

**Advies**

# **E-health**

Mogelijkheden e-health in de medisch  
specialistische zorg



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Adviesvraag	9
1.2 Totstandkoming advies	9
1.3 Afbakening	10
1.4 Samenhang met andere adviezen	10
1.5 Samenhang met lopende taken	11
1.6 Leeswijzer	11
<b>2. Verkenning</b>	<b>13</b>
2.1 Huidige toepassingen	13
2.2 Mogelijkheden huidige bekostiging en regelgeving	14
2.2.1 Bekostiging e-health binnen DBC-zorgproducten	15
2.2.2 Bekostiging e-health door middel van overige zorgproducten	15
2.2.3 Bekostiging e-health via beleidsregel innovatie	15
2.3 Mogelijkheden bij zorginkoop	16
2.4 Knelpunten huidige bekostiging en regelgeving	16
2.5 Overige knelpunten	17
2.6 Standpunten CVZ, IGZ, KNMG ten aanzien van e-health	17
2.6.1 IGZ	17
2.6.2 CVZ	18
2.6.3 KNMG	18
<b>3. Oplossingen</b>	<b>21</b>
3.1 Oplossing 1: Informeren over (bekostigings)mogelijkheden e-health	21
3.2 Oplossing 2: Faciliteren transparantie over het toepassen van e-health	21
3.3 Oplossing 3: Uitbreiden declaratiemogelijkheden voor tele-diagnostiek	22
<b>4. Effecten betaalbaarheid</b>	<b>25</b>
<b>5. Conclusie</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage 1. Brief VWS adviesverzoek</b>	<b>29</b>



## Vooraf

Voor u ligt het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over e-health binnen de medisch specialistische zorg. Dit advies is opgesteld naar aanleiding van het adviesverzoek dat wij 14 januari 2013 van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) hebben ontvangen. Hierin is de NZa gevraagd om onderzoek te doen naar de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostigingsstructuur en regelgeving voor het toepassen van e-health binnen de medische specialistische zorg. Ook is de NZa gevraagd om eventuele knelpunten of onduidelijkheden in de regelgeving en/of bekostiging weg te nemen.

In dit advies gaat de NZa in op de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige productstructuur en regelgeving. Voor de geconstateerde knelpunten komt de NZa in het advies met een aantal oplossingen.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Wij stellen de constructieve bijdragen van alle betrokkenen dan ook zeer op prijs, en willen hen hiervoor hartelijk danken. Wij hebben vertrouwen in een constructieve samenwerking met deze partijen voor het uitvoeren van de geschetste oplossingen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan  
voorzitter Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

### *Adviesverzoek*

Op 14 januari 2013 heeft de minister de NZa door middel van een adviesverzoek gevraagd om onderzoek te doen naar e-health ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg.

Kort samengevat vraagt de minister de NZa om:

- Onderzoek te doen naar e-health ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg.
- Onderzoek te doen naar ruimte en belemmeringen in de huidige productstructuur en regelgeving.
- Een uitspraak te doen over de gevolgen voor de betaalbaarheid (zowel positief als negatief).

### *Totstandkoming advies*

Naar aanleiding van dit verzoek zijn wij een verkenning gestart om in beeld te krijgen wat de ontwikkelingen voor e-health in de medisch specialistische zorg zijn, of het wordt toegepast en welke knelpunten er worden ervaren.

Hiervoor hebben wij gesproken met verschillende partijen die direct of indirect te maken hebben met e-health. Naast deze gesprekken hebben wij de bestaande productstructuur en regelgeving gezien met het oog op de toepassing van e-health. Hierbij is gekeken naar de huidige mogelijkheden, belemmeringen en oplossingen.

### *Samenhang met andere adviezen en lopende taken*

Dit advies kent raakvlakken met adviezen die wij recent hebben uitgebracht en met lopende taken:

- Advies Substitutie
- Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg
- Zorg voor innoveren

### *Huidige toepassingen*

Uit de verkenning komt naar voren dat de huidige e-health initiatieven vaak, op enkele uitzonderingen na, kleinschalig zijn en op lokaal niveau plaatsvinden. Wat betreft ontwikkelingen die de bekostiging en productstructuur raken, ziet de NZa naast bestaande initiatieven zoals tele-dermatologie ook andere initiatieven ontstaan voor consultatie en diagnostiek tussen de eerste en tweedelijns via e-health.

Via een samenwerking tussen NPCF, KNMG en ZN willen deze partijen e-health toepassingen introduceren en opschalen, hiertoe hebben ze de Nationale Implementatie Agenda e-health (NIA) opgesteld.

### *Bekostiging van e-health*

Er zijn verschillende mogelijkheden voor bekostiging van e-health via DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en de beleidsregel innovatie. Naast de mogelijkheden voor bekostiging is het van belang dat zorgverzekeraars adequate mogelijkheden hebben om deze zorg in te kopen.

### *Knelpunten*

Partijen ervaren met name knelpunten in de regelgeving, prestaties en tarieven voor tele-diagnostiek en tele-consultatie<sup>1</sup> tussen de eerste en de tweedelij. Voor de bekostiging via DBC-zorgproducten zijn er geen knelpunten benoemd, behalve dat sommige e-health zorgactiviteiten niet bepalend zijn in de afleiding.

Daarnaast ervaart de meerderheid van de partijen het ontbreken van een overzicht van de e-health toepassingen (en in het kader waarvan deze zorg wordt toegepast) als een knelpunt.

### *Oplossingen*

In het kader van het advies zijn de volgende oplossingsrichtingen nader uitgewerkt voor de gesignaleerde knelpunten.

- Informeren over (bekostigings)mogelijkheden e-health.
- Faciliteren van transparantie over het toepassen van e-health.
- Uitbreiden van de declaratiemogelijkheden voor tele-diagnostiek.

Voor het uitvoeren van deze adviezen heeft de NZa geen aanwijzing nodig van de minister. Wel is de samenwerking en medewerking van het veld cruciaal voor het laten slagen van deze oplossingen.

---

<sup>1</sup> Voor een oplossing met betrekking tot het gesignaleerde knelpunt t.a.v. tele-consultatie wordt verwezen naar het vorig jaar uitgebrachte advies 'Substitutie'.



# 1. Inleiding

## 1.1 Adviesvraag

In 2012 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (verder: de minister) in haar brief aan de Tweede Kamer aangegeven dat het vergroten van het aandeel van e-health in onze gezondheidszorg van groot belang is.<sup>2</sup> In de brief geeft de minister haar visie op het gebruik van e-health binnen de zorg. Ook reageert de minister op de Nationale Implementatieagenda (NIA) e-health die haar is aangeboden door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). In de NIA e-health wordt de overheid verzocht om door middel van een aantal specifieke acties voor de aansluiting met de NIA te zorgen.<sup>3</sup> In haar brief aan de kamer beschrijft de minister hoe een bijdrage geleverd wordt aan de prioriteiten, zoals uiteengezet in de NIA.

Op 14 januari 2013 heeft de minister de NZa via een adviesverzoek<sup>4</sup> gevraagd om onderzoek te doen naar e-health ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg.).

Kort samengevat vraagt de minister de NZa om:

- Onderzoek te doen naar e-health ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg.
- Onderzoek te doen naar ruimte en belemmeringen in de huidige productstructuur en regelgeving.
- Een uitspraak te doen over de gevolgen voor de betaalbaarheid (zowel positief als negatief).

Daarbij heeft de minister aangegeven het van belang te vinden dat in het advies ook uitspraken over e-health toepassingen van partijen zoals CVZ en IGZ meegenomen worden.

## 1.2 Totstandkoming advies

Naar aanleiding van het adviesverzoek van de minister zijn wij een verkenning gestart om in beeld te krijgen wat de ontwikkelingen voor e-health in de medisch specialistische zorg zijn, of het wordt toegepast en welke knelpunten er worden ervaren.

Hiervoor hebben wij gesproken met verschillende partijen die direct of indirect te maken hebben met e-health. Zo zijn er gesprekken gevoerd met een aanbieder van e-health, koepelorganisaties en zorgverzekeraars. Daarnaast zijn wij met IGZ in gesprek gegaan over hun visie op e-health in relatie tot kwaliteit en veiligheid en met CVZ over de aanspraak.

Uiteindelijk heeft consultatie plaatsgevonden met de volgende instanties:

- College voor zorgverzekeringen (CVZ)
- Consumentenbond
- DBC-Onderhoud
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)

<sup>2</sup> VWS, brief 'E-health', kenmerk MEVA/ICT-3118565, juni 2012.

<sup>3</sup> KNMG, NPCF en ZN, Nationale Implementatie Agenda (NIA) e-health, juni 2012.

<sup>4</sup> VWS, brief 'Adviesverzoek E-health', kenmerk CZ-3148479, januari 2013.

- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- KSYOS (ZBC, telemedisch centrum)
- Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- ZonMw
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Naast deze gesprekken hebben wij de bestaande productstructuur en regelgeving gezien met het oog op de toepassing van e-health. Hierbij is gekeken naar de huidige mogelijkheden, belemmeringen en oplossingen.

Op basis van de resultaten van de uitgevoerde verkenning is deze informatie verder uitgewerkt in dit concept adviesrapport. De verkenning vormt de basis voor dit adviesrapport.

### 1.3 Afbakening

E-health is een zeer breed begrip. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) hanteert de definitie: "e-health is het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, en met name Internet-technologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren."

Hierbij wordt de volgende indeling gehanteerd<sup>5</sup>:

- E-zorg: e-diagnose, e-consulten, e-care (zoals monitoring).
- 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).

In veel andere publicaties met betrekking tot e-health wordt ook aangesloten op bovenstaande indeling.

Het adviesverzoek van de minister heeft specifiek betrekking op e-health in de medisch specialistische zorg. Het advies heeft daarom betrekking op wat de RVZ 'E-zorg' noemt, dus bijvoorbeeld e-consulten en e-diagnostiek. Hierbij kan het gaan om zorgverlening binnen de tweedelij, maar ook tussen de eerstelij en tweedelij. Andere e-health toepassingen worden in het advies buiten beschouwing gelaten.

Ten algemene kan gesteld worden dat alle partijen als ze over e-health spreken of erover schrijven in rapporten (zoals NIA) ervan uitgaan dat dit zorg betreft die bestaande zorg vervangt. E-health wordt gebruikt in plaats van of ter voorkoming van gebruikelijke zorg, dus niet ernaast of extra. Dit uitgangspunt is ten algemene van toepassing op de constatering in de rest van dit document.

### 1.4 Samenhang met andere adviezen

Dit advies kent raakvlakken met adviezen die wij recent hebben uitgebracht. Belangrijke randvoorwaarde voor dit advies is dat het de deze adviezen niet in de weg staat.

---

<sup>5</sup> Rapport 'Inzicht in e-health' Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies E-health in zicht, 2002.

### *Advies Substitutie*

Medio 2012 heeft de NZa het advies 'Substitutie' uitgebracht, waarin beschreven wordt op welke wijze substitutie van tweede- naar eerstelijnszorg bevorderd kan worden.

In het advies stelt de NZa voor om een prestatie in te voeren voor de consultatie van een medisch specialist door een huisarts. Deze consultatie kan ook met behulp van een e-health toepassing worden uitgevoerd (tele-consultatie). Dit advies ligt bij de minister, en zij zal bepalen of én per wanneer er een structurele prestatie ingevoerd kan worden.

### *Advies Bekostiging huisartsenzorg en geïntegreerde zorg*

Medio 2012 is het advies huisartsenzorg en geïntegreerde zorg uitgebracht, waarin vier bekostigingsopties voor huisartsenzorg en geïntegreerde zorg worden verkend. In het regeerakkoord VVD/PvdA is aangegeven dat de huisartsenbekostiging op korte termijn zal worden doorontwikkeld, waarbij veel aandacht is voor samenwerking tussen eerste- en tweedelijns, en substitutie.

## **1.5 Samenhang met lopende taken**

Binnen het initiatief 'Zorg voor innoveren' werken het CVZ, NZa, VWS en ZonMw samen om het proces van innoveren eenvoudiger, transparanter en beter voorspelbaar te maken voor zorgvernieuwers. Dit wordt bereikt door zorgvernieuwers te helpen hun innovaties in de praktijk toegepast te krijgen. Via een online informatiepunt kunnen zorgvernieuwers en andere geïnteresseerden terecht voor informatie, netwerkmogelijkheden en om vragen te stellen.<sup>6</sup> De NZa levert binnen dit initiatief onder andere haar bijdrage door het veld te informeren over de mogelijkheden in de bekostiging van innovaties. Ook e-health is een specifiek domein van zorgvernieuwing, waar veel aandacht voor is. In 2012 is de wegwijzer 'Financiering e-health' uitgebracht, die inzicht geeft in beleid en regelgeving met betrekking tot de mogelijkheden in de bekostiging van e-health.

## **1.6 Leeswijzer**

Het document is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 beschrijft de mogelijkheden en knelpunten die uit de verkenning naar voren zijn gekomen. In hoofdstuk 3 worden oplossingen geschetst voor de in hoofdstuk 2 geconstateerde knelpunten. Hoofdstuk 4 beschrijft de gevolgen van de voorgestelde oplossingen voor de betaalbaarheid van zorg. In hoofdstuk 5 is de conclusie weergegeven. In de bijlage is de brief met de adviesvraag van de minister opgenomen.

---

<sup>6</sup> [www.zorgvoorinnoveren.nl](http://www.zorgvoorinnoveren.nl).



## 2. Verkenning

Dit hoofdstuk bevat een verkenning van de huidige toepassingen van e-health, mogelijkheden en knelpunten in de huidige bekostiging en regelgeving en mogelijkheden bij zorginkoop. Verder zijn ook uitspraken over e-health toepassingen van andere partijen, zoals het CVZ en IGZ, beschreven.

### 2.1 Huidige toepassingen

In de verkenning zijn diverse e-health toepassingen besproken. In deze paragraaf benoemen wij enkele belangrijke initiatieven; het overzicht is niet limitatief.

Uit de verkenning komt naar voren dat de huidige e-health initiatieven vaak kleinschalig zijn en op lokaal niveau plaatsvinden. De kleinschalige toepassing van e-health blijkt ook uit de quick scan<sup>7</sup> die de minister eind 2011 heeft laten uitvoeren in het kader van de toepassing van e-health. Echter, er zijn ook uitzonderingen op deze regel. Een voorbeeld van landelijke toepassing van e-health is de ZBC die de NZa in dit kader heeft bezocht en gesproken. Deze ZBC biedt landelijk tele-diagnostiek diensten, waar zowel medisch specialisten, huisartsen als paramedici bij zijn aangesloten.

In haar brief aan de kamer heeft de minister vorig jaar aangegeven dat ze vindt dat de initiatieven voor e-health mét en door het veld opgepakt en gedragen dienen te worden. Hiertoe hebben NPCF, KNMG en ZN zich verenigd om samen de Nationale Implementatie Agenda e-health (NIA) op te stellen. Via deze samenwerking willen deze partijen e-health toepassingen introduceren en opschalen. Een voorbeeld van een dergelijk initiatief zijn de inkoopgidsen e-health voor Diabetes zorg en chronisch hartfalen. Deze gidsen zijn vooral bedoeld om de mogelijkheden van e-health bij zorgverzekeraars onder de aandacht te brengen en om gezamenlijk als zorgverzekeraars de kwalitatieve voorwaarden vast te leggen.

Daarnaast zijn er initiatieven zoals 'Actieplan e-health implementatieonderzoek'<sup>8</sup> dat door ZonMw is opgesteld om bij te dragen aan versnelling van implementatie en brede toepassing van e-health innovaties in de dagelijkse gezondheidszorg.

Wat betreft ontwikkelingen die de bekostiging en productstructuur raken, ziet de NZa naast bestaande initiatieven zoals tele-dermatologie ook andere ontwikkelingen. Door technologische ontwikkelingen nemen de mogelijkheden voor tele-diagnostiek toe. Hierbij kan gedacht worden aan een patiënt die bij de huisarts komt. Indien deze twijfelt of doorverwijzing naar de tweedelijnd noodzakelijk is, kan deze contact opnemen met een medisch specialist. De medisch specialist kan dan aan de hand van bijvoorbeeld een foto of een filmpje advies geven aan de huisarts. De patiënt blijft in behandeling bij de huisarts, tenzij deze uiteindelijk besluit de patiënt (alsnog) door te verwijzen. Doordat de medisch specialist de huisarts van advies kan voorzien zonder dat de patiënt naar de medisch specialist hoeft, wordt onnodige doorverwijzing

<sup>7</sup> KPMG, rapportage 'Verkenning E-health', december 2011.

<sup>8</sup> ZonMw, rapport 'Actieplan e-health implementatieonderzoek', april 2013.

voorkomen en wordt substitutie van de tweede naar de eerstelijns bevorderd. Een voorbeeld hiervan is de tele-oogheelkunde. Hierbij maakt de huisarts digitale oogfoto's, bijvoorbeeld in het kader van screening op diabetische retinopathie. In geval er afwijkingen op deze digitale foto's te zien zijn, verwijst de huisarts de patiënt doorgaans door naar de oogarts voor een oogheelkundig consult. Dit is niet in alle gevallen doelmatige zorg, omdat niet in alle gevallen een oogheelkundige behandeling noodzakelijk is. Met de introductie van tele-oogheelkunde kan de huisarts bij twijfel of een doorverwijzing nodig is, de foto's voorleggen aan de oogarts. De oogarts beoordeelt dan aan de hand van digitale foto's of verdere oogheelkundige behandeling nodig is, of niet. De patiënt krijgt via de huisarts ofwel bericht dat geen verdere behandeling van de ogen nodig is, ofwel een verwijzing naar de oogarts.

## 2.2 Mogelijkheden huidige bekostiging en regelgeving

De huidige bekostiging van medisch specialistische zorg bestaat uit een tweetal categorieën zorgproducten:

- DBC-zorgproducten;
- Overige zorgproducten.

Een DBC-zorgproduct omvat het totale traject vanaf de diagnose van de medisch specialist tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Een DBC-zorgproduct bestaat dus uit alle activiteiten en verrichtingen van een ziekenhuis en medisch specialist die het gevolg zijn van een bepaalde zorgvraag.

Overige zorgproducten zijn prestaties binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde DBC-zorgproducten. Deze verrichtingen zijn los declarabel. Hier vallen prestaties onder die additioneel aan een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden, zoals dure en weesgeneesmiddelen en Intensive Care-zorg (zogenoemde 'supplementaire producten'). Overige zorgproducten die niet in combinatie met een DBC-zorgproduct gedeclareerd kunnen worden vallen in één van de volgende categorieën: eerstelijnsdiagnostiek, paramedische behandeling en onderzoek of overige verrichtingen. Hier vallen ook prestaties onder die op verzoek van de eerstelijns uitgevoerd worden. Deze prestaties bieden de mogelijkheid aan huisartsen om bepaalde prestaties binnen de medisch specialistische zorg aan te vragen.

Het tarief van een DBC-zorgproduct of overig zorgproduct is opgebouwd uit één of twee componenten: het kostenbedrag en/of één of meerdere honorariumbedrag(en). De DBC-zorgproducten en overige zorgproducten zijn voor wat betreft de tariefsoort onderverdeeld in een vrij segment (circa 70%) en een gereguleerd segment (circa 30%). Over kostendeel van prestaties in het vrije segment kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars vrij onderhandelen. De honorariumdelen van de prestaties (zowel in het vrije als gereguleerde segment) zijn gemaximeerd. Dit geldt ook voor de kostendelen van prestaties in het gereguleerde segment. Hierover kan vrij onderhandeld worden tot het door de NZa vastgestelde maximum tarief.

Binnen de huidige bekostiging van medisch specialistische zorg zijn er de volgende mogelijkheden om e-health te bekostigen:

- Bekostiging e-health binnen DBC-zorgproducten.
- Bekostiging e-health door middel van overige zorgproducten.
- Bekostiging e-health via beleidsregel Innovatie.

### 2.2.1 Bekostiging e-health binnen DBC-zorgproducten

Zorgactiviteiten vormen het profiel van een DBC-zorgproduct en dienen als basis voor registratie en afleiding binnen de ziekenhuiszorg. In totaal zijn er circa 4000 zorgactiviteiten waarmee de geleverde zorg vastgelegd kan worden. Voor een beperkt aantal specifieke e-health toepassingen zijn er zorgactiviteiten beschikbaar gesteld die vastgelegd kunnen worden (bijvoorbeeld de zorgactiviteit telemonitoring). Deze e-health zorgactiviteiten kunnen als onderdeel van een DBC-zorgproduct vastgelegd worden. De activiteiten zijn niet bepalend in de afleiding van een DBC-zorgproduct. Er is voor gekozen om geen aparte DBC-zorgproducten voor e-health toepassingen aan te maken. Uitgangspunt is dat dezelfde diagnose en/of zorgvraag niet tot andere producten moeten leiden op het moment dat de zorg op een andere wijze geleverd wordt dan normaliter.

Per 2013 is het ook mogelijk om de zorgactiviteit herhaalpolikliniekbezoek te registreren voor een screen-to-screen beeldconsult tussen patiënt en poortspecialist. Dit beeldconsult dient ter vervanging van een fysiek consult. De zorgactiviteit is bepalend in de afleiding van een DBC-zorgproduct. Om transparantie te bieden over welke herhaalpolikliniekbezoeken via beeld en welke via fysiek contact zijn verlopen, wordt per 2014 een aparte zorgactiviteit aangemaakt voor screen-to-screen beeldconsult. Hiervoor geldt eveneens als uitgangspunt dat dit screen-to-screen beeldconsult ter vervanging komt van een fysiek consult en wordt vastgelegd binnen een lopend DBC-zorgproduct.

### 2.2.2 Bekostiging e-health door middel van overige zorgproducten

De prestaties binnen de overige zorgproducten bieden de mogelijkheid aan de eerstelijns om bepaalde prestaties binnen de medisch specialistische zorg aan te vragen. Dit zijn zogenaamde eerstelijnsdiagnostiek prestaties. Voorbeelden zijn prestaties voor het beoordelen van diagnostiek door medisch specialisten, zoals ECG, holter, inspanningsonderzoek en dergelijke. De prestaties bieden ondersteuning aan de eerstelijns, waarbij de patiënt in behandeling blijft binnen de eerstelijns. Het ziekenhuis declareert hierbij enkel een overig zorgproduct, en geen DBC-zorgproduct. Voor een specifieke e-health toepassing bestaat het overig zorgproduct teledermatologie. Deze prestatie biedt de mogelijkheid aan de huisarts om met een digitale foto de dermatoloog op afstand te raadplegen. De dermatoloog beoordeelt het probleem en stuurt zijn bevindingen naar de huisarts.

### 2.2.3 Bekostiging e-health via beleidsregel innovatie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben de mogelijkheid om via de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' maximaal drie jaar kleinschalig te experimenteren met zorg waarvoor nog geen prestatie bestaat. Hiervoor is een overeenkomst nodig tussen één of meerdere zorgaanbieder(s) en één of meerdere zorgverzekeraar(s) over de prestatie en het tarief. Voordat zorgaanbieders de nieuwe prestatie in rekening mogen brengen en zorgverzekeraars deze mogen vergoeden, dient de innovatie bij de NZa aangevraagd te worden. De beleidsregel biedt ruimte voor bekostiging van innovatieve e-health toepassingen, voorzover er geen passend tarief en prestatie voorhanden is. Op dit moment lopen er geen innovaties met betrekking tot e-health in de tweedelijns binnen deze beleidsregel.

## 2.3 Mogelijkheden bij zorginkoop

Voor de toepassing van e-health is het, naast adequate prestaties en tarieven, van belang dat zorgverzekeraars voldoende mogelijkheden hebben om e-health in te kopen. In deze paragraaf worden de mogelijkheden beschreven die zorgverzekeraars hebben om afspraken te maken met zorgaanbieders over de toepassing van e-health.

Binnen de medisch specialistische zorg is voor het overgrote deel van de DBC-zorgproducten sprake van vrije prijzen voor het kostendeel van de prestaties. Dit biedt de zorgverzekeraars en zorgaanbieders de ruimte om onderling afspraken te maken over de prijs, maar ook over de samenstelling van de geleverde zorg. Daarbij kan de zorgverzekeraar e-health toepassingen meenemen in de prijs. Indien zorgverzekeraars e-health willen stimuleren is er ruimte om hier onderling afspraken over te maken. Onderhandeling over de bekostiging van de inspanning van de medisch specialist in het kader van e-health, is mogelijk maar binnen de grenzen van het gereguleerde honorariumtarief. Hetzelfde geldt voor het kostendeel van zorgproducten in het gereguleerde segment.

Daarnaast is het voor de bekostiging van e-health van belang dat zorgverzekeraars voldoende geprikkeld worden om goede en doelmatige zorg in te kopen. De laatste jaren zijn deze prikkels versterkt. Zo lopen zorgverzekeraars door de afbouw van de ex-post risicoverevening in toenemende mate financieel risico over de gerealiseerde zorgkosten. In het regeerakkoord is opgenomen dat zorgverzekeraars vanaf 2017 volledig risicodragend moeten zijn voor alle vormen van zorg die onder het verzekerde pakket vallen. Hiermee wordt het belang van het verlagen van zorgkosten, door onder andere doelmatige inkoop groter. Toepassing van e-health kan bijdragen aan de doelmatigheid en de kwaliteit van de geleverde zorg. Zorgverzekeraars kunnen hierbij zelf bepalen of én op welke wijze zij e-health willen in kopen.

## 2.4 Knelpunten huidige bekostiging en regelgeving

Partijen ervaren met name knelpunten in de regelgeving, prestaties en tarieven voor tele-diagnostiek en tele-consultatie tussen de eerste en de tweedelij. Voor de bekostiging via DBC-zorgproducten zijn geen knelpunten benoemd, behalve dat sommige e-health activiteiten niet bepalend zijn in de afleiding van een DBC-zorgproduct.<sup>9</sup>

Een knelpunt is dat er voor de tele-diagnostiek die op aanvraag van huisartsen door medisch specialisten wordt uitgevoerd op dit moment slechts één prestatie bestaat, namelijk tele-dermatologie. Partijen ervaren dit als een knelpunt, aangezien dit de bredere inzet van tele-diagnostiek belemmert. Er zijn wel al verschillende initiatieven opgestart die een bredere toepassing van tele-diagnostiek mogelijk maken; hiervoor ontbreken alleen nog passende zorgproducten.

Wij hebben vorig jaar het advies 'Substitutie' uitgebracht, waarin wij voorstellen om voor de consultatie van een medisch specialist door de huisarts een prestatie in te voeren. Deze consultatie kan ook met behulp

---

<sup>9</sup> Het is op dit moment niet mogelijk dat de screen-to-screen beeldconsult binnen alle productgroepen in de DBC/DOT-productstructuur vastgelegd wordt, zoals de medisch specialistische revalidatiezorg. Wij gaan graag in overleg met deze sectoren om ook daar een passende oplossing te creëren voor de bekostiging van screen-to-screen beeldconsulten.



van een e-health toepassing worden uitgevoerd (tele-consultatie). Het advies 'Substitutie' ligt ter besluitvorming voor bij de minister. Daarnaast heeft de NZa met haar circulaire<sup>10</sup> van 22 april dit jaar de mogelijkheden om experimenten voor een meekijkconsult te starten op grond van de beleidsregel Innovatie onder de aandacht van zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebracht.

Het knelpunt dat e-health zorgactiviteiten niet bepalend zijn in de afleiding, richt zich met name op telefonische consulten. Het is wel mogelijk om zorgactiviteiten vast te leggen, maar deze zijn niet bepalend voor de afleiding naar een DBC-zorgproduct. DBC-Onderhoud heeft hiervoor een voorstel uitgewerkt. De NZa heeft dit voorstel voor het DBC-pakket 2014 afgewezen omdat het meewegen van telefonische consulten in de afleiding macro budgettaire risico's met zich mee brengt. Onder tele(fonische) consulten valt een diverse groep aan activiteiten, waarvan onvoldoende duidelijk is of deze activiteiten qua kosten en inspanning gelijkwaardig zijn aan polikliniekbezoeken. Ook zijn de voorwaarden waaraan tele(fonische) consulten moet voldoen op dit moment onvoldoende duidelijk.

## 2.5 Overige knelpunten

Door het ontbreken van specifieke e-health zorgactiviteiten of een gebrek aan registratieverplichtingen van deze zorgactiviteiten is het niet inzichtelijk dat e-health wordt toegepast. Hierdoor is het niet zichtbaar dat de zorg op een andere wijze wordt aangeboden, dan de reguliere zorg. Dit belemmert het meenemen van e-health in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Een ander knelpunt, dat ook niet direct te relateren is aan de regelgeving en bekostiging, is het feit dat er slechts weinig landelijke e-health initiatieven zijn. Ook zorgverzekeraars herkennen dit en geven aan hun beleid met betrekking tot e-health eigenlijk ook met name op lokaal niveau wordt uitgevoerd. Uit de verkenning blijkt verder dat er op dit moment nog geen optimale uitwisseling van kennis en ervaringen is op landelijk niveau, waardoor een landelijk overzicht van regionale initiatieven ontbreekt. Hier worden wel stappen in gezet. In 2013 zullen Nictiz en het NIVEL een landelijke e-health-monitor uitbrengen. Dit onderzoek geeft onder andere meer inzicht in de mate waarin zorggebruikers en zorgverleners beschikken over e-health-toepassingen en de mate waarin zij er daadwerkelijk gebruik van maken.

## 2.6 Standpunten CVZ, IGZ, KNMG ten aanzien van e-health

Zowel IGZ als CVZ benadrukken dat partijen primair zelf een verantwoordelijkheid hebben in het beoordelen of e-health verantwoord wordt geleverd (vanuit oogpunt van kwaliteit en aanspraak).

### 2.6.1 IGZ

De IGZ staat positief tegenover toepassing van e-health binnen de ziekenhuiszorg, mits het de kwaliteit van de zorg niet aantast en de risico's goed beheerst worden. Het veld dient bij toepassing van e-health alert te zijn dat het geen risico's oplevert voor de patiëntveiligheid.

---

<sup>10</sup> NZa, circulaire 'Experimenten meekijkconsult', 22 april 2013.

Hiermee ligt de verantwoordelijkheid bij de zorgaanbieders die e-health gebruiken en bij de fabrikanten van e-health toepassingen. De IGZ heeft inspecteurs in dienst die zich specifiek bezighouden met toezicht op ICT in de zorg. De IGZ werkt risico gestuurd en houdt vanuit die optiek de ontwikkelingen op het gebied van e-health in de gaten. In geval van calamiteitentoezicht beoordeelt de IGZ de veiligheid en de kwaliteit van de zorg binnen de context waarin de calamiteit zich voordeed. Tot nu toe heeft de IGZ geen belangrijke meldingen over e-zorg inzake diagnosestelling en consultering op afstand ontvangen. Recent is het rapport 'Risico's van het gebruik van e-health-technologie: Een verkennende studie'<sup>11</sup> van het RIVM uitgekomen, in opdracht van IGZ. Daarin wordt geconcludeerd dat er in Nederland steeds meer e-health-technologie wordt gebruikt, en dat het belangrijk is om de bestaande procedures voor risicomangement in de gezondheidszorg ook voor e-health in te zetten. Een betrouwbaar systeem waar incidenten structureel kunnen worden gemeld, geïdentificeerd, gedocumenteerd en gemonitord zou daarbij helpen. Dit RIVM-rapport gaat in op informatie- en communicatie technologieën in het algemeen en behelst dus meer dan e-zorg (definitie RVZ) waar in het kader van dit advies naar gekeken wordt.

### 2.6.2 CVZ

Het CVZ heeft in 2011 het standpunt 'Wanneer is e-health verzekerde zorg?'<sup>12</sup> uitgebracht. Het standpunt van het CVZ is dat per aanbiedingsvorm/interventie beoordeeld dient te worden of deze wezenlijk verschilt van oorspronkelijk zorg wanneer deze in e-health vorm wordt aangeboden. Het is primair aan de zorgverzekeraars en zorgaanbieders om dit te beoordelen.

Ten aanzien van de toekomst van e-health is het volgens het CVZ van belang dat op het moment dat e-health wordt toegepast dit ter vervanging komt van bestaande zorg (substitutie). Het toepassen van e-health moet er niet toe leiden dat het totaalvolume van zorg omhoog gaat. Het CVZ vindt het belangrijk dat het effect van e-health toepassing op de macrokosten van zorg transparant is.

### 2.6.3 KNMG

De KNMG-richtlijn 'Online arts-patiënt contact'<sup>13</sup> bevat de voorwaarden voor online contact tussen artsen en patiënten. Het uitgangspunt is dat online contacten onderdeel moeten zijn van een al bestaande behandelrelatie tussen arts en patiënt. Dat wil zeggen een relatie tussen arts en patiënt waarbij beiden elkaar kennen, elkaar hebben ontmoet en zo nodig elkaar weer kunnen ontmoeten, waarbij het contact normaal gesproken face-to-face verloopt en waarbij er beschikking is over een betrouwbaar medisch dossier. Alleen in die gevallen waarin de kwaliteit van zorg voldoende is gegarandeerd, de kans op nadelige gevolgen in voldoende mate is verkleind en de geboden zorg de patiënt ten goede komt, kan een arts besluiten om buiten een bestaande behandelrelatie online contact met patiënten aan gaan.

Binnen NIA-verband zet KNMG zich in om te zorgen dat e-health een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg wordt. KNMG activeert en stimuleert artsen om e-health verantwoord toe te passen in hun eigen zorgpraktijk. In samenwerking met de federatiepartners en

<sup>11</sup> RIVM, rapport 'Risico's van het gebruik van eHealth-technologie: Een verkennende studie', 2012.

<sup>12</sup> CVZ, notitie 'Wanneer is e-health verzekerde zorg?', november 2011.

<sup>13</sup> KNMG, 'Richtlijn online arts-patiënt contact', herziene versie, september 2007.

wetenschappelijke verenigingen werkt KNMG aan het opnemen van e-health toepassingen in de richtlijnen van de beroepsgroepen, maar ook aan het opschalen van het gebruik van e-health onder de achterban.



### 3. Oplossingen

In dit hoofdstuk worden een aantal oplossingsrichtingen geschetst die de gesignaleerde knelpunten in de toepassing van e-health weg kunnen nemen. Hierbij worden de volgende oplossingsrichtingen nader uitgewerkt:

- Informeren over (bekostigings)mogelijkheden e-health.
- Faciliteren van transparantie over het toepassen van e-health.
- Uitbreiden van de declaratiemogelijkheden voor tele-diagnostiek.

Voor het knelpunt dat wordt aangegeven in het kader van het ontbreken van declaratiemogelijkheden voor consultatie tussen de eerste en tweedelij wordt verwezen naar het advies 'Substitutie', dat wij vorig jaar hebben uitgebracht aan de minister, en naar de circulaire die wij op 22 april 2013 over experimenten met een meekeijkconsult hebben uitgebracht.

#### 3.1 Oplossing 1: Informeren over (bekostigings)mogelijkheden e-health

Uit de knelpuntenanalyse blijkt dat er weinig bekendheid is met de mogelijkheden voor de bekostiging van e-health binnen het huidige systeem. De belangrijkste oplossing hiervoor is dat deze mogelijkheden inzichtelijk gemaakt worden. Vanuit het samenwerkingsverband 'Zorg voor Innoveren' is de NZa continue bezig met het informeren van het veld over de mogelijkheden in de bekostiging van e-health. Binnenkort wordt de wegwijzer Financiering e-health op de website zorg voor innoveren vernieuwd. Hierbij zullen wij bekijken of de informatie op de website verder aangevuld en verduidelijkt kan worden met de bekostigingsmogelijkheden van e-health. Wij zullen ook een circulaire aan het veld versturen waarbij wij dit advies, de 'wegwijzer financiering e-health' en de mogelijkheden in de bekostiging van e-health onder de aandacht brengen. Daarnaast zien we ook een rol voor het veld, zoals voor ZN en andere koepelorganisaties, bij het inzichtelijk maken van de mogelijkheden in de bekostiging van de toepassing van e-health en om deze onder de aandacht te brengen bij hun achterban. Partijen ondernemen hier al stappen in, zo blijkt uit de NIA e-health.

#### 3.2 Oplossing 2: Faciliteren transparantie over het toepassen van e-health

Op dit moment is het voor zorgverzekeraars niet (altijd) inzichtelijk dat e-health toegepast wordt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen onderling contractafspraken maken over het transparant maken van e-health toepassingen. Deze afspraken kunnen onderdeel uitmaken van de inkoopgidsen voor e-health zoals deze zijn (en worden) opgesteld door ZN. Wij kunnen hierbij faciliteren door zorgactiviteiten (voor zover deze nog niet bestaan) aan te maken voor e-health toepassingen, zodat deze geregistreerd kunnen worden. Wij zullen (veld)partijen in een circulaire attenderen op de mogelijkheid om verzoeken voor zorgactiviteiten voor nieuwe e-health toepassingen aan te melden bij DBC-Onderhoud en/of de NZa.

### 3.3 Oplossing 3: Uitbreiden declaratiemogelijkheden voor tele-diagnostiek

Een gesignaleerd knelpunt is dat er op dit moment geen prestatie bestaat voor diagnostiek die op 'afstand' door huisartsen binnen de ziekenhuiszorg wordt aangevraagd (tele-diagnostiek). Er is wel een overig zorgproduct voor tele-dermatologie, maar de tendens is dat de zorg breder toegepast wordt (zoals tele-oogheelkunde en tele-otoscopie). Uiteraard heeft het veld de mogelijkheid om bij de NZa prestaties hiervoor aan te vragen. De NZa kan ook zelf pro-actief zijn en, in overleg met partijen, hiervoor een prestatie en tarief vaststellen. Het vaststellen van een prestatie leidt ertoe dat de ervaren bekostigingsknelpunten voor toepassing van tele-diagnostiek (voor de vergoeding van inzet van medisch specialist en ziekenhuiskosten) opgelost worden.

#### *Vaststellen overig(e) zorgproduct(en)*

Voor het aanmaken van overige zorgproducten heeft de NZa verschillende opties.

#### – Differentiëren in prestaties

Hierbij zijn een tweetal verschillende soorten oplossingen mogelijk:

- Er kan een specifieke prestatie aangemaakt worden per 'soort' tele-diagnostiek, zoals tele-oogheelkunde. Een voordeel van deze optie is dat er ruimte is voor een passend tarief per specialisme/vorm van diagnostiek en dat het goed meetbaar is hoe vaak en in het kader waarvan de prestatie geleverd. Een specifieke prestatie biedt dus transparantie. Een nadeel is dat het op voorhand niet duidelijk is welke producten er moeten worden vastgesteld en dat in het geval van een nieuwe toepassing altijd een nieuwe prestatie moet worden aangevraagd. Een specifieke prestatie is daarmee niet flexibel. Voor het uitvoeren van deze variant is de NZa afhankelijk van partijen, zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Zij zullen aanvragen moeten indienen waarbij een duidelijke prestatiebeschrijving, toelichting, afbakening en tariefonderbouwing wordt gegeven;
- Het is ook mogelijk om een aantal categorieën prestaties aan te maken, welke gerelateerd worden aan bijvoorbeeld 'zorgzwaarte' of 'kostenkenmerken'. Op die manier wordt een palet aan prestaties geboden waardoor ruimte wordt gegeven aan inhoudelijke verschillen, zonder dat er voor iedere toepassing een specifieke prestatie aan hoeft te worden gevraagd. Voor deze optie is het echter wel noodzakelijk dat partijen overeenstemming bereiken over het invullen van kenmerken, afbakening en tariefonderbouwing.

#### – Eén generieke prestatie

Een alternatief voor het differentiëren van prestaties is het aanmaken van één generieke prestatie. Hierbij zou het bestaande overige zorgproduct voor tele-dermatologie, specialisme onafhankelijk worden gemaakt en qua prestatieomschrijving worden aangepast, zodat deze breder toegepast kan worden. Een voordeel hiervan is dat veld de ruimte heeft om onderling afspraken te maken en dat niet voor iedere nieuwe toepassing van tele-diagnostiek een nieuwe prestatie hoeft te worden aangevraagd.

Partijen geven aan dat een dergelijke optie werkbaar is, mits er voldoende ruimte wordt gegeven in het tarief voor de verschillende toepassingen.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat de overige zorgproducten onderdeel uitmaken van het gereguleerde segment en dus een maximum

kosten- en honorariumtarief kennen. Een belangrijke kanttekening bij deze uitwerking is dat het moeilijk is vast te stellen wanneer er sprake is van een kostendekkend tarief voor de verschillende varianten en of er gebruik wordt gemaakt van de onderhandelingsruimte die ontstaat bij de 'goedkope' varianten van tele-diagnostiek. Ook bij deze optie is dus een afhankelijkheid van partijen.

#### *Vaststellen integraal product*

Bij bovenstaande oplossingen wordt uitgegaan van het creëren van declaratiemogelijkheden voor de tweedelijns (voor de vergoeding van inzet van medisch specialist en ziekenhuiskosten). Een alternatief hiervoor is het creëren van een integraal zorgproduct voor tele-diagnostiek. Uit het integrale zorgproduct zou dan zowel de zorg geleverd door de huisarts als de medisch specialist worden bekostigd. Hierbij treedt één partij op als hoofdcontractant en is verantwoordelijk voor de onderhandelingen met de zorgverzekeraar. Dit kan de huisarts zijn, maar ook een medisch specialist. De hoofdcontractant declareert het integrale product bij de zorgverzekeraar, en maakt met de andere zorgaanbieder afspraken over vergoeding. De levering van deelprestaties wordt aangemerkt als onderlinge dienstverlening. In het voorbeeld van het integrale product zou er sprake zijn van onderlinge dienstverlening tussen de lijnen.

Op dit moment zijn de bekostigingssystemen van de eerste en tweedelijns verschillend waardoor het nog niet mogelijk is om onderlinge dienstverlening tussen de eerste- en tweedelijns breed toe te passen. De eerstelijns heeft zijn eigen prestaties, en mag hier geen andere prestaties voor in rekening brengen (artikel 35 Wmg). Hetzelfde geldt voor de tweedelijns. Op het moment de integrale bekostiging voor tele-diagnostiek ingevoerd zou worden is een aanwijzing van de minister nodig.

De optie voor integrale prestaties wordt niet haalbaar geacht voor 2014 gezien hiervoor een aanwijzing noodzakelijk is. Daarnaast stelt de NZa voor om in dit voorstel alleen uit te gaan van een oplossing voor de medisch specialist en niet voor de huisarts. De huisarts heeft in ieder geval de mogelijkheid om consulten in rekening te brengen voor zijn contacten met de patiënt en dekt het inschrijftarief ook de ruggenspraak met de specialist. Daarnaast is het zo dat er naar aanleiding van het regeerakkoord VVD/PvdA een doorontwikkeling van de huisartsenbekostiging wordt ingezet. Hierbij is veel aandacht voor samenwerking tussen eerste- en tweedelijns en substitutie. Een tijdelijke oplossing of vooruit lopen op deze ontwikkelingen wordt niet wenselijk geacht.





## 4. Effecten betaalbaarheid

Het effect van het vergroten van de transparantie en het verruimen van de declaratiemogelijkheden, op de betaalbaarheid van de zorg is niet volledig te voorzien. In een stelsel van gereguleerde marktwerking is dit immers mede afhankelijk van de contractafspraken die zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierover maken. De macro budgettaire risico's kunnen door middel van randvoorwaarden worden beperkt. Hierbij kan gedacht worden aan:

- De NZa is voornemens bij de uitwerking van de prestatie(s) en tarief(ven) het uitgangspunt te hanteren dat zorg geleverd in de 'e-health variant' niet duurder zou mogen zijn dan de 'reguliere variant'.
- Het uitgangspunt is dat e-health bestaande zorg vervangt. Hierdoor zou het effect van e-health op het budgettair kader zorg nihil moeten zijn, omdat de aanname is dat er een substitutie-effect optreedt. Een stijging zou alleen veroorzaakt kunnen worden als er méér zorg geleverd wordt (volume prikkel). Hierover dienen bij de zorginkoop heldere afspraken te worden gemaakt. Hierbij is het van belang dat verzekeraars door het vervallen van de ex post compensatie zelf de gevolgen ervaren van hun inkoopbeleid.
- Verder is het van belang dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars de toegevoegde waarde van e-health toepassingen voor de kwaliteit en doelmatigheid van zorg beoordelen. Richtlijnen kunnen hierbij een rol spelen en een leidraad vormen bij zorginkoop.



## 5. Conclusie

Uit de verkenning blijkt dat e-health wordt toegepast, veelal op een kleine schaal, maar dat hier weinig landelijke bekendheid over is. Verder blijkt dat er al veel mogelijkheden zijn binnen de huidige regelgeving en bekostiging om e-health te financieren en mee te nemen in onderlinge contractafspraken. Hierbij kan gedacht worden aan bekostiging via DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en de beleidsregel Innovatie. Door het veld wordt gewerkt aan het overgaan van een lokale of regionale, naar een meer landelijke aanpak van inkoop en toepassing van e-health.

De belangrijkste knelpunten die partijen ervaren in de bekostiging van e-health zijn gericht op de tele-diagnostiek en tele-consultatie. Beide vormen van e-health kunnen onnodig doorverwijzen van patiënten van eerste naar tweedelijns voorkomen en daarmee substitutie stimuleren. Voor tele-diagnostiek bestaat op dit moment alleen een overig zorgproduct voor tele-dermatologie, terwijl tele-diagnostiek breder ingezet kan worden. Ook voor tele-consultatie ontbreekt een declaratiemogelijkheid, zoals wij eerder hebben geconstateerd in het advies 'Substitutie'<sup>14</sup>.

Dit alles overziend stellen wij voor de volgende oplossingen in te voeren:

- Informeren over (bekostigings)mogelijkheden e-health  
Wij zullen via de website van 'Zorg voor Innoveren' en een circulaire de mogelijkheden voor de bekostiging van e-health nogmaals onder de aandacht brengen bij veldpartijen.
- Faciliteren transparantie over toepassen e-health  
Het vastleggen van zorgactiviteiten voor e-health toepassingen kan de transparantie van e-health vergroten. Wij zullen attenderen op de mogelijkheid om zorgactiviteiten voor nieuwe e-health toepassingen bij DBC-Onderhoud en/of de NZa aan te vragen.
- Uitbreiden declaratiemogelijkheden voor tele-diagnostiek  
Daarnaast stellen we voor om per 2014 een oplossing te introduceren voor de bredere toepassing van tele-diagnostiek. Hierbij adviseren wij één of meerdere overige zorgproducten te introduceren die gedeclareerd kunnen worden door een instelling voor medisch specialistische zorg. Een belangrijke randvoorwaarde voor het vaststellen van deze prestatie(s) is dat deze goed ingekaderd moet worden, zodat geen andere soortgelijke prestaties in rekening gebracht worden (goede prestatiebeschrijving). Over de invulling van deze prestaties en de vraag of er sprake moet zijn van specifieke of gedifferentieerde zorgproducten gaan wij in overleg met veldpartijen. Partijen zullen ons moeten ondersteunen in het vormgeven van deze prestaties en de keuzes die hierin gemaakt worden. Wij hebben, gezien de reacties van partijen bij consultatie van het advies, vertrouwen in een constructieve samenwerking.

---

<sup>14</sup> Voor een oplossing t.a.v. tele-consultatie wordt verwezen naar het advies 'Substitutie' en de circulaire 'Experimenten meekijkconsult' van 22 april 2013.



## Bijlage 1. Brief VWS adviesverzoek



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Nederlandse Zorgautoriteit  
De heer T. Langejan  
Postbus 3017  
3502GA Utrecht

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg

**Bezoekadres:**  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksverheid.nl

**Inlichtingen bij**  
S.W.H. Oppenheim  
Medewerker  
T 070-3407476  
s.oppenheim@minvws.nl

**Kenmerk**  
CZ-3148479

**Bijlage(n)**

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

**14 JAN. 2013**

Datum  
Betreft Adviesverzoek e-health

Geachte heer Langejan,

In dit adviesverzoek vraag ik de Nederlandse Zorgautoriteit onderzoek te doen naar e-health ontwikkelingen in de medisch specialistische zorg, alsmede de ruimte en belemmeringen die voor deze ontwikkelingen bestaan in de DBC-productstructuur en de regelgeving.

In mijn brief aan de Tweede Kamer over e-health (7 juni 2012, MEVA/ICT-3118565) heb ik aangegeven dat het vergroten van het aandeel van e-health in onze gezondheidszorg van groot belang is. E-health zie ik als de inzet van ICT ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid of gezondheidszorg. De ontwikkeling van ICT blijkt telkens nieuwe mogelijkheden te bieden, juist ook voor de zorg. Het helpt fysieke afstanden te overbruggen, draagt bij aan een optimale bedrijfsvoering, geeft patiënten meer regie en biedt professionals extra ogen, oren en handen. Gebruik van ICT kan de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg zeer ten goede komen.

Tal van goede voorbeelden laten zien dat er binnen het huidige systeem al veel mogelijk is: teleconsultatie van de specialist door de huisarts, beeldverbindingen tussen patiënt en artsen of verpleging, het monitoren op afstand van patiënten met chronisch hartfalen en het gebruik van online patiëntportalen om informatie en ervaringen te delen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft dit onlangs ook geconstateerd en de mogelijkheden zichtbaar gemaakt in de wegwijzer financiering e-health. Tegelijk zijn er ook signalen dat het systeem nog belemmeringen kent of tenminste onduidelijkheid over de mogelijkheden die het zorgsysteem biedt voor het gebruik van e-health toepassingen. Verschillende interpretaties van beleidsregels, wetten en richtlijnen kunnen zorgprofessionals ervan weerhouden om aan de slag te gaan.

Indien er specifieke belemmeringen of onduidelijkheden in de bekostiging of in de regelgeving voor de toepassing van e-health zijn, wil ik die zo snel mogelijk wegnemen. Cruciaal daarbij is dat een e-health ontwikkeling de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ten goede dient te komen. Ik wil u daarom vragen onderzoek te doen naar deze mogelijke belemmeringen, rekening houdend met de



gevolgen voor de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg. Ik vraag u waar mogelijk uitspraken over e-health toepassingen van bijvoorbeeld de IGZ en het CVZ of andere beschikbare (onderzoeks)informatie mee te nemen in het advies. Daarnaast wil ik u vragen in uw advies een uitspraak te doen over de gevolgen voor de betaalbaarheid van de zorg. Het wegnemen van eventuele belemmeringen voor e-health in het systeem kan gevolgen hebben voor de betaalbaarheid van de zorg. Enerzijds kunnen e-health toepassingen voor veel efficiëntie zorgen en daarmee een gunstig effect hebben op de betaalbaarheid. Anderzijds bestaat het risico op onnodig veel gebruik van deze zelfde toepassingen. Ik wil u vragen de opties te verkennen om dit zoveel mogelijk te beperken.

**Directoraat Generaal  
Curatieve Zorg**  
Directie Curatieve Zorg

**Kenmerk**  
CZ-3148479

Concluderend: ik vind het belangrijk dat het DBC-systeem en de regelgeving positieve e-health ontwikkelingen niet in de weg staan. Desalniettemin dienen eventuele aanpassingen in alle zorgvuldigheid te worden gezien. Ik vraag u in het voorjaar van 2013 mij hierover te adviseren.

Met vriendelijke groet,  
de directeur-generaal Curatieve Zorg,

drs. L.A.M. van Halder