van VWS het [Nationaal preventieakkoord](#). Daarin hebben maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, fondsen, sportverenigingen en -bonden en het kabinet samen een krachtig statement gemaakt. Met als doel een maatschappelijke beweging te starten die Nederland nog gezonder en vitaler maakt. Roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik zijn de onderwerpen van aandacht. Per onderwerp zijn ambities en doelstellingen benoemd.

ggz-app voor mensen met AD(H)

PsyQ is een landelijk opererend netwerk en samenwerkingsverband van een aantal ggz-instellingen. Daar wordt gewerkt met [Super Brains](#), een lifestyle app voor mensen met AD(H)D en hun behandelaar.

Marjolein Tanke is behandelaar van mensen met AD(H)D bij PsyQ: "Super Brains ondersteunt mijn behandeling. Doordat je mensen eigenlijk helpt te stabiliseren in een wachtperiode, kun je veel sneller en effectiever behandelen."

De inzet van de app werkt preventief en voorkomt dat de situatie verergert voordat contact is met een behandelaar. De inzet van de app Super brains maakt onderdeel uit van een ggz behandeling en wordt via een opslag op de reguliere tarieven gefinancierd op basis van de [beleidsregel innovatie](#) van de NZa.





Huisartsenzorg

Bekostiging algemeen

De bekostiging van de huisartsenzorg bestaat uit drie segmenten en een aantal prestaties dat buiten de segmenten valt.

- **Segment 1** bevat prestaties met een maximumtarief om de basiszorg van de huisarts te bekostigen. Zo zijn er prestaties voor consulten met de huisarts of poh-ggz. Ook is er een vast inschrijftarief per patiënt voor de financiering van overheadkosten.
- **Segment 2** is bedoeld voor de bekostiging voor een specifieke groep chronisch zieken. Het bevat bijvoorbeeld prestaties met een vrij tarief om ketenzorg voor diabetes mellitus type 2, vasculair risicomanagement en COPD te bekostigen. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen afspreken om zorg voor deze aandoeningen met één prestatie en één tarief in rekening te brengen, maar dat hoeft niet. Zij zijn hiertoe niet verplicht en kunnen de zorgverlening ook met de prestaties van segment 1 in rekening brengen. Het is daarnaast mogelijk om zonder contract een maximumtarief in rekening te brengen voor de meest voorkomende ketenzorgprestaties.
- Met **segment 3** kunnen (gezondheids)uitkomsten en vernieuwing van zorg geleverd in segment 1 en 2 worden beloond. De huisarts kan prestaties in dit segment alleen in rekening brengen als hij/zij hierover een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar. In deze overeenkomst kunnen ook voorwaarden staan over de invulling van deze prestatie. De prestaties in dit segment hebben een vrij tarief.
- **Overig:** tot slot valt een aantal losse prestaties buiten de segmenten.

Bekostigen digitale zorg

In ieder segment zijn mogelijkheden voor het bekostigen van digitale zorg.

Segment 1

Het inschrijftarief kan worden ingezet om de website te onderhouden en een online afsprakenplanner te financieren. Ook kan men in dit segment consulten op afstand declareren als reguliere consulten.

In de opslag op het inschrijftarief voor inzet van poh-ggz valt onder andere de vergoeding voor begeleiding van zelfmanagementprogramma's door de poh-ggz die de huisartsenpraktijk via een vorm van e-health aanbiedt. Hierover kunnen eventueel nog aanvullende afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraar.

Het virtuele meedenkconsult

Bij [het virtuele meedenkconsult](#) adviseren medisch specialisten in multidisciplinaire teams via een messenger platform (de Siilo app) huisartsen vanuit verschillende invalshoeken bij ingebrachte, geanonimiseerde casuïstiek. Doel is o.a. onnodige verwijzingen en diagnostiek in de eerste lijn te voorkomen en een bijdrage leveren aan de werkvreugde.

Marijke den Uijl, huisarts te Leusden

"Laagdrempelig overleggen met specialisten die mij een betere dokter maken en de patiënt een traject in het ziekenhuis kunnen besparen."

Heleen van der Zwaan, Cardioloog

"Medisch wetenschappelijke kennis neemt nog altijd enorm toe, samenwerking is daardoor belangrijker dan ooit."

Toelichting consulten op afstand

Als een consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met een consult in de spreekkamer, mag men vanaf 2019 een vorm van consult declareren. Bij bijvoorbeeld een uitgebreide e-mailcontact kan men dus een declaratietitel kort consult, consult of lang consult declareren aan de zorgverzekeraar.

Het gebruikte communicatiemiddel tussen huisarts en patiënt (face-to-face, telefoon, e-mail, persoonlijke gezondheidsomgeving etc.) doet er niet meer toe. Sinds 2019 zijn de consulten van de huisartsen e-healthproof.

De poh-ggz die consulten heeft met de patiënt kan vergelijkbare prestaties declareren als de huisarts. Ook voor de poh-ggz geldt dat het communicatiemiddel met de patiënt (digitaal of niet) er niet meer toe doet.



Segment 2

Met segment 2 wordt zorg rondom een specifieke groep chronisch zieken bekostigd. De ketenprestaties zijn algemeen beschreven. Hierdoor kunnen zorgaanbieders onderdelen van de ketenzorg op afstand leveren, of zelfmanagementprogramma's inzetten. Deze e-health toepassingen kunnen vergoed worden met het afgesproken tarief voor de integrale ketenprestatie (of indien van toepassing het maximumtarief).

Segment 3

In segment 3 kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders aanvullende afspraken maken om e-health toepassingen te bekostigen die volgens hen van waarde zijn voor de patiënt. Zo kunnen zij via de prestatie 'Zorgvernieuwing e-health' afspraken maken over de vergoeding van of beloning voor inzet van e-health binnen de geboden zorgverlening voor:

- digitale instrumenten voor zelfmanagement door de patiënt;
- digitale behandelvormen.

Via de prestatie 'Resultaatbeloning service en bereikbaarheid' kunnen huisartsen met verzekeraars afspraken maken over beloning van zorgkwaliteit en/of kosten door een verbetering in service en bereikbaarheid. Hieronder vallen afspraken over mogelijkheden voor patiënten om digitaal afspraken te maken met de huisartspraktijk, digitaal herhaalrecepten aan te vragen of volledige telefonische bereikbaarheid.



Meekijkconsult

Ook kan de huisarts de prestatie meekijkconsult gebruiken. Dit type consult is bedoeld om expertise van andere zorgverleners, zoals medisch specialisten of andere experts, in te roepen om zijn behandelbeleid te bepalen. Deze raadpleging kan zowel face-to-face als op afstand plaatsvinden. Het doel van de raadpleging is om verwijzing te voorkomen of, als dat nodig is, doelgericht te kunnen verwijzen. De huisarts blijft bij het inroepen van expertise de hoofdbehandelaar.

Overig

Een prestatie die valt buiten de drie segmenten is de prestatie 'Teledermatologie'. Hiermee kan de huisarts beeldmateriaal van een huidafwijking delen met een dermatoloog. De inzet van de dermatoloog die de huidafwijking beoordeelt, wordt bekostigd met een prestatie uit de tweede lijn (overig zorgproduct). De huisarts bespreekt de uitslag met de patiënt.

Online Patiëntinzage Eerstelijnszorg Nederland

Per 1 juli 2020 is het wettelijk verplicht om patiënten elektronisch toegang te geven tot de eigen medische gegevens. In de huisartsenzorg is hiervoor het 4-jarig programma Online Patiëntinzage Eerstelijnszorg Nederland (OPEN) opgericht voor het ontsluiten van patiëntgegevens. Huisartsen en andere zorgverleners uit de gecontracteerde programmatische ketenzorg, vertegenwoordigd in een regionale coalitie onder regie van een huisartsenorganisatie, wordt het hiermee mogelijk gemaakt om iedere inwoner in Nederland die dat wil veilig, betrouwbaar en zonder kosten, digitaal en gestandaardiseerd te kunnen laten beschikken over de eigen gezondheidsgegevens.

Voor de financiering hiervan zijn in het Hoofdlijnenakkoord afspraken gemaakt dat € 75 miljoen beschikbaar wordt gesteld. Hiervan is € 47,45 miljoen gereserveerd voor een tegemoetkoming voor de extra tijd en inspanning die van de huisartsen wordt gevraagd. VWS hevelt deze laatstgenoemde middelen over naar het macrokader huisartsenzorg. De financiële middelen worden daarbij voor een periode van maximaal 3 jaar ter beschikking gesteld. Hiermee wordt het onderdeel van de reguliere huisartsenbekostiging.

In de beleidsregel Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorgverlening 2020 wordt hiervoor een nieuwe prestatie 'deelname programma OPEN' opgenomen, die afhankelijk van het soort patiënt, op twee verschillende wijzen in rekening kan worden gebracht:

- als opslag op het inschrijftarief per op naam van de huisarts ingeschreven verzekerde patiënt;
- als opslag op het consulttarief gemoedsbezwaarde.

Voor de verdere voorwaarden is de meest recente beleidsregel te vinden op [het documentenplatform van de NZa](#).

Apps: kaf van het koren scheiden

Het National eHealth Living Lab (NeLL – het onafhankelijke, wetenschappelijke kennisplatform voor eHealth) smeedt samenwerkingen, om de mogelijkheden van zelfregie en zelfzorg voor inwoners van Nederland te vergroten en zorgprofessionals handvatten te geven voor het gebruik van e-health binnen bestaande zorgprocessen. E-health kan ook bijdragen aan meer zelfregie van zorg en gezondheid, mits in co-creatie met de eindgebruiker ontwikkeld, zoals bij mensen met lage gezondheidsvaardigheden. Mits de tool betrouwbaar is en goed gebruikt wordt, kan e-health meer inzicht geven in de eigen gezondheid, zet een app aan tot het maken van gezonde leefstijlkeuzes of zorgt het voor beter gebruik van medicatie. Voor zorgprofessionals draagt e-health bij aan het bieden van persoonsgerichte zorg en kan het helpen bij een meer efficiënte praktijkvoering. Maar het grote aanbod maakt het lastig om keuzes te maken. Naast veelbelovende of bewezen effectieve toepassingen zijn er helaas ook veel onzinnige toepassingen. NeLL is opgericht om het kaf van het koren te scheiden.

Rob Dijkstra, bestuursvoorzitter Nederlands Huisartsen Genootschap

“Kwalitatief hoogwaardige zorg is altijd blended care: digitale zorgtoepassingen gecombineerd met persoonlijke aandacht van een zorgprofessional. Dit kan alleen als we weten wat werkt en wat niet. Continu wetenschappelijk onderzoek naar digitale zorgtoepassingen is dan ook van groot belang.”

*“Weten wat werkt
en wat niet”*



Extra ruimte voor e-health

- Deels vrije tarieven
- Veel maatwerkafspraken mogelijk in segment 3
- Ruime prestatiebeschrijvingen in segment 1 en 2
- Speciale prestaties zoals 'Teledermatologie' en 'Zorgvernieuwing e-health'
- [VIPPP Huisartsen / OPEN](#)



Medisch-specialistische zorg

Bekostiging algemeen

De bekostiging van medisch-specialistische zorg gebeurt met dbc-zorgproducten en overige zorgproducten. De registratie van een diagnose en zorgactiviteiten binnen een vastgestelde periode leidt tot een dbc-zorgproduct. De zorgaanbieder brengt dit in rekening bij de zorgverzekeraar of patiënt. Verschillende zorgactiviteiten met diagnoses kunnen leiden tot hetzelfde dbc-zorgproduct. Dit komt omdat dbc-zorgproducten gemiddelde producten zijn: zorg die vergelijkbaar is qua prijs en zorginhoud valt onder hetzelfde dbc-zorgproduct.

Soms is het ook mogelijk om zorgactiviteiten los te bekostigen met een overig zorgproduct.

De meeste dbc-zorgproducten (circa 70%) hebben een vrij tarief. Voor de overige 30% gelden maximumtarieven (of hogere max-maxtarieven).

Digitale zorg bekostigen

Op basis van het dbc-zorgproduct of geregistreerde zorgactiviteiten is niet altijd duidelijk of er sprake was van digitale zorg. Dit komt omdat de zorgactiviteiten zijn bedoeld om een medische handeling te beschrijven.

Vaak staan in de regels geen nadere voorwaarden voor de uitvoering van de medische handeling, bijvoorbeeld al dan niet met e-health toepassingen.

Dat betekent dat de meeste zorgactiviteiten ook geregistreerd kunnen worden als zij uitgevoerd zijn of ondersteund worden met e-health. Voor een aantal e-health toepassingen gelden in overleg met veldpartijen wel specifieke zorgactiviteiten. Die passeren hieronder de revue.

Zorgactiviteiten voor consulten op afstand

Voor een (herhaal)consult op afstand kan de zorgaanbieder de zorgactiviteit screen-to-screen consult (190161), belconsult (190162) of schriftelijke consultatie (190163) registreren.

Onder schriftelijke consultatie valt ook het contact per e-mail of andere digitale vormen van contact zoals chatten.

Voorwaarde is wel dat het consult op afstand zowel inhoudelijk als qua tijdsbesteding vergelijkbaar is met de zorgverlening die tijdens een regulier polikliniekbezoek. Als de zorgaanbieder het eerste consult op afstand levert, kan de zorgaanbieder de zorgactiviteit screen-to-screen consult registreren. Dit kan vooraf aan een eerste polikliniekbezoek plaatsvinden. Bij een belconsult of schriftelijke consultatie kan registreren pas nadat het eerste poliklinisch bezoek heeft plaatsgevonden.

Zorgactiviteit voor het monitoren van patiënten op afstand

Sinds 2019 is het ook mogelijk om de zorgactiviteit voor telemonitoring (039133, 032716) te registreren en leidt deze samen met de zorgactiviteiten op afstand af naar een declarabel product.



Zuyderland ziekenhuis: pilot monitoring op afstand bij COPD-patiënten

Patiënten met de longziekte COPD kunnen sinds kort vanuit thuis meetwaarden insturen naar de polikliniek Longgeneeskunde.

Longarts Pathman Pasupathy licht de werking toe: "Wekelijks vullen patiënten op hun tablet een vragenlijst in en sturen ze hun saturatiewaarde door. Bij verslechtering van de situatie krijgen wij een melding en nemen we als het nodig is via beeldbellen (iPad) contact op met de patiënt."

Monique van de Kragt, physician assistant op de poli, laat weten blij te zijn met de proef: "Voor patiënten, die door hun ziekte toch al minder energie hebben, is het natuurlijk fantastisch dat ze niet iedere keer naar de poli hoeven te komen. Deze pilot sterkt ons ook in de visie dat we de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt willen organiseren. Het is mooi dat we hiermee kunnen experimenteren."

"Zorgverzekeraar CZ en Zuyderland ziekenhuis doen samen ook onderzoek naar de effecten van nieuwe technologieën voor patiënten met andere aandoeningen zoals chronische darmaandoening en Parkinson. Bij de eerste aandoening ziet het Zuyderland ziekenhuis dat het aantal polikliniekbezoeken met 40% is gedaald en dat het aantal ziekenhuisopnames is gehalveerd. Dit is prettig voor patiënten en legt minder druk op de specialisten. Met de tijd die vrijkomt, kunnen zij veel gericht werken, worden wachtlijsten verkort en levert het een positieve bijdrage aan het personeelstekort. Wij streven ernaar dat dergelijke succesvolle initiatieven snel worden opgepakt in het hele land."

Medisch-specialistische zorg thuis

Dankzij technologische ontwikkelingen is het steeds vaker mogelijk om medisch-specialistische zorg bij patiënten thuis te leveren. Dit is een belangrijk onderdeel van het gedachtegoed van de Juiste Zorg op de Juiste Plek; zorg zoveel mogelijk dichtbij de patiënt leveren en alleen in het ziekenhuis als het moet. Voor patiënten is het fijn als zij niet steeds op en neer naar het ziekenhuis moeten. Ook helpt deze ontwikkeling de zorg betaalbaar te houden.

Per 2020 is er daarom een nieuwe zorgprestatie (190228) die de declaratie van klinische zorg thuis mogelijk maakt.

Transformatiegelden uit hoofdlijnenakkoord

In het budgettair kader msz zijn extra middelen opgenomen (de zogenaamde transformatiegelden) waarmee zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken kunnen maken over initiatieven die bijdragen aan de beweging richting [de Juiste Zorg op de Juiste Plek](#). Bij deze beweging wordt uitgegaan van het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichtbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door digitale zorg).

De zorgactiviteiten voor het beoordelen van diagnostiek op verzoek van de huisarts

Een medisch specialist kan op verzoek van de huisarts diagnostiek beoordelen. Dit gebeurt meestal via digitale uitwisseling van gegevens. Een medisch specialist kan bijvoorbeeld een ECG, holteronderzoek, inspanningsonderzoek, longfunctieonderzoek, of dermatologische klacht beoordelen. Voor deze zorgproducten gelden in 2019 nog overige zorgproducten met een maximumtarief of max-max tarief (39757, 39929).



Vrije tarieven eerstelijnsdiagnostiek

Per 2020 gelden vrije tarieven voor de eerstelijnsdiagnostiek (met uitzondering van trombosezorg). Bij vrije tarieven stelt de NZa geen maximumtarieven vast en onderhandelen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf over de prijs en behandeling.

Deze aanpassing is bedoeld om meer ruimte te bieden aan maatwerkafspraken die passen bij de lokale omstandigheden en de behoeften van patiënten.

Financiële prikkels beter voor teledermatologie

Dit betekent o.a. dat per 2020 voor het beoordelen van een dermatologische klacht op verzoek van de huisarts (op basis van een overig zorgproduct 1^e lijnsdiagnostiek) ook het vrije tarief geldt. Daardoor verdwijnt het huidige verschil in tariefregime met een dbc-zorgproduct voor dermatologie (dat ook een vrij tarief kent). En is een mogelijke belemmering weggenomen voor het opschalen van teledermatologie in de 1^e lijn. Dit voorkomt hopelijk onnodige ziekenhuisbezoeken.

Face-to-facecontact in zorgtraject

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars vinden het belangrijk dat de hoofdbehandelaar een patiënt minimaal één keer fysiek ziet, om zo de kwaliteit van zorg te borgen. Het face-to-face contact is in 2019 nog verplicht op basis van artikel 5 van de Regeling medisch-specialistische zorg; ieder subtraject met ZT11 bevat tenminste één fysiek face-to-face contact. Deze verplichting leidde tot meerdere knelpunten en administratieve lasten. Omdat hier steeds meer uitzonderingen aan toegevoegd werden, en het patiënt-contact via [andere routes](#) is gewaarborgd, is besloten per 2020 de face-to-face verplichting in dit artikel te beëindigen. Dit sluit beter aan op de praktijk en helpt (duurdere) zorg te voorkomen.

Nijmeegse ziekenhuizen wisselen beelden digitaal uit

Het Radboudumc en het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis zijn sinds medio 2018 door middel van het zogeheten XDS-netwerk aan elkaar verbonden. Dankzij dit netwerk kunnen de Nijmeegse ziekenhuizen nu elektronische patiënten-data zoals medische beelden met elkaar uitwisselen.

Volgens Laurens de Groot, projectleider Informatie Management van het Radboudumc, is de informatie nu sneller beschikbaar en is het proces van uitwisseling veel veiliger.

“Normaal worden er door het Radboudumc tienduizenden dvd's per jaar ontvangen en verstuurd met beelden van en naar andere ziekenhuizen. Dit zal vanaf nu fors verminderen”, meldt de Groot. “Tevens is er door de nieuwe manier van gegevensuitwisseling minder noodzaak tot overdiagnostiek, omdat de arts beslissingen neemt op basis van bestaande informatie, zonder een nieuwe scan uit te moeten voeren bij de patiënt.”

De ambitie is dat ook andere specialismen XDS gaan gebruiken. Niet alleen voor het uitwisselen van beelden, maar ook voor correspondentie, rapporten, uitslagen, enzovoort.

Ewoud van Dijk, neuroloog: “Artsen in beide ziekenhuizen werken binnen allerlei specialismen nauw met elkaar samen. Een voorwaarde voor deze 'netwerkgeneeskunde' is een goede en veilige informatieoverdracht. Dit is een belangrijke mijlpaal. We moeten het met de hele regio zo gaan doen.”



Nabije toekomst: Belonen van zorg die waarde toevoegt

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) stelt jaarlijks maximumtarieven vast voor ongeveer 30% van de medisch-specialistische zorg. Voor het overige deel, het vrije segment, maken zorgverzekeraars en zorgaanbieders nu ook al samen afspraken over de tarieven en de voorwaarden. Vrije tarieven bieden meer ruimte voor maatwerk waarmee extra kwaliteit en innovatie in de zorg kan worden beloond. Hierdoor kan de zorg beter aansluiten bij lokale omstandigheden en behoeften van patiënten.

In de nabije toekomst zal de bekostiging van de gehele medisch-specialistische zorg meer ruimte moeten gaan bieden voor maatwerk, gericht op het creëren van waarde voor de patiënt. Deze doelstellingen staan ook beschreven in het recente NZA-advies [Belonen van zorg die waarde toevoegt](#). Vrije tarieven passen, mits aan randvoorwaarden wordt voldaan, in dit toekomstbeeld. Voor meer informatie, lees ook het artikel [Zorg inkopen die waarde toevoegt voor patiënten](#).

Georgette Fijneman, [voorzitter van zorgverzekeraar Zilveren Kruis](#) over [Zorg Veilig Thuis](#):

“Bij Zilveren Kruis hebben wij het thema ‘Zorg Veilig Thuis’ geïntroduceerd. Veel mensen vinden het prettig om zorg thuis te krijgen. Zij ervaren dat zorg in hun eigen omgeving hen meer regie op hun leven, flexibiliteit en comfort geeft.”

“Door de technische mogelijkheden wordt het makkelijker om met een app of via beeldbellen patiënten continue thuis te monitoren en alleen naar het ziekenhuis te laten komen wanneer dit medisch noodzakelijk is. Wij geloven dat deze transformatie een antwoord is op de toenemende zorgvraag, de krapte op de arbeidsmarkt en stijgende zorgkosten.”

Klinisch technoloog als taakherschikker

[De juiste zorg op de juiste plek](#) vraagt ook om een herindeling van zorgtaken. Zo hoeven medisch-specialisten niet alle medische handelingen zelf uit te voeren. De medisch-specialist kan zich beter richten op complexe zorg als andere professionals taken overnemen. Daarom wordt de klinisch technoloog per 1 januari 2020 toegevoegd aan het rijtje van beroepen die de poortfunctie uitvoeren. Beroepsbeoefenaren met een poortfunctie mogen zelfstandig, dat wil zeggen zonder tussenkomst van een medisch-specialist, zorgtrajecten openen en in rekening brengen.

Onderlinge dienstverlening per 2020

Om de samenwerking tussen zorgaanbieders niet in de weg te staan, is de regel voor onderlinge dienstverlening verruimd. Met de aangepaste regel kan onderlinge dienstverlening ook plaatsvinden tussen zorgaanbieders uit de eerste lijn en zorgaanbieders uit de tweede lijn. Ook met deze maatregel dragen we bij aan de juiste zorg op de juiste plek: zorg in de eerste lijn als het kan en alleen in de tweede lijn als het moet.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Grotendeels vrije tarieven
- Max-max tarieven
- Speciale zorgactiviteiten voor digitale zorg
- Transformatiegelden beschikbaar
- [VIPP Medisch-specialistische zorg](#)



Paramedische zorg

Bekostiging algemeen

Onder paramedische zorg vallen fysiotherapie, oefen therapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Voor deze sectoren heeft de NZa prestaties vastgesteld.

Fysiotherapie, oefen therapie en logopedie kennen prestaties per patiëntcontact waarbij een bedrag per prestatie zoals een zitting wordt gedeclareerd, ongeacht de tijdsduur.

Ergotherapie en diëtetiek kennen ook prestaties per patientcontact zoals een zitting, maar die worden in tijdseenheden per 15 minuten gedeclareerd.

De paramedische sectoren kunnen naast de reguliere prestaties ook een facultatieve prestatie aanvragen bij de NZa en na vaststelling in rekening brengen. Alle prestaties hebben een vrij tarief en zijn ruim omschreven. Zo kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zelf verder invulling geven aan hun afspraken over de paramedische zorg.

Digitale zorg bekostigen

De zorgaanbieder kan gebruik maken van de beschreven reguliere prestaties om digitale zorg te declareren. In de paramedische zorgsectoren zijn dat vaak prestaties voor een zitting. Een fysiotherapeut die bijvoorbeeld een zitting heeft met een patiënt via beeldschermcontact mag een individuele zitting declareren.

Ontwikkelingen

Door voortschrijdende ontwikkelingen zijn er steeds meer mogelijkheden op het gebied van digitale zorg waarvoor de NZa geen aparte prestaties voor hoeft vast te stellen. De algemene prestatie zitting biedt in de regel voldoende ruimte. Mocht deze prestatie toch onvoldoende ruimte geven dan is de zorginnovatie, na een aanvraag bij de NZa, via een facultatieve prestatie te declareren.

Het declareren van één prestatie voor een volledig behandelprogramma is bijvoorbeeld niet mogelijk op basis van de reguliere prestaties. De reden is dat de reguliere prestaties per patiëntcontact worden gedeclareerd.

Een behandelprogramma daarentegen omvat meerdere losse patiëntcontacten die als geheel in één keer in rekening worden gebracht. Het is mogelijk om een facultatieve prestatie aan te vragen om een behandelprogramma in rekening te brengen en daarbij geen gebruik te maken van de losse reguliere prestaties.

Kosten van digitale oefenprogramma's

In de paramedische zorg zien we een steeds bredere toepassing van applicaties die de reguliere behandeling vervangen of die de patiënt ondersteunen tijdens de behandeling. Het digitale programma doet bijvoorbeeld oefeningen voor en geeft daar uitleg bij, in de eigen tijd van de patiënt. De reguliere prestaties kunnen gebruikt worden om de zorgverlening aan de patiënt in rekening te brengen. Voor enkel het gebruik van een applicatie door een patiënt kan geen prestatie in rekening worden gebracht. Een aanbieder kan wel de applicatie of ICT-kosten die samenhangen met het aanbieden van digitale oefenprogramma's meenemen in de hoogte van het tarief voor de reguliere prestaties.

Telelogopedie

Anders dan in de overige paramedische zorgsectoren bestaat in de logopedie de specifieke e-health prestatie telelogopedie, oftewel een individuele zitting logopedie via internet ter vervanging van een fysieke zitting. De logopedist kan de prestatie telelogopedie declareren wanneer er ook face-to-face zittingen zijn met de patiënt.

Aan de slag met innovatie

De NZa vindt het een goede ontwikkeling dat brancheverenigingen actief bezig zijn om vorm en inhoud te geven aan de digitale mogelijkheden in de paramedische zorg.

In het [jaarplan van de KNGF](#) voor 2019 is het volgende opgenomen:

'We gaan 10 technologische, met name multidisciplinaire, innovaties met een hoge impact voor de dagelijkse praktijk van de fysiotherapeut verkennen en in beeld brengen. Van de top 3 worden pilots uitgevoerd en wordt aangetoond wat de toegevoegde waarde is van de technologische innovatie. De uitkomsten van deze pilots delen we met al onze leden.'



Extra ruimte voor digitale zorg

- Vrije tarieven
- Facultatieve prestatie
- Prestatiebeschrijvingen zijn ruim omschreven
- Bijzondere prestatie voor telelogopedie



Farmaceutische zorg

Bekostiging algemeen

De bekostiging van farmaceutische zorg gebeurt met prestaties voor de verstrekking van een geneesmiddel, uitleg over geneesmiddelen en begeleiding van een patiënt.

Bekostigen van digitale zorg

Digitale zorg wordt in de farmaceutische zorg voornamelijk ingezet bij het online aanvragen van (herhaal)recepten, het stellen van vragen en informeren of de medicatie klaarligt.

In de prestaties voor farmaceutische zorg staat niet hoe men de zorg precies moet leveren. Dit kan dus zowel face-to-face met de patiënt als op afstand. De zorg die valt onder de terhandstelling van geneesmiddelen of het begeleidingsgesprek bij een voor de patiënt nieuw geneesmiddel hoeft dus niet aan de balie plaats te vinden om het te kunnen declareren. Ook als dit via het beeldscherm of de telefoon gebeurt, kan de apotheker deze zorg declareren.

Met de facultatieve prestatie voor apotheekeerzorg is het bovendien mogelijk om een prestatiebeschrijving vast te stellen die afwijkt van de door de NZa vastgestelde prestaties. Zo kan een facultatieve prestatie voor een e-healthtoepassing worden aangevraagd als het lastig is om de activiteit met de bestaande prestaties te bekostigen.

Medicatiemanagement en preventie

Tijdens het KNMP Najaarscongres 2018 is het startschot gegeven voor de [Onderzoeksagenda 2025](#) met als speerpunt de openbare farmacie. Met deze agenda laten apothekers de vragen zien die zij voor 2025 opgelost willen hebben. De digitale zorg maakt daar onderdeel van uit. Eén van de gekozen thema's is eruit gekomen:

'Hoe kan e-health worden ingezet en geïmplementeerd voor medicatiemanagement en preventie met welk effect?'



Extra ruimte voor digitale zorg

- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Vrije tarieven
- Facultatieve prestatie



Mondzorg

Bekostiging mondzorg algemeen

De bekostiging van mondzorg vindt plaats met specifieke mondzorgprestaties. Deze hebben een maximumtarief.

Bekostigen van digitale zorg

In de mondzorg is meestal direct contact met patiënten noodzakelijk om zorg te kunnen leveren. Duidelijke digitale toepassingen in de zin van zorg of contact op afstand zijn in deze sector beperkt aanwezig. Als (een deel van de) mondzorg toch via digitale hulpmiddelen gegeven kan worden, dan vindt de vergoeding plaats als (integraal) onderdeel van de bestaande prestaties.

Er is één specifieke prestatie e-healthprestatie in de mondzorg, namelijk de prestatie 'Documenteren en bespreken gegevens elektronische chip in uitneembare apparatuur'. Deze prestatie omschrijven we als het door middel van elektronische apparatuur meten, monitoren en vastleggen van de therapietrouw bij de patiënt bij het dragen van uitneembare apparatuur en retentieapparatuur (inclusief uitlezen chip) en het op gezette tijden bespreken van de resultaten daarvan met patiënt en/of ouders. Het tarief is niet van toepassing op vacuümgevormde apparatuur. De patiënt dient, voorafgaand aan de behandeling met een apparaat voorzien van elektronische chip, door de zorgaanbieder op de hoogte te zijn gesteld van de extra kosten die verbonden zijn aan deze behandelingen.

De patiënt moet hier voorafgaand aan de behandeling mee ingestemd hebben. De materiaal- en/of techniekkosten dienen afzonderlijk in rekening te worden gebracht.

App voor beugeldragende jongeren

In de mondzorg zien we een voorzichtige ontwikkeling bij het aanbieden van apps aan patiënten. Een app kan bijv. als doel hebben om de mondhygiëne te bevorderen en het mondgezondheidsgedrag van een bepaalde doelgroep zoals 12- tot 16-jarige jongeren met een beugel.

Een app kan ook animatiefilmpjes bevatten over hoe het beste te poetsen, ragen, stokeren of flossen. Of helpen persoonlijke doelen te stellen, actieplannen te formuleren en herinneringen in te stellen.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Max-max tarieven



Geboortezorg

Bekostiging geboortezorg algemeen

Geboortezorg is de zorg voor moeder en kind rondom de zwangerschap en geboorte. Deze zorg kan op twee manieren worden bekostigd.

- **Integrale bekostiging:** bedoeld om de samenwerking tussen de zorgaanbieders binnen de geboortezorg makkelijker te maken en de kwaliteit van de zorg voor moeder en kind te verbeteren. Deze integrale prestatie heeft een vrij tarief waarover zorgaanbieders en zorgverzekeraar afspraken maken.
- **Monodisciplinaire bekostiging:** prestaties die specifiek gelden voor de eigen sector voor verloskundige zorg, kraamzorg en gynaecologische zorg.

Verloskunde:

De prestaties in de verloskundige zorg omvatten een periode in de zwangerschap, de bevalling of de kraamperiode, zoals volledige prenatale zorg en natale verloskundige zorg. Ook is het mogelijk om een prestatie in rekening te brengen voor de volledige verloskundige zorg van een zwangere. De prestaties in de verloskundige zorg hebben een maximumtarief.

Kraamzorg:

De prestaties voor kraamzorg en partusassistentie worden per uur gedeclareerd. Aanvullend zijn prestaties mogelijk per inschrijving, intake en partusassistentie. De prestaties in de kraamzorg hebben een maximumtarief.

Gynaecologie:

Deze zorg kent een bekostiging met dbc-zorgproducten (zie medisch-specialistische zorg). De gynaecologieprestaties hebben een vrij tarief.

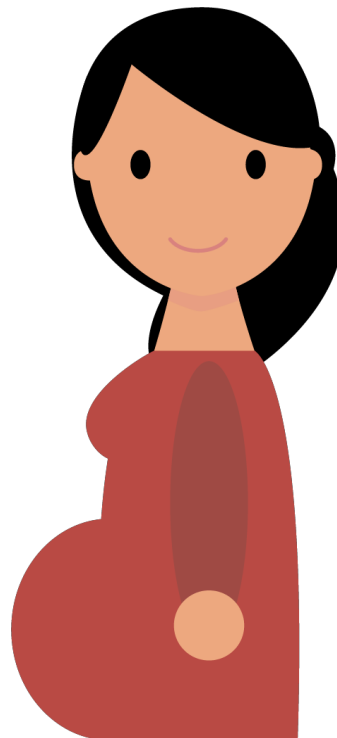
Bekostigen digitale zorg

De prestaties in de geboortezorg zijn algemeen beschreven en geven niet aan hoe men de zorg moet bieden, bijvoorbeeld face-to-face. Bij kraamzorg is het bijvoorbeeld ook mogelijk om de intake telefonisch of via een beeldscherm te laten plaatsvinden. Dankzij die algemene omschrijving hebben zorgaanbieders mogelijkheden om digitale zorg in hun zorgaanbod op te nemen. De prestaties bieden veel ruimte om bijvoorbeeld elektronische informatie-uitwisseling tussen zorgverleners mogelijk te maken, een cliëntportaal op te zetten, e-consulten te organiseren of mobiele apps te ontwikkelen voor cliënten en/of zorgverleners. De aanbieder kan de kosten meenemen in het tarief net als voor de andere zorgsectoren geldt.

CTG thuis: van experiment naar reguliere bekostiging!

Het maken van een CTG (hartfilmpje) in de thuissituatie door de 1^e lijns verloskundige in plaats van de gynaecoloog zorgt er voor dat de kosten voor een CTG omlaag gaan en de zwangere in de thuissituatie kan blijven.

Afgelopen jaar is geëxperimenteerd op basis van de [beleidsregel innovatie](#) van de NZa. Het experiment bleek zowel een succes qua kosten (een halvering van de kosten) als voor de patiënttevredenheid. Voor 2020 zal het experiment verlengd worden met als doel om het experiment voor 2021 in de reguliere regels op te nemen.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Vrije tarieven voor integrale bekostiging
- Zowel vrije tarieven als max-maxtarieven voor verloskunde
- Max-maxtarieven voor kraamzorg
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- [VIPP geboortezorg](#)



Basis-ggz

Bekostiging algemeen

De basis-ggz kent 4 integrale prestaties (licht, middel, intensief en chronisch) die gebaseerd zijn op de zorgvraagzwaarte van de patiënt. De NZa stelt de inhoud van de prestaties niet op detailniveau vast. Het is aan de zorgaanbieders en zorgverzekeraars om binnen de kaders van de prestatieomschrijving een passend zorgaanbod te organiseren voor de patiënt. Voorwaarde is dat dit gebeurt binnen het maximumtarief (of het hogere max-maxtarief) en dat bij de behandeling minstens een regiebehandelaar betrokken is.

De beroepsgroepen die als regiebehandelaar basis-ggz kunnen leveren zijn: klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, gz-psycholoog, specialist ouderengeneeskunde, verslavingsarts in profielregister KNMG, klinisch geriater, verpleegkundig specialist ggz en gz-psycholoog. Bij vrijgevestigde aanbieders kunnen alleen de eerste vier beroepsgroepen regiebehandelaar zijn. Daarnaast kan de zorgverzekeraar bij de inkoop aanvullende regels stellen en zo de mogelijkheid om te declareren beperken tot enkele beroepen.

Bekostiging digitale zorg

Doordat de prestaties algemeen beschreven zijn, is het in de basis-ggz mogelijk om allerlei vormen van digitale zorg te bekostigen. Voorwaarde is wel dat dit plaatsvindt binnen het maximumtarief (of het hogere max-maxtarief).

We zien in de ggz steeds vaker de inzet van digitale hulpmiddelen in combinatie met reguliere zorg. In de ggz is de term 'blended care' gebruikelijk. Dit betekent dat de behandelaar face-to-facegesprekken combineert met online interventies zoals chat, beeldbellen en online behandelmodules. Deze vormen van digitale zorg zijn binnen de bestaande prestaties te bekostigen.

In de ggz is een groot aantal online behandelplatformen die het mogelijk maken om 'blended care' behandelingen aan te bieden aan patiënten. Zo'n platform is vaak een combinatie van face-to-facecontact met digitale dagboeken, psycho-educatie, complete behandelmodules en ondersteunende communicatiefuncties. Zorgverzekeraars kunnen het gebruik stimuleren door hierover afspraken te maken en eventueel een hoger tarief te vergoeden.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Max-maxtarieven
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- [VIPP ggz](#)



Gespecialiseerde ggz

Bekostiging algemeen

De bekostiging van de gespecialiseerde ggz vindt plaats met diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en voor het 2^e en 3^e jaar verblijf in zorgzwaarte pakketten. Een dbc bestaat uit patiëntgerichte activiteiten, eventuele verblijfsdagen of dagbesteding, mogelijke verrichtingen en de daaraan bestede tijd.

Uit de uren en activiteiten volgen een dbc en eventuele overige prestaties ggz met verblijf. De prestaties in de gespecialiseerde ggz hebben een maximumtarief. Onder voorwaarde van contract is het zelfs mogelijk om 10% boven maximum tarief af te spreken (max-max).

Bekostigen digitale zorg

Voor de meeste patiëntgerichte activiteiten schrijven behandelaren tijd. Dit is de tijd die de behandelaar besteedt aan de diagnostiek en behandeling waarbij hij/zij contact heeft met de patiënt of diens systeem (familieleden, partner en dergelijke). Hoe het contact plaatsvindt is ter invulling aan de behandelaar en patiënt; het kan naast face-to-face ook per telefoon of schriftelijk plaatsvinden zonder dat hiervoor een aparte te registreren prestatie nodig is. Wel moet de initiële dbc altijd direct patiëntgebonden tijd van een regiebehandelaar bevatten. De regiebehandelaar stelt dan de diagnose en het behandelplan vast, waarbij direct contact met de patiënt nodig is om goede zorg te kunnen leveren.

Net als bij de basis-ggz geldt dat doordat de prestaties algemeen beschreven zijn, het mogelijk is om allerlei vormen van digitale zorg te bekostigen.

In de gespecialiseerde ggz zien we dat, net als in de basis-ggz, digitale zorg vooral wordt ingezet in combinatie met reguliere zorg (zogenoemde blended-care). Een opkomende ontwikkeling is de inzet van virtual reality bij de behandeling van angststoornissen. Ook voor deze vormen van digitale zorg kunnen behandelaren tijd registreren binnen de al bestaande prestaties.

Substitutiemogelijkheid binnen de ggz?

De gespecialiseerde ggz kent zogenaamde verblijfsprestaties. Voor deze verblijfszorg is het ook mogelijk om digitale zorg in te zetten binnen de kaders van de prestatieomschrijving. Daarbij is het goed om te weten dat verpleegkundigen en verzorgenden bij deze verblijfsprestaties geen tijd hoeven te schrijven, terwijl verblijf wel 40% van de kosten in de ggz bedragen. Gegeven de neutrale omschrijving lenen deze prestaties zich goed om meer digitale zorg in te zetten als vervanging voor de handen aan het bed. In de sector langdurige zorg zet men al langer op deze ontwikkeling in omdat de arbeidsmarktproblematiek daar ook nijpend is. Wij zien hier mogelijk voor de sector om digitale zorg in te zetten binnen de bestaande regels

Wachttijsten ggz rigoureu [aanpakken](#)

Zorgverzekeraar CZ wil dat zorgverleners in de ggz voor alle CZ-verzekerden die bij hen op de wachtlijst staan actief kijken of digitale zorg mogelijk en gewenst is. Nu staan onnodig veel mensen op een wachtlijst terwijl er wél directe of snellere toegang tot digitale zorg mogelijk is. CZ trekt hiervoor nu al samen op met een paar koplopers op dit gebied.

Het is de bedoeling dat alle ggz-aanbieders dit gaan doen. Dit is niet alleen nodig voor het verkorten van de huidige wachtlijsten; ook wil CZ dat aanbieders voortaan bij aanmelding altijd de keuze voorleggen om een online behandeling te starten als dat gewenst en gepast is. CZ heeft dit opgenomen in haar inkoopbeleid voor 2020.

CZ benadrukt dat er haast bij is. "Digitale zorg is de belangrijkste manier om de toegankelijkheid te vergroten gezien de schaarste aan personeel. Zorgverleners gaan er wat ons betreft dus liever vandaag dan morgen mee aan de slag." aldus Van Oosterhout. "Dat kunnen ze doen door zelf met een digitaal aanbod te komen of zich aan te sluiten bij bestaande initiatieven. Als aanbieders kijken welke mensen ook digitaal geholpen kunnen worden, kunnen niet alleen die mensen sneller terecht maar ook biedt dat sneller plek voor de mensen die alleen face-to-face geholpen kunnen worden. We zien dat het kan. Een aantal ggz-aanbieders maakt nu al vaart in het aanbieden van digitale zorg."

Wachttijsten in de ggz en digitale modules

In een recent rapport van [SiRM](#) in opdracht van Landelijke Stuurgroep Wachtlijsten in de ggz wordt o.a. het voorbeeld aangehaald van de Jellinek Kliniek. Deze kliniek geeft cliënten op de wachtlijst toegang tot hun e-healthplatform bij het versturen van de datum voor de intake, waarbij zij cliënten vragen gericht enkele modules te bekijken of te gebruiken. Daarnaast stuurt Jellinek dan een videoboodschap mee van de ggz-professional die de intake zal uitvoeren. Naast e-health platforms, kunnen ook e-healthtoepassingen zoals (losse) apps, online zelftesten of online dagboeken gebruikt worden tijdens wachttijd.

In deze fase is nog geen directe patiëntgebonden tijd die gedeclareerd kan worden, omdat de behandelaar nog geen rechtstreeks contact heeft met de cliënt. Wel zijn er voor de instelling kosten om deze voorziening op te starten en te onderhouden. Idealiter worden deze kosten verdisconteerd in de prestaties en tarieven die een instelling afsprekt met een zorgverzekeraar. De ruimte daarvoor wordt beperkt tot de hoogte van de landelijke maximumtarieven. Extra tariefafspraken zijn mogelijk om bijvoorbeeld de initiële investeringen van een platform te vergoeden of kosten van de ontwikkel- of onderhoudskosten van een app via het verhoogde max-max tarief.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Max-max tarieven
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- [VIPP ggz](#)



Verpleging en verzorging Wlz

Bekostiging algemeen

Cliënten die verpleging en verzorging nodig hebben kunnen deze zorg thuis krijgen of gaan wonen bij een zorgaanbieder. Deze zorg valt onder de Wlz of (ingeval van wijkverpleging; zie aldaar) de Zvw. Voor de Wlz-zorg heeft een cliënt een indicatie van het CIZ nodig in de vorm van een zorgprofiel.

Wonen in een instelling:

Het declareren van Wlz-zorg in een instelling gebeurt op basis van zorgzwaartepakketten (zzp). Een zzp heeft een maximumtarief per dag. De zorgkantoren en zorgaanbieders komen in de inkoop tot de definitieve prijs.

De langdurige ggz en gehandicaptenzorg kent een zelfde bekostigingssystematiek.

Thuiswonend:

In de Wlz gebeurt de bekostiging van verpleging en verzorging thuis grotendeels met uurtarieven voor verpleging en verzorging. Dit zijn prestaties met maximumtarieven per uur of (modulair pakket thuis) per dagdeel.

Bekostigen digitale zorg

Wonen in een instelling:

Zorgaanbieders kunnen het afgesproken dagtarief voor Wlz-zorg in een instelling naar eigen inzicht besteden. Ze kunnen een deel ervan inzetten voor digitale toepassingen voor hun cliënten zoals slimme sensoren die de beweegruimte van cliënten vergroten. Daarnaast kan een instelling met het zorgkantoor afspraken maken over een hoger tarief voor de inzet van digitale zorg. Voorwaarde is wel dat het afgesproken tarief binnen het maximumtarief blijft.

Thuiswonend:

In de Wlz kan de zorgaanbieder direct contact met de cliënt in de thuissituatie bekostigen met het uurtarief. Deze prestaties gelden ook voor contacten via beeldscherm en telefonische contacten.





Vergoeding voor thuiszorgtechnologie verruimd en vereenvoudigd

Per 2020 is in overleg met veldpartijen de aanvullende vergoeding voor het inzetten van thuiszorgtechnologie verruimd. Voor 2019 geldt nog dat de zorgaanbieder per maand aanvullend maximaal 4 uur beeldschermcommunicatie en maximaal 2,5 uur farmaceutische telezorg extra kan declareren tegen het afgesproken uurtarief van de prestaties verpleging, persoonlijke verzorging en/of begeleiding. Deze extra vergoeding is mogelijk bovenop de uren voor directe contacttijd in het geval van bijvoorbeeld: beeldbellen met een cliënt. De totaal gedeclareerde zorg (inclusief thuiszorgtechnologie) moet wel binnen de Wlz-aanspraak vallen.

Per 2020 is deze aanvullende vergoeding voor het inzetten van thuiszorgtechnologie op twee punten verruimd en vereenvoudigd. Het maakt niet meer uit welke vorm van thuiszorgtechnologie wordt ingezet waarop de cliënt is aangewezen. De prestatie thuiszorgtechnologie in de langdurige zorg schrijft niet meer het soort zorgtechnologie voor. Zorgkantoor en zorgaanbieder mogen voortaan samen bepalen welke thuiszorgtechnologie, zowel software als hardware, voor welke cliënt wordt ingezet.

Denk aan een extra vergoeding bovenop de directe contacttijd met de cliënt voor bijv. inzetten van digitaal toezicht op afstand in de thuissituatie die het langer thuis wonen mogelijk maakt. Ook de kosten van de inzet van een deskundige die met thuiszorgtechnologie op afstand meekijkt, valt onder deze aanvullende vergoedingsmogelijkheid.

“...kwalitatief hoogwaardige zorg in de toekomst biedt ook nieuwe kansen...”

Ook valt te denken aan kosten zoals:

- Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel;
- Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie;
- Telefonische controles in geval van falen van apparatuur;
- Verwerken van uitgiften en signaleringen;
- Abonnementsgelden.

Per cliënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt op basis van een modulair pakket thuis (mpt), kan een instelling per 2020 maximaal 6,5 uur per maand declareren tegen maximaal het afgesproken tarief van de prestatie verpleging (H139), persoonlijke verzorging (H138) of begeleiding (H306). Let op! Dit zijn aparte prestatiecodes voor thuiszorgtechnologie. Directe contacttijd die nodig is bij thuiszorgtechnologie kan via de reguliere prestaties gedeclareerd worden.

Ook kan overeengekomen worden om bijvoorbeeld hardware niet te vergoeden, als de patiënt hier al over beschikt (zoals een mobiele telefoon of tablet). Onder de wettelijke aanspraak van de Wlz valt ook het toezicht op cliënten. Dit betekent dat de mogelijkheid voor een extra vergoeding ook geldt voor deze zorgactiviteit.

Gehandicaptenzorg

De gehandicaptenzorg valt onder de Wlz. Voor de cliënten die in een instelling wonen ontvangt de zorgaanbieder een dagtarief. De betaling van zorg voor cliënten die thuis wonen gebeurt per uur of dagdeel. De gehandicaptenzorg maakt al heel veel gebruik van digitale toepassingen om de zelfredzaamheid en de kwaliteit van leven te stimuleren en de zorgverlening te ondersteunen. Van spraakcomputers tot telemonitoring gedurende de nacht.

Zorgaanbieders maken gebruik van de ruimte die dag- of uurtarieven bieden om keuzes te maken voor een goede inzet van middelen. Voor zorg thuis kunnen zorgaanbieders gebruik maken van de prestaties voor thuiszorgtechnologie.

Kwaliteitskader verpleeghuizen

In 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuizen vastgesteld. Hierin is ook aandacht voor het inzetten van e-health. In maart 2018 hebben alle partijen het programmaplan vastgesteld. Hierin staat dat er extra geld komt voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Van de 2,1 miljard die beschikbaar is, mag 15% besteed worden aan andere zaken dan zorgpersoneel.

Daarnaast is er landelijk 50 miljoen aan transitiemiddelen beschikbaar. Over deze extra gelden maken zorgaanbieders en zorgkantoren afspraken. ICT en e-health die bijdragen aan kwaliteit van zorg of arbeidsbesparend is kunnen daar onderdeel van zijn.

Anders werken met zorgtechnologie

Om in de toekomst meer mensen van goede zorg te voorzien met een beperkt aantal zorgverleners, zullen we slimme oplossingen moeten bedenken. In het programma 'Anders Werken in de zorg' gaat [Vilans](#) de uitdaging aan om nieuwe technologieën voor de zorg te ontwikkelen, samen met zorginstelling en initiatiefnemer tanteLouise en 10 andere zorginstellingen, ondersteund door het innovatienetwerk Care Innovation Centre.

"Om ook in de toekomst kwalitatief hoogwaardige zorg te kunnen bieden, moeten we anders gaan werken. Daar ontkomen we niet aan. Maar het biedt ook nieuwe kansen.", zegt directeur zorg en behandeling Jan-Kees van Wijnen van tanteLouise. Hij wijst op de huidige arbeidsmarktproblematiek, die in de toekomst alleen maar groter wordt. "Door vergrijzing neemt het aantal ouderen dat zorg vraagt in snel tempo toe, terwijl het aantal mensen dat die zorg kan bieden onder druk staat. Dat vraagt om slimme oplossingen en de inzet van technologische ondersteuning."



Extra ruimte voor digitale zorg

- Aanvullende vergoeding thuiszorgtechnologie verruimd en vereenvoudigd per 2020
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Zorg op afstand mogelijk met directe contacttijd
- Extra gelden voor kwaliteit en arbeidsbesparende middelen op basis van kwaliteitskader
- [VIPP Care / InZicht](#)



Verpleging en verzorging Zvw (Wijkverpleging)

Bekostiging wijkverpleging algemeen

Cliënten die verpleging en verzorging nodig hebben kunnen deze zorg in instellingen ontvangen op basis van Wlz, of thuis op basis van de Wlz of Zvw. Hier gaan wij in op verpleging en verzorging thuis op basis van de Zvw, oftewel de wijkverpleging.

Groot experiment

De bekostiging van wijkverpleging gebeurt grotendeels met het experiment Bekostiging verpleging en verzorging. In dit experiment spreken zorgaanbieders en zorgverzekeraars een vast bedrag per patiënt af op basis van de samenstelling van de populatie. Het experiment biedt veel ruimte om afspraken te maken over digitale zorgtoepassingen.

Bekostigen digitale zorg

Naast het experiment is het mogelijk om gebruik te maken van de ruimte in de reguliere bekostiging met uurtarieven. Ook deze bekostiging biedt ruimte voor afspraken over inzet van digitale zorg. Beeldschermcommunicatie en telefonische contacten maken ook onderdeel uit van het uurtarief voor directe contacttijd met een patiënt.

Vergoeding voor thuiszorgtechnologie verruimd en vereenvoudigd

Per 2020 is in overleg met veldpartijen de aanvullende vergoeding voor het inzetten van thuiszorgtechnologie op meerdere vlakken verruimd. In 2019 geldt nog dat de zorgaanbieder per patiënt per maand aanvullend maximaal 4 uur beeldschermcommunicatie en maximaal 2,5 uur farmaceutische telezorg kan declareren tegen het afgesproken uurtarief van de prestaties verpleging en persoonlijke verzorging. Deze extra vergoeding is mogelijk bovenop de uren voor directe contacttijd in het geval van bijv. beeldbellen met een patiënt.



Per 2020 is deze aanvullende vergoeding voor het inzetten van thuiszorgtechnologie op twee punten verruimd en vereenvoudigd. Het maakt niet meer uit welke vorm van thuiszorgtechnologie wordt ingezet waarop de patiënt is aangewezen. Er is voortaan sprake van nog maar één prestatie thuiszorgtechnologie in de wijkverpleging die niet het soort zorgtechnologie voorschrijft. Zorgverzekeraar en zorgaanbieder mogen samen bepalen welke thuiszorgtechnologie voor welke patiënt wordt ingezet. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een afspraak over een extra vergoeding bovenop de directe contacttijd met de patiënt voor bijv. sensoren in de thuissituatie die het langer thuis wonen mogelijk maakt.

Ook de kosten voor de inzet van een deskundige die met thuiszorgtechnologie op afstand meekijkt, vallen onder deze aanvullende vergoedingsmogelijkheid. Ook valt te denken aan kosten zoals:

- Aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel;
- Beschikbaarheid van de achterwachtfunctie;
- Telefonische controles in geval van falen van apparatuur;
- Verwerken van uitgiften en signaleringen;
- Abonnementsgelden.

Per patiënt die door middel van thuiszorgtechnologie zorg ontvangt, kan per 2020 maximaal 6,5 uur per maand tegen maximaal het afgesproken tarief van verpleging en/of persoonlijke verzorging worden gedeclareerd. Directe contacttijd die nodig is bij thuiszorgtechnologie kan via de reguliere prestaties gedeclareerd worden.

Ook kan overeengekomen worden om bijvoorbeeld hardware niet te vergoeden, als de patiënt hier al over beschikt (zoals een mobiele telefoon of tablet). In tegenstelling tot de Wlz, valt toezicht op patiënten (personenalarmering) niet onder de Zvw en daarmee ook niet onder de prestatie van thuiszorgtechnologie.



Prestatie 'beloning op maat'

Daarnaast biedt de prestatie 'beloning op maat' ruimte om samen op lokaal niveau afspraken te maken over het belonen van innovatie, kwaliteit en uitkomsten van zorg of naar de bediende populatie van de zorgaanbieder. Zo kan men bijvoorbeeld een extra beloning afspreken omdat een aanbieder patiënten op afstand monitort. Voordeel van deze prestatie is dat deze een vrij tarief kent.



Extra ruimte voor digitale zorg

- Aanvullende vergoeding thuiszorgtechnologie verruimd en vereenvoudigd per 2020
- Ruime prestatiebeschrijvingen
- Vrije tarieven voor een aantal prestaties wijkverpleging
- Experiment verpleging en verzorging biedt veel vrijheid
- [VIPP Care / InZicht](#)



Hulpmiddelen

Bekostiging hulpmiddelen Zvw

In de Zorgverzekeringswet staat beschreven [welke hulpmiddelen](#) voor vergoeding uit de Zorgverzekering in aanmerking komen. Hulpmiddelen die onderdeel zijn van de medisch-specialistische zorg komen voor rekening van het ziekenhuis c.q. maken onderdeel uit van de (prijs)afspraken die de zorgverzekeraar met het ziekenhuis maakt. Andere vallen onder de 'hulpmiddelenzorg' en worden separaat vergoed door de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut heeft een [besliswijzer](#) opgesteld om dit vast te kunnen stellen. Hulpmiddelen die door een eerstelijnszorgverlener worden voorgeschreven, dan wel hulpmiddelen die door een medisch-specialist worden voorgeschreven maar waarvoor geen achterwachtfunctie of spoedeisende zorg vanuit het ziekenhuis nodig is en vervanging niet door of onder verantwoordelijkheid van een medisch-specialist plaatsvindt vallen onder hulpmiddelenzorg. Hulpmiddelen die in het kader van telemonitoring worden gebruikt vallen in deze afbakening (en mits aan overige randvoorwaarden wordt voldaan) onder medisch-specialistische zorg.

De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor extramurale hulpmiddelen in de Zvw. De NZa houdt wel toezicht op de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de hulpmiddelen en kijkt bijvoorbeeld of patiënten en verzekerden goede informatie ontvangen. Zie hierover onze recente [Monitor Hulpmiddelenzorg](#). De kosten van intramurale hulpmiddelen maken in de regel onderdeel uit van de prestatie en tarieven van de betreffende zorgsector zoals bij de medisch-specialistische zorg.

Bekostiging hulpmiddelen Langdurige Zorg

De aanspraak en bekostiging van hulpmiddelen voor cliënten die hun indicatie voor de Wet langdurige zorg verzilveren is afhankelijk van de leveringsvorm (zzp met behandeling, zzp zonder behandeling, volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt)). Het Zorginstituut en het ministerie van VWS bepalen de aanspraak op hulpmiddelen. De NZa reguleert geen tarieven en prestaties voor hulpmiddelen in de Wlz. Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zoals een rollator of looprek moet de cliënt in alle gevallen zelf betalen. Voor mobiliteitshulpmiddelen (loopfiets, scootmobiel, et cetera) uitgezonderd de individueel aangepaste rolstoel, moeten cliënten aanspraak maken via de Wmo. Hulpmiddelen in de Wlz zijn op te delen drie categorieën; roerende voorzieningen, verbruiksmiddelen en gebruiksmiddelen (rolstoel en individueel aangemeten hulpmiddelen). Voor de leveringsvorm zzp met behandeling worden de meeste hulpmiddelen uit de Wlz bekostigd, via de tarieven of boven-budgettair. Voor de leveringsvormen zzp zonder behandeling en vpt geldt dat hulpmiddelen in veel gevallen uit de Wmo of Zvw worden bekostigd.

Bekostigen digitale zorg

De Zvw en Wlz zijn *bepalend* voor de vraag of hulpmiddelen op basis van deze wetten vergoed worden. Daarna volgt de vraag hoe het betreffende hulpmiddel op basis van de Wmg het beste kan worden bekostigd. De NZa reguleert geen tarieven en prestaties in de Zvw en Wlz voor hulpmiddelen die extramuraal worden verstrekt. In wezen maakt het voor de bekostiging niet uit of sprake is van een traditioneel hulpmiddel zoals een hoorapparaat of een modern hulpmiddel dat is gekoppeld aan het monitoren (van lichaamsfuncties) in een digitale omgeving. Voorbeelden van dit laatste zijn bloedglucosemonitoring en het inzetten van digitale luiers in een Wlz-instelling. Dit soort monitoring en zorg op afstand biedt de gebruikers mogelijkheden om mobieler te worden en in de thuisomgeving zorg te ontvangen. Digitale luiers nemen schaarse verpleegkundigen werk uit handen omdat niet telkens hoeft te worden gecontroleerd op doorlekken. Daarnaast zijn deze luiers ook minder belastend voor de patiënt.

Vaak betekent digitale zorg anders werken voor de zorgverleners. Daarbij speelt dat anders werken kan vragen om aanloopinvesteringen voor bijv. het opleiden van medewerkers of kosten van ICT-applicaties die niet 'onmiddellijk' met de bestaande tarieven kunnen worden terugverdiend. Zorgaanbieders kunnen afspraken maken met zorgverzekeraars of zorgkantoren over welke digitale hulpmiddelen zij willen gebruiken bij hun zorglevering in het belang van de cliënt of patiënt. Denk bijvoorbeeld aan de nieuwe prestatie 'ziekenhuisverplaatste zorg naar thuis' die in 2020 wordt ingevoerd of de zorgactiviteit 'monitoren' in de medisch-specialistische zorg waarbij digitale hulpmiddelen een belangrijke rol spelen. Deze prestaties lenen zich goed voor extra beloningsafspraken door het vrije tarief.



5. Extra stimuleringen digitale zorg

5. Extra stimuleringen digitale zorg

Het ministerie van VWS heeft een aantal interessante regelingen in het leven geroepen om een extra impuls te geven aan het gebruik van innovaties en voor het versnellen van elektronische gegevensuitwisseling in de zorg. Voor de volgende sectoren is een extra financiële stimulans te verkrijgen bij het versnellen van elektronische gegevensuitwisseling:

- Care (ouderenzorg, zorg voor chronisch zieken en de gehandicaptenzorg)
- Huisartsenzorg
- Medisch-specialistische zorg (zowel ziekenhuizen als zelfstandige behandelcentra)
- Ggz en ggz-vrijgevestigden
- Geboortezorg

Het programma 'Zorg van nu' van het ministerie van VWS heeft de vermelde subsidieregelingen met een korte toelichting overzichtelijk opgenomen in een [praktische waaier](#) die is te downloaden. Daarin zijn ook andere interessante (subsidie)regelingen opgenomen in het kader van digitale zorg zoals:

- Stimuleringsregeling e-health Thuis (SET) die het opschalen en borgen van het gebruik van bestaande e-healthtoepassingen voor ouderen en mensen met een chronische ziekte of beperking die thuis wonen.
- Innovatie impuls Gehandicaptenzorg stimuleert deskundige hulp bij het onderzoeken welke technologische en e-health oplossingen het beste bij hen passen, ondersteunt door een koploper uit de zorg.
- Gebruikersregeling MedMij die het mogelijk maakt voor iedere Nederlander die dat wil om kosteloos een Persoonlijke Gezondheidsomgeving te kiezen en te gebruiken.

Gegevensuitwisseling tussen ambulance en SEH

In [het Röpcke-Zweers Ziekenhuis in Hardenberg](#) hebben ze het als een van de weinige in Nederland al voor elkaar: de gegevensuitwisseling tussen ambulance en SEH gaat digitaal.

Hij kan er kort over zijn: "Dit is honderd keer superieur aan de fax", zegt Mark-Jörg Meijer, arts op de spoedeisende hulp (SEH) van het Röpcke-Zweers Ziekenhuis. Hoe het werkt? Meijer: "De gegevens worden meteen in ambulance vastgelegd en naar de SEH verzonden. Dat zijn veel minder momenten waarop de overdracht fout kan gaan."

“...minder fouten in overdracht...”

6. Ruimte voor zorgverzekeraars

6. Ruimte voor zorgverzekeraars

Samenwerken bij inkopen van digitale zorg

Zorgverzekeraars kopen graag digitale zorg in die bewezen beter is dan bestaande zorg of even goed is als bestaande zorg maar bijv. toegankelijker of makkelijker is voor de patiënt. De NZa vindt het belangrijk dat goede digitale zorg initiatieven niet alleen lokaal succesvol worden toegepast, maar juist breed beschikbaar komen in het belang van de patiënt.

In de praktijk is het opschalen van digitale zorg een weerbarstig proces voor zorgverleners en zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zouden graag samen willen werken bij het opschalen.

In de volgende situaties is dat toegestaan:

- Als zorgverzekeraars een best practice met andere zorgverzekeraars willen delen, staan de mededingingsregels dit niet in de weg. Zij zien het bijvoorbeeld als hun maatschappelijke taak om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Andere zorgverzekeraars mogen deze ideeën dan overnemen en bijvoorbeeld in hun eigen kernregio's toepassen. Zorgverzekeraars prikkelen elkaar op die wijze om met goede ideeën voor de zorg te komen.

- In het algemeen geldt naarmate informatie ruimer toegankelijker is (voor zorgaanbieders en verzekerden) dat er minder snel sprake is van een concurrentiebeperking. Van die informatie kan immers iedereen profiteren. Zorgverzekeraars dus ook.
- Ook is er ruimte voor zogenaamd volgbeleid waarin individuele zorgverzekeraars de 'preferente' zorgverzekeraar van een zorgaanbieder in een regio volgen bij het toepassen van een digitale zorg initiatief. Zolang het initiatief om te volgen maar van de zorgaanbieder komt en de zorgverzekeraars zelfstandig beslissen of ze willen volgen of niet. Hierbij is het wel belangrijk dat zorgverzekeraars individueel prijsafspraken maken met de zorgaanbieder. Uitgangspunt blijft dat zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders contracteervrijheid houden en dat de beschikbare ruimte voor zorgverzekeraars om zich desgewenst van elkaar te onderscheiden blijft bestaan.

Autoriteit Consument en Markt

Er is ruimte voor zorgverzekeraars om samen te werken bij de inkoop van zorg, mits de samenwerking geen mededingingsrisico's oproept. Dit laatste is bijvoorbeeld het geval als zorgverzekeraars gezamenlijk afspreken om bepaalde innovaties niet te implementeren. De Autoriteit Consument en Markt ziet toe op de samenwerking in de zorg. Meer informatie over [samenwerking tussen zorgverzekeraars](#) is te vinden op de website van de ACM.

Samenwerken binnen de coalitie van het [Vliegwiel voor digitale innovatie in de zorg](#)

“Dit voorjaar hebben de zorgverzekeraars hun inkoopbeleid voor komend jaar bekend gemaakt. We zien veel aandacht voor digitale innovaties en dan met name rond Samen Beslissen en telebegeleiding bij hartfalen, de thema's waarop ze binnen de coalitie van het Vliegwiel voor digitale innovatie in de zorg samenwerken.”

Marcel Heldoorn, Patiëntenfederatie Nederland, manager digitale zorg



“...Veel aandacht voor digitale innovaties...”

Rechtmatigheid kosten van digitale zorg

De NZa is voorstander van een werkwijze waarbij transparante onderlinge afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars die digitale zorg stimuleren, niet achteraf alsnog ter discussie worden gesteld als rechtmatige uitgaven.

Vanwege de collectieve financiering van zorg en ondersteuning is de zorgsector voor een belangrijk deel gereguleerd. Om invulling te geven aan deze regulering zijn er prestaties voor de levering van zorg opgesteld door de NZa. De regels en prestaties van de NZa worden soms aangevoerd als argument dat digitale zorg niet ingekocht mag worden. De informatie uit de Wegwijzer maakt duidelijk dat dit toch anders ligt. Er is juist heel veel mogelijk!

Uitgangspunt is dat zorgverzekeraar (of zorgkantoor) en zorgaanbieder samen afspraken maken over het leveren van zorg. Hieronder vallen ook inhoudelijke afspraken over de inzet van digitale zorg in het zorgproces van de zorgverlener en de daarbij behorende vergoeding door de zorgverzekeraar (of het zorgkantoor). Bij het maken van de afspraken is niet altijd vooraf duidelijk of de inzet van digitale zorg daadwerkelijk leidt tot positieve uitkomsten voor de kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg.

Achteraf kan de conclusie zijn dat de gedane investeringen in tijd en middelen niet de beoogde resultaten hebben opgeleverd. In de basis is dit niet anders dan bij andere projecten in de zorg waarin wordt geïnvesteerd en die bedoeld zijn om de zorg of het zorgproces te verbeteren.

Afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die digitale zorg stimuleren zal de NZa in principe achteraf niet alsnog ter discussie stellen als rechtmatige uitgaven, ook als achteraf blijkt dat de inzet van digitale zorg niet leidde tot bewezen betere uitkomsten voor de kwaliteit, betaalbaarheid of toegankelijkheid van zorg. Vanzelfsprekend moet de zorgverzekeraar ten tijde van de afspraken samen met de zorgaanbieder kunnen uitleggen waarom de kosten ten laste komen van de Zvw of Wlz. Ook richting zijn verzekerde geldt dat de zorgverzekeraar moet onderbouwen waarom hij een in rekening gebrachte prestatie al dan niet vergoed. De NZa kan toetsen of de zorgverzekeraar zijn beslissing op afdoende wijze heeft onderbouwd en richting de verzekerde transparant is geweest. Zie hiervoor artikel 20 van de ['Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten \(TH/NR-010\)'](#).

De NZa hoopt door duidelijkheid te geven over de ruimte voor de inkoop van digitale zorg (ook in verhouding tot de rechtmatigheidstoets van de NZa) bij te dragen aan het opschalen van goede digitale zorg initiatieven in Nederland.

7. Samenwerken bij inkoop van ICT

7. Samenwerken bij inkoop van ICT

Samenwerking bij inkoop van ICT door zorgaanbieders

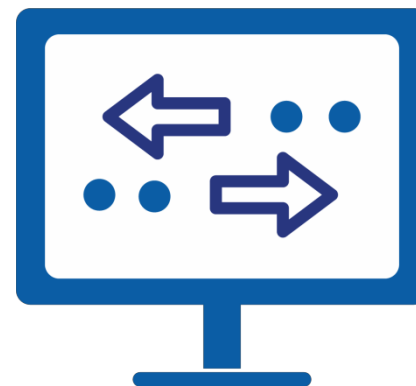
Zorgaanbieders kunnen gezamenlijk hun benodigde ICT inkopen. Door deze diensten gezamenlijk in te kopen en daardoor voor 1 systeem te kiezen kunnen ze makkelijker informatie uitwisselen waar patiënten van profiteren. Welke ruimte is er voor de zorgaanbieders om hierin samen te werken?

Bij de inkoop van ICT is hier veel ruimte voor. Gezamenlijke inkoop van deze diensten beperkt namelijk in veel gevallen de concurrentie niet. Door gezamenlijk in te kopen kunnen zorgaanbieders lagere prijzen en betere voorwaarden bedingen en hun ICT-systemen beter op elkaar laten aansluiten. Dit zijn voordelen die uiteindelijk ook aan patiënten en verzekeren ten goede kunnen komen. Gezamenlijke inkoop levert alleen risico's op als de gezamenlijke inkoop een dusdanig grote afname van een bepaald ICT-product of dienst in een bepaalde markt omvat (als bijvoorbeeld alle zorgaanbieders in Nederland gezamenlijk zouden inkopen), dat de inkopers gezamenlijk 'kopersmacht' kunnen uitoefenen en hier misbruik van maken.

Door een te lage prijs te bieden zou dit bijvoorbeeld tot risico's op kwaliteitsvermindering en/of het terugschroeven van innovatie-inspanningen van een ICT-leverancier kunnen leiden waardoor er ook nadelige effecten kunnen ontstaan voor patiënten. Gezamenlijke inkoop kan ook risico's voor de concurrentie opleveren als die inkoop individuele zorgaanbieders onnodige beperkingen zou opleggen en zij gedwongen of genooddaakt zouden zijn om via het gezamenlijke verband in te kopen.

Autoriteit Consument en Markt

Algemene informatie over de concurrentieregels in de zorg is te vinden op <https://www.acm.nl/nl/onderwerpen/zorg>. Mochten er breder levende vragen zijn over de mogelijkheden en risico's van voorgenomen samenwerkingen tussen zorgaanbieders bij de inkoop van ICT, dan gaat de ACM graag met de sector in gesprek.



Voordelen aan samenwerken bij inkoop

De Nederlandse pathologen en het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA) bouwen aan een landelijke platform voor het uitwisselen van digitale beelden voor diagnostische toepassing. Het ontwikkelen van dit platform is gezamenlijk aanbesteed via de stichting Pathologie Projecten. Op basis van de aanbesteding bouwt een ICT-bedrijf het beelduitwisselingsplatform genaamd PIE (pathology image exchange). Het initiatief, dat wereldwijd uniek is, zorgt ervoor dat onderlinge consultatie en herbeoordeling bij verwijzen van patiënten makkelijker en sneller zal gaan.

De patholoog digitaliseert momenteel in snel tempo: pathologie-diagnosen zullen steeds vaker gesteld worden op digitale beelden in plaats van met de microscoop. Het idee is dat deze beelden ook tussen pathologie-afdelingen uit te wisselen. De digitale beelduitwisseling gaat de uitwisseling van patiëntmateriaal per gewone post vervangen. Dit gebeurt als een patiënt wordt doorverwezen naar een ander ziekenhuis of als een patholoog in een ziekenhuis een specialist wil raadplegen, of als een groep pathologen gezamenlijk naar beelden willen kijken (panelbeoordeling). Deze manier van transport is gevoelig voor verlies en beschadiging.

Digitale uitwisseling van beelden voorkomt deze problemen en komt bovendien de kwaliteit en snelheid van pathologie-onderzoek en consultatie ten goede. Zo draagt PIE bij aan de kwaliteit van de diagnose voor de patiënt, en zo ook de beste behandeling van de patiënt.

Prof. dr Katrien Grünberg, Hoofd afd. Pathologie, Radboudumc

“Pathologen brengen expertise onder handbereik door Pathology Image Exchange (PIE). Een mooi resultaat van samenwerking tussen visionaire early adopters, wetenschappelijke vereniging NVVP, stichting PALGA, UMC's en IKNL.”



8. Toelichting begrippen

8. Toelichting begrippen

Hieronder volgen de begrippen uit het rapport, die we extra willen toelichten.

Max-max tarieven

In bepaalde gevallen is er extra tariefruimte bovenop het (standaard) maximumtarief van de NZa voor aanvullende afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Deze extra tariefruimte is het max-maxtarief. Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars digitale zorg willen stimuleren, is er dus ruimte om hierover afspraken te maken.

Bij een max-maxtarief is een schriftelijke afspraak nodig met de zorgverzekeraar, waarbij de hoogte van het tarief in de regel maximaal 10% is bovenop het (standaard) maximumtarief van de NZa. Een voordeel is dat de gemaakte afspraken niet vooraf hoeven te worden getoetst door de NZa.

Max-max tarieven zijn mogelijk in de volgende sectoren:

- Mondzorg
- Medisch-specialistische zorg
- Basis-ggz
- Gespecialiseerde ggz
- Geboortezorg

Vrije tarieven

Bij vrije tarieven bestaat er veel ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over digitale zorg. Dat geldt niet alleen over de hoogte van de prijs, maar vaak ook over de samenstelling van de te leveren zorg. Als zorgverzekeraars en zorgaanbieders digitale zorg willen stimuleren, is er dus ruimte om hier afspraken over te maken. Onderhandelen over digitale zorg binnen de tariefruimte van een maximumtarief is vanzelfsprekend ook mogelijk.

Sectoren met vrije tarieven

- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Farmaceutische zorg
- Experiment geboortezorg
- Experiment verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Deels vrije tarieven

- Huisartsenzorg
- Medisch-specialistische zorg met per 2020 eerstelijnsdiagnostiek (met uitzondering van trombosezorg).
- Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Facultatieve prestatie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen samen een nieuwe prestatie afspreken in aanvulling op of in plaats van de door de NZa vastgestelde prestatie-beschrijvingen. Zij kunnen deze als facultatieve prestatie aanvragen bij de NZa. Dit biedt veel ruimte om afspraken te maken over digitale zorg. De NZa voert een beperkte toetsing uit en stelt bij een positief resultaat de prestatie vast. Dit hele proces neemt minder dan vier weken in beslag.

Ook andere zorgaanbieders kunnen deze nieuwe zorgprestatie leveren als zij hiervoor een overeenkomst hebben met de zorgverzekeraar.

In de volgende sectoren is een facultatieve prestatie mogelijk

- Fysiotherapie
- Diëtetiek
- Ergotherapie
- Oefentherapie
- Logopedie
- Farmaceutische zorg
- Eerstelijnsdiagnostiek in de medisch-specialistische zorg **(nieuw per 2020 !)**

Prestaties (achtergrond)

Patiënten hebben recht op een duidelijke zorgnota. Zorgverzekeraars en zorgkantoren leggen in contracten met zorgaanbieders vast welke zorg er geleverd wordt, tegen welke kwaliteit en welk tarief. De NZa helpt hieraan mee door omschrijvingen van de behandelingen (prestaties) vast te stellen. Voor bepaalde behandelingen gelden maximumtarieven. Dit betekent dat de tarieven dan wel lager, maar niet hoger mogen zijn dan dat maximum. De NZa stelt deze maximumtarieven vast op basis van periodiek kostenonderzoek. In een aantal sectoren gelden vrije tarieven: in de gehele paramedische zorg, het grootste deel van de medisch-specialistische zorg en een deel van de huisartsenzorg. Dit betekent dat de NZa voor deze zorg geen kostenonderzoek doet en geen maximumtarief vaststelt. De minister van VWS en de Tweede Kamer bepalen voor welke zorgsectoren vrije tarieven gelden.

Patiënt, cliënt, burger, mens

De Wegwijzer richt zich vooral op de ruimte in de regels voor digitale zorg die wordt vergoed op basis van de Zvw en Wlz. Afhankelijk van het laatste gaat het om een patiënt of cliënt. Als het functioneren van mensen centraal staat of het betreft een bredere context dan bekostigen van zorg op basis van de Zvw en Wlz gebruiken we ook burger, mens of inwoner.

