Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg

Een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren

december 2022

Inhoudsopgave

1	**Samenvatting**	**3**
2	**Inleiding**	**5**
2.1	Aanleiding	5
2.2	Doel en scope van het onderzoek	6
2.3	Onderzoeksmethode	6
2.4	Leeswijzer	6
3	**Achtergrondinformatie bekostiging in de langdurige zorg**	**7**
4	**Resultaten**	**10**
4.1	Bestuurlijke dilemma's bij het introduceren van zorgtechnologie	10
4.2	Proces van bekostiging en financiering van zorgtechnologie	11
4.2.1	Startpunt: bestuurlijke visie	12
4.2.2	Afweging toegevoegde waarde zorgtechnologie	12
4.2.3	Financiering en bekostiging	14
4.3	Knelpunten in verschillende leveringsvormen	17
4.3.1	Knelpunten levering zorgzwaartepakket	17
4.3.2	Knelpunten levering volledig pakket thuis	17
4.3.3	Knelpunten modulair pakket thuis	18
4.3.4	Knelpunten persoonsgebonden budget	19
4.3.5	Overkoepelend thema	19
5	**Conclusie en aanbevelingen**	**20**
5.1	Conclusie	20
5.2	Aanbevelingen	21

1 Samenvatting

Zorgtechnologie kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg voor cliënten, het ontlasten van mantelzorgers en het verlagen van de werkdruk van zorgprofessionals. Tegelijkertijd zijn er signalen dat zorgaanbieders de exploitatie van zorgtechnologie niet rondkrijgen. De financiering en bekostiging zou één van de belemmeringen kunnen zijn voor het implementeren en opschalen van zorgtechnologie. In dit rapport onderzoeken we of en welke knelpunten er zijn in de bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg zowel thuis als in een verpleeghuis. Daarvoor hebben we gesprekken gevoerd met zorgaanbieders, ZN en zorgkantoren, accountants, ActiZ en Vilans.

Verschillen zichtbaar in de mate waarin zorgaanbieders zorgtechnologie inzetten
We laten zien dat veel zorgaanbieders al bezig zijn met de inzet van zorgtechnologie. Tegelijkertijd zien we dat er grote verschillen zijn in de mate waarin zorgaanbieders zorgtechnologie inzetten. Dat heeft grotendeels te maken met factoren buiten de bekostiging en financiering om. Bijvoorbeeld met bestuurlijke visie binnen de organisatie en de uitgangspositie wat betreft ICT-infrastructuur en gebouwen. Daarnaast wordt het maken van positieve businesscases als knelpunt ervaren, net als de diffuse markt van aanbieders van zorgtechnologie.

Knelpunten in bekostiging
Specifiek over bekostiging geven zorgaanbieders aan dat de vele verschillende potjes van financiering het niet makkelijker maken. Bovendien betreft dit vaak tijdelijke financiering, terwijl zorgaanbieders behoefte hebben aan meer structurele financiering. Ook het feit dat in de NZa tarieven geen geoormerkte component is voor zorgtechnologie wordt als een belemmering ervaren. Hierdoor wordt het volgens de zorgaanbieders moeilijker om te besluiten de middelen in de te zetten voor zorgtechnologie, omdat zij ook andere uitdagingen hebben waar financiële middelen voor nodig zijn. De versnippering over de verschillende domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) waarbinnen zorgaanbieders zorg leveren, wordt ook als een knelpunt ervaren. Het feit dat zorgkantoren en zorgverzekeraars vaak naast elkaar verschillende afspraken maken met zorgaanbieders helpt de implementatie van zorgtechnologie niet. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat de afschrijvingstermijn die wordt gehanteerd in de tarieven mogelijk te lang is.

Knelpunten in verschillende leveringsvormen
Over het algemeen merken we dat zorgaanbieders die vooral intramurale zorg leveren op basis van zorgzwaartepakketten (zzp's) leveren beter uit de voeten kunnen met de implementatie van zorgtechnologie. Het zzp is een integraal tarief waardoor zorgaanbieders ruimte hebben en ervaren om de middelen naar eigen visie en de wens en de behoefte van de cliënt in te zetten. Bij verpleging en verzorging op basis van het volledig pakket thuis (vpt) is volgens de zorgaanbieders door de inzet van zorgtechnologie veel winst te behalen als het gaat om bijvoorbeeld reductie van reistijd. Tegelijkertijd lijkt zorgtechnologie moeizamer van de grond te komen dan binnen het zzp. Dat heeft er onder andere mee te maken dat wanneer cliënten verspreid in de wijk wonen, het moeilijk is om zorgtechnologie via een centraal punt te organiseren. Bovendien zijn zorgaanbieders afhankelijk van de mogelijkheden binnen de woning. Ook is het de vraag wat, als het gaat om zorgtechnologie, de verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieder en wat voor rekening van de eigenaar, verhuurder of woningcorporatie komt. Voor de leveringsvorm modulair pakket thuis (mpt) geven zorgaanbieders aan dat het lastig is om zorgtechnologie goed bekostigd te krijgen, omdat sprake is van een vergoeding per uur. Bovendien geven de zorgaanbieders aan dat de prestatie thuiszorgtechnologie niet altijd toereikend is om zorgtechnologie te bekostigen.

Bekostiging kan soms een knelpunt zijn bij de implementatie van zorgtechnologie, maar is duidelijk niet de belangrijkste

We concluderen in dit rapport dat als het gaat om de implementatie van zorgtechnologie aan veel verschillende knoppen gedraaid kan worden om dit te verbeteren. Bekostiging is één van deze knoppen, maar dit is niet de enige en zeker niet de belangrijkste. De visie van de bestuurder, met heldere uitgangspunten voor de rol van technologie in het zorgproces, is een belangrijk startpunt om de implementatie van zorgtechnologie van de grond te krijgen. Ook kost het tijd en energie om een zorgtechnologie goed neer te zetten in de organisatie. Daar is specifieke kennis en ervaring voor nodig. Bij veel zorgaanbieders zien we dat dit goed gaat, andere zorgaanbieders blijven hierbij achter. We concluderen dan ook zorgaanbieders nog veel van elkaar kunnen leren. Tegelijkertijd zien we ook dat binnen de beleidsregels van NZa verder nagedacht kan worden over de rol die zorgtechnologie hierin neemt. Daarom gaan we onderzoeken in welke mate de afschrijvingstermijn van de nic-component nog past bij de huidige tijd. Ook onderzoeken we hoe we de prestatie thuiszorgtechnologie kunnen aanpassen waardoor de inzet van zorgtechnologie in de thuissituatie verder gestimuleerd kan worden.

Aanbevelingen

In het rapport geven we zorgaanbieders mee goed na te gaan hoe toekomstbestendig ze zijn wanneer zij niet voldoende inzetten op zorgtechnologie. We adviseren hen een duidelijke visie te ontwikkelen op zorgtechnologie met de vraag: hoe gaan we zorgtechnologie implementeren en wie hebben we daarbij nodig? Van zorgkantoren verwachten we dat zij actiever sturen op de inzet van zorgtechnologie, met name bij de zorgaanbieders die nog niet zo ver zijn met de inzet van zorgtechnologie. Ook vragen we zorgkantoren en zorgverzekeraars meer domeinoverstijgend te gaan samenwerken en van elkaar te leren, om bij de inzet van zorgtechnologie een doorlopende lijn van bijvoorbeeld wijkverpleging naar Wlz-verpleegzorg te realiseren. Voor VWS zien wij een rol in het reduceren en inzichtelijk maken van de verschillende ondersteunende financiële potjes. Ook adviseren we VWS onderzoek te doen naar eventuele marktmacht van ICT- en zorgtechnologie-aanbieders in de zorg. Zorgaanbieders lijken nu op achterstand te staan bij het realiseren van een doelmatige inzet van zorgtechnologie. Tot slot roepen we de brancheorganisaties en de veldpartijen op om de handen ineen te slaan om de implementatie van zorgtechnologie in de verpleeghuiszorg verder te versnellen.

2 Inleiding

In de verpleegzorg wordt steeds meer ingezet op zorgtechnologie om de zorglevering te ondersteunen. Zorgtechnologie kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg voor cliënten, het ontlasten van mantelzorgers en het verlagen van de werkdruk van zorgprofessionals. Tegelijkertijd zijn er signalen dat zorgaanbieders de exploitatie van zorgtechnologie niet rondkrijgen. De financiering en bekostiging zou een van de belemmeringen kunnen zijn voor het implementeren en opschalen van zorgtechnologie. In dit rapport onderzoeken we wat de knelpunten zijn in de bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg zowel thuis als in een verpleeghuis. Daarnaast beschrijven we aanbevelingen en mogelijke oplossingsrichtingen voor deze knelpunten.

2.1 Aanleiding

De inzet van zorgtechnologie kan bijdragen aan de uitdagingen waar we in de verpleegzorg voor staan, zoals bijvoorbeeld de dubbele vergrijzing. Het aandeel 65-plussers ten opzichte van de totale bevolking neemt toe én de gemiddelde leeftijd van de groep 65-plussers neemt toe, waardoor ook de zorgvraag van de ouderen toeneemt. Tegelijkertijd neemt de potentiële beroepsbevolking af, waardoor het steeds moeilijker wordt om aan de vraag van zorgpersoneel te voldoen. Op dit moment zien we dat het al lastig is om de vacatures in de zorg in te vervullen. Zorgtechnologie wordt gezien als een middel om het tekort aan zorgpersoneel deels op te vangen, bijvoorbeeld door personeel te ontlasten en administratieve lasten te verminderen. Bovendien kan zorgtechnologie, wanneer slim toegepast, bijdragen aan het vergroten van werkplezier van medewerkers en kan het de kwaliteit van leven van cliënten verhogen. In het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) wordt het belang van zorgtechnologie in de ouderenzorg ook benadrukt. Daarin wordt de wens uitgesproken om zoveel mogelijk de zorgvraag te beantwoorden met een digitale oplossing: “digitaal als het kan”.

Tegelijkertijd zien we dat een groot aantal zorgaanbieders nog worstelt met zorgtechnologie. Daarover is al veel gezegd en geschreven, bijvoorbeeld door Vilans en het Trimbos instituut. Ook de bekostiging en financiering van zorgtechnologie is een belangrijk onderwerp. Verschillende zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij de exploitatie van zorgtechnologie niet rondkrijgen. De reden hiervoor is niet geheel duidelijk. Daarom heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aan ons gevraagd onderzoek te doen naar de knelpunten die verpleegzorgaanbieders ervaren.

2.2 Doel en scope van het onderzoek

Hoewel er al veel mogelijk is in de bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg, hebben een aantal zorgaanbieders bij het ministerie van VWS aangegeven tegen knelpunten op dit gebied aan te lopen. Naar aanleiding hiervan heeft het ministerie van VWS de NZa gevraagd hier verder onderzoek naar te doen. Het doel van dit onderzoek is dan ook het in kaart brengen van de problemen waar verpleegzorgaanbieders tegenaan lopen, waardoor zij de exploitatie van zorgtechnologie niet rond krijgen en welke oplossingen hierbij mogelijk zijn.

We onderzoeken de inzet van bewezen zorgtechnologie in de verpleegzorgsector. Daarbij focussen we op Wlz zorg die wordt geleverd in een instelling, via een zorgzwaartepakket (zzp) en zorg thuis via het volledig pakket thuis (vpt) en het modulair pakket thuis (mpt). Ook zorgtechnologie bij het persoonsgebonden budget (pgb) kwam ter sprake. In dit onderzoek onderscheiden we zorgtechnologie van innovatie. Innovatie zien wij als nieuwe toepassingen, waarvan de effectiviteit nog onderzocht moet worden. Met zorgtechnologie bedoelen we zorgtechnologieën zoals bijvoorbeeld zijn opgenomen in het onderzoek van Vilans naar tijdbesparende zorgtechnologieën. Denk bijvoorbeeld aan een medicijndispenser die op gezette tijden een zakje met medicijnen aanbieden in de goede samenstelling en dosering. Of aan beeldschermzorg, waarbij een zorgaanbieder op afstand communiceert met een cliënt via een beeldscherm en camera.

In dit onderzoek beantwoorden we de volgende centrale vraag:

> *Waar lopen verpleegzorgaanbieders tegen aan op het gebied van bekostiging en financiering bij de exploitatie van zorgtechnologie en welke oplossingen/stappen helpen om dit te verbeteren?*

Daarbij gaan we in op het proces van bekostiging en financiering, de knelpunten die zorgaanbieders hierbij ervaren en de succesfactoren die hiermee samenhangen.

2.3 Onderzoeksmethode

Via het ministerie van VWS hebben wij contact gelegd met zorgaanbieders die bij hen hebben aangegeven tegen knelpunten aan te lopen als het gaat om de bekostiging en financiering van zorgtechnologie. In twee bijeenkomsten hebben we met deze groep zorgaanbieders gesproken over de knelpunten. Bij deze bijeenkomsten waren in totaal 15 zorgaanbieders aanwezig. Daarnaast hebben we verdiepende gesprekken gevoerd met individuele zorgaanbieders, daarbij hebben we ook gesproken met zorgaanbieders waarbij de implementatie van zorgtechnologie beter van de grond komt en die een voorbeeldrol vervullen voor anderen. Ook zijn we bij een van de zorgaanbieders op werkbezoek geweest. In totaal hebben we met tien zorgaanbieders verdiepende gesprekken gevoerd. Bij de zorgaanbieders hebben we onder andere gesproken met bestuurders en innovatiemanagers. Hier zaten zorgaanbieders bij die al veel ervaring hebben met het introduceren van zorgtechnologie en zorgaanbieders die daarin niet ver zijn. Aanvullend hebben we gesprekken gevoerd met ZN en zorgkantoren, accountants, ActiZ en Vilans. Daar waar we in dit rapport spreken over zorgaanbieders, bedoelen we de zorgaanbieders die wij hebben geïnterviewd voor dit onderzoek of de zorgaanbieders waarover zorgkantoren, accountants, ActiZ en Vilans ons over hebben verteld.

2.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 van het rapport geven we kort achtergrondinformatie over de bekostiging binnen de langdurige zorg. Vervolgens laten we in hoofdstuk 3 de resultaten van het onderzoek zien. In hoofdstuk 3 trekken we op basis hiervan conclusies en doen we aanbevelingen voor vervolgstappen.

3 Achtergrondinformatie bekostiging in de langdurige zorg

In dit hoofdstuk lichten we kort toe hoe de bekostiging in de langdurige zorg eruitziet. We gaan in op de verschillende leveringsvormen, de tarieven en Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten. De bekostiging van Wlz-zorg kent meerdere vormen. Het grootste deel van de cliënten ontvangt zorg via een zorgzwaartepakket (zzp's). Daarnaast kunnen mensen zorg ontvangen via een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). De prestatiebeschrijvingen en beleidsregelwaarden voor de leveringsvormen worden door de NZa vastgesteld. Naast de reguliere prestaties kunnen zorgaanbieders gebruik maken van de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten.

Achtergrondinformatie Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) geldt sinds 1 januari 2015. De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg nabij of permanent toezicht. Het gaat vooral om ouderen met vergevorderde dementie, ernstige somatische problematiek, mensen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of de langdurige ggz. Om zorg vanuit de Wlz te krijgen, is een Wlz-indicatie nodig van het Centrum Indicatiestelling Zorg. Een Wlz-indicatiebesluit wordt uitgedrukt in een zorgprofiel. Een zorgprofiel beschrijft de zorgbehoefte van de cliënt.

Leveringsvormen

Binnen de Wlz kunnen cliënten zorg ontvangen via vier leveringsvormen: zorgzwaartepakketten (zzp), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).

- Zzp: een cliënt woont in een instelling en ontvangt daar alle zorg. Het zzp bestaat uit een volledig pakket van verblijfszorg, dagbesteding en optioneel behandeling dat aansluit op de kenmerken van de cliënt en het soort zorg dat die cliënt nodig heeft en wat de zorgaanbieder kan leveren.
- Vpt: thuis wordt dezelfde zorg geboden als in een instelling. Net als bij het zzp wordt hier een integraal zorgpakket geboden. Binnen het vpt wordt het wonen echter gescheiden van de zorg en betaalt een cliënt zelf de woonkosten.

- Mpt: delen van de Wlz-zorg worden in de thuissituatie geboden, soms door verschillende zorgaanbieders. Het gaat hier om losse vormen van zorg zoals begeleiding, verpleging en persoonlijke verzorging
- Pgb: een cliënt regelt zijn zorg zelf met een persoonsgebonden budget. De Wlz-behandeling wordt bekostigd via mpt-prestaties.

Het grootste deel van de ouderen, zo'n 76.4%, ontvangt zorg via een zorgzwaartepakket. Het aandeel cliënten dat gebruik maakte van de andere leveringsvormen was mpt (11%), vpt (5.6%), pgb (5.7%) en zin & pgb (1.2%).

Financiering van de Wlz

De zorg in de Wlz wordt voor een groot deel gefinancierd vanuit een landelijke verzekering waar iedereen die belastingplichtig is aan meebetaalt. Cliënten betalen zelf ook een eigen bijdrage voor de langdurige zorg aan het CAK. Vanuit de centrale overheidskas gaat het geld naar zorgkantoren in de vorm van een contracteerruimte. De NZa maakt hiervoor omschrijvingen van behandelingen met registratie- en declaratieregels en beleidsregelwaarden waarbinnen zorgkantoren en zorgaanbieders afspraken maken over de tarieven.[1] De tarieven bestaan uit vier componenten: loonkosten, materiële kosten, de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en de normatieve investeringscomponent (nic).

1 Loonkosten: deze component heeft betrekking op de personele kosten
2 Materiële kosten: dit zijn kosten die te maken hebben met het reguliere en planbare onderhoud, zoals onderhoudscontracten en schilderwerk. Andere voorbeelden van materiële kosten zijn voeding, medicatie, energiecontracten en verzekeringen.
3 Nhc: deze component bestaat uit een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus (30 jaar) van een nieuwbouwvoorziening, de rente-, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven te dekken. Voorbeelden hiervan zijn: grootschalige renovatie, functionele aanpassingen, maar ook onplanbare incidenten zoals een lekkende kraan of het vervangen van een lampje.
4 Nic: dit dient als normatieve vergoeding voor investeringen in medische en overige inventaris en in computerapparatuur en -programmatuur. Deze normatieve vergoeding bestaat uit een jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van inventaris (10 jaar), de rente en afschrijvingskosten te dekken.

Zorgkantoren en zorgaanbieders spreken gezamenlijk af hoeveel zorg zij leveren en tegen welke tarief. Daarnaast worden er ook aanvullende afspraken gemaakt over gezamenlijke doelen die ze willen realiseren. Vanuit doelmatigheid maken zorgkantoren tariefafspraken die veelal onder de beleidsregelwaarde liggen.

Innovatie voor kleinschalige experimenten

De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten dient om innovatieve initiatieven te stimuleren om te komen tot een betere prijs-kwaliteitverhouding van zorg. Dit kan door een verbeterde kwaliteit (bij gelijkblijvende prijs) van zorg, een lagere prijs (bij gelijkblijvende kwaliteit) van zorg of zowel een verbeterde kwaliteit als een lagere prijs van zorg. Met de 'prijs' van zorg wordt bedoeld de kosten van de zorg per patiënt. De reguliere prestaties bieden doorgaans ruimte voor deze innovaties. Het gaat bij deze beleidsregel nadrukkelijk om innovatieve prestaties die niet regulier bekostigd/ingekocht kunnen worden. Voor dit type innovaties in de Wlz is er in 2022 € 17,5 miljoen beschikbaar en voor de volgende

[1] Zie bijvoorbeeld de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 en de Declaratievoorschriften, administratievoorschriften en informatieverstrekking Wlz 2023

jaren € 20 miljoen. Het inzetten van reeds bewezen technologie wordt niet gezien als innovatie. Een nieuwe toepassing van een bewezen zorgtechnologie zoals een smart glass (een bril met camerafunctie waardoor professionals met elkaar kunnen meekijken) gebruiken in combinatie met artificiële intelligentie voor medicatieveiligheid is wel innovatie. Per innovatieproject is in de Wlz maximaal € 500.000 per jaar beschikbaar voor de duur van 3 jaar. We gebruiken de beleidsregel om waar nodig de structurele/reguliere bekostiging aan te passen. Zo zorgt het voor een vliegwiel en het uiteindelijk kunnen opschalen van goede innovaties.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk maken we de resultaten van het onderzoek inzichtelijk. We laten zien dat van de geïnterviewde zorgaanbieders er al veel bezig zijn met de inzet van zorgtechnologie. Tegelijkertijd zien we dat er grote verschillen zijn in de mate waarin zorgaanbieders zorgtechnologie inzetten. Dat heeft deels te maken met factoren buiten de bekostiging en financiering om, bijvoorbeeld met bestuurlijke visie binnen de organisatie en de uitgangspositie van de zorgaanbieders. Daarnaast wordt het maken van businesscases als knelpunt ervaren, net als de diffuse markt van aanbieders van zorgtechnologie. Specifiek over bekostiging en financiering geven zorgaanbieders aan dat de vele verschillende potjes van financiering het niet makkelijker maken. Ook het feit dat in de NZa tarieven geen geoormerkte component is voor zorgtechnologie wordt als een belemmering ervaren. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat de afschrijvingstermijn die wordt gehanteerd in de tarieven mogelijk te lang is. Voor de leveringsvorm mpt geven de zorgaanbieders aan dat de prestatie thuiszorgtechnologie niet altijd toereikend is om zorgtechnologie te bekostigen.

4.1 Bestuurlijke dilemma's bij het introduceren van zorgtechnologie

Het bestuur van een aanbieder van verpleeghuiszorg is (onder meer) verantwoordelijk voor kwalitatief goede, passende zorg, voldoende, competent en gemotiveerd personeel, voldoende middelen voor het personeel om goede zorg te verlenen, doelmatige en rechtmatige aanwending van de financiële middelen (inclusief zorgadministratie), de continuïteit van de zorg en de zorgaanbieder. Het bestuur stelt noodgedwongen prioriteiten in waar de aandacht naar uit gaat en draagt aldus zorg voor een verantwoorde balans tussen zorgvraag en –aanbod, en de primaire en secundaire processen binnen de instelling.

Door de dubbele vergrijzing en de daarmee sterk groeiende zorgvraag en de personeelsschaarste wordt

het besturen er niet eenvoudiger op voor de zorgbestuurder. Over de instroom van cliënten hoeft de zorgbestuurder zich geen zorgen te maken, die is door de vergrijzing blijvend hoog. Maar wel over de kwaliteit van zorg en het behoud van voldoende competent en gemotiveerd personeel. Zorgtechnologie kan daaraan een belangrijke bijdrage leveren, dat laten vele zorgaanbieders in de praktijk al zien. Andere zorgaanbieders hebben daar meer moeite mee, bijvoorbeeld vanwege de minder goede uitgangspositie wat betreft de ICT-infrastructuur en de gebouwen. Maar ook wat betreft het ondernemerschap en de kennis van ICT en (de implementatie van) zorgtechnologie. De prioriteit ligt dan bij het huis op orde krijgen, alvorens het avontuur aan te gaan van de implementatie van zorgtechnologie binnen de instelling. Ook zien we dat een klein deel van de zorgaanbieders de meerwaarde van zorgtechnologie nog niet als dusdanig inziet en de noodzaak niet ziet om mee te gaan met de ontwikkelingen die op dit gebied spelen. Hierbij is het de vraag of zorgaanbieders waarbij dit speelt nog voldoende toekomstbestendig zijn, want stilstand leidt vaak tot achteruitgang.

Uit onze gesprekken komt naar voren dat het pad van zorgtechnologie geen eenvoudig pad is om te bewandelen. Er moet geld voor de (voor)investering vrijgemaakt worden waarbij de baten pas later zichtbaar worden. Er is draagvlak binnen de organisatie nodig, waarbij een goed implementatietraject van belang is net als opleiding en ondersteuning van medewerkers en cliënten. Een doordacht beleid (doel-middelrelatie), sterk opdrachtgeverschap richting de leveranciers van zorgtechnologie, die door de enorme kennisvoorsprong en dominante marktpositie een sterke onderhandelingspositie hebben, zijn cruciaal.

Er gaat dan ook veel mis bij het introduceren van zorgtechnologie. Onze gesprekspartners kunnen allemaal gemakkelijk voorbeelden noemen van zorgtechnologie die snel in onbruik raakt. Een ‘Wall of Failure’ zou de sector veel kunnen leren over “hoe het niet aan te pakken”, opperde één van onze gesprekspartners in dit onderzoek. Maar er gaat ook veel goed, er zijn inmiddels veel goede ervaringen en succesverhalen, waarbij zorgpersoneel op een effectieve manier worden ondersteund in het zorgproces door zorgtechnologie. Kortom: zorgbestuurders kunnen elkaar helpen de effectieve paden te vinden. En ook zorgkantoren kunnen daarbij meer sturen, ook zij hebben veel kennis en ervaring opgedaan en moeten inzicht hebben in de kwaliteit van zorg en goed bestuur in de verpleegzorgsector. Zij zijn ook aan zet als het gaat om de ‘beweging in de regio’. Hier gaan we later in deze rapportage verder op in.

4.2 Proces van bekostiging en financiering van zorgtechnologie

Uit de gesprekken met de verschillende partijen kwamen knelpunten en succesfactoren naar voren. In deze paragraaf behandelen we knelpunten en succesfactoren die we aan de hand van het verloop van het proces van de bekostiging en financiering naar voren zijn gekomen. De drie stappen uit het proces die wij behandelen zijn (1) bestuurlijke visie, (2) afweging van de toegevoegde waarde van zorgtechnologie en (3) financiering en bekostiging van zorgtechnologie.

4.2.1 Startpunt: bestuurlijke visie

Volgens onze gesprekspartners valt of staat de implementatie van zorgtechnologie met bestuurlijke visie, zoals we in paragraaf 4.1 al hebben aangegeven. Hier begint de implementatie van zorgtechnologie. Als bestuurders van een organisatie de meerwaarde en noodzaak van zorgtechnologie zien, is deze visie leidend in het maken van keuzes voor organisatie. Volgens zorgaanbieders is het van groot belang dat de volledige organisatie wordt meegenomen in het belang van werken met zorgtechnologie. Wanneer niet alle medewerkers de meerwaarde van zorgtechnologie inzien, is de kans groot dat zorgtechnologie niet wordt omarmd. De bestuurder heeft, samen met het management, hierin een cruciale rol. Vervolgens moet deze visie worden omarmd door zowel bestuur, (innovatie)managers, zorgprofessionals en cliënten(raad).

Succesfactor: samenwerking zorgkantoren en zorgaanbieders

De meeste partijen zijn positief over de samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. Er zijn ook verbeterpunten: voor de bekostiging zou gekeken kunnen worden naar meer regionale en domeinoverstijgende afstemming. Binnen de gehandicaptenzorg wordt het bestuurlijke akkoord tussen de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) genoemd als een succesfactor voor de opschaling van bewezen zorgtechnologie. Zorgkantoren geven aan dat een landelijk akkoord voor de opschaling van zorgtechnologie, waarin concrete afspraken genoemd staan, ervoor kan zorgen dat kennisdeling beter tot stand komt. Daarnaast stimuleert het zorgaanbieders die nog beperkt gebruik maken van zorgtechnologie om hier meer op in te zetten.

4.2.2 Afweging toegevoegde waarde zorgtechnologie

Voordat zorgtechnologie geïmplementeerd kan worden, maken zorgaanbieders een keuze met welke zorgtechnologie zij aan de slag gaan binnen hun organisatie. De meeste zorgaanbieders maken een bewuste afweging of de zorgtechnologie past binnen de visie en kernwaarden van hun organisatie en in hoeverre de zorgtechnologie daadwerkelijk het zorgproces en cliëntenzorg ondersteunt.

Basis op orde

Om zorgtechnologie te kunnen implementeren moet in de basis het huis op orde zijn. Dat wil zeggen dat bijvoorbeeld sprake is van een gezonde financiële situatie, maar ook praktische zaken zoals goede ondersteuning van een ICT-afdeling en een goed werkende wifi/internet bekabeling. We merken dat hierin grote verschillen zijn tussen de geïnterviewde zorgaanbieders. Bij de ene zorgaanbieder is (zorg)technologie standaard onderdeel van het zorgproces, terwijl bij de andere pas sinds kort is gestart

met digitale roostering. De verschillende zorgaanbieders hebben dan ook een andere uitgangspositie als het gaat om zorgtechnologie.

Succesfactor: zowel medewerkers als cliënten actief betrekken bij zorgtechnologie

Om de implementatie van zorgtechnologie succesvol te laten verlopen is het van belang dat zowel medewerkers als cliënten de meerwaarde van zorgtechnologie inzien. Cliënten ervaren soms weerstand als zorgtechnologie wordt ingezet voor hun zorg, zij zijn immers gewend om zorg van mensen te ontvangen en hebben het gevoel dat menselijk contact door de inzet van zorgtechnologie wegvalt. Als medewerkers echter goed uitleggen wat de meerwaarde is van zorgtechnologie, kunnen zij een deel van deze weerstand wegnemen. Daarvoor is het van belang dat medewerkers zelf ook de toegevoegde waarde van zorgtechnologie inzien.

Diffuse markt

Voor zorgaanbieders is het een flinke uitdaging om uit te zoeken welke zorgtechnologie voor hen van meerwaarde is. Er zijn veel verschillende aanbieders van zorgtechnologieën, waarbij de verschillende zorgtechnologieën vaak niet op elkaar aansluiten. Dat wil zeggen dat voor iedere zorgtechnologie een apart contract moet worden afgesloten. Er zijn verschillende bedrijven die hierop inspringen, de zogenaamde intermediairs of brokers. Bij deze intermediairs kunnen zorgaanbieders zorgtechnologie in een bundel afnemen. De meningen hierover zijn verdeeld onder de gesprekspartners. Enerzijds voorzien deze bedrijven in het ontzorgen van zorgaanbieders, omdat zij nu nog maar contact hoeven te hebben met één partij die alle zorgtechnologie levert. Bovendien kan het inkopen van zorgtechnologie via een intermediair goedkoper zijn, omdat nu eenmalig een abonnement wordt afgesloten waarmee verschillende soorten zorgtechnologie kunnen worden ingezet. Hiermee wordt een stapeling van abonnementstarieven voorkomen. Anderzijds is er sprake van een onduidelijk verdienmodel, waarbij leveranciers van zorgtechnologie een marge moeten betalen om hun product via de intermediair op de markt te brengen. De leveranciers zijn hier niet altijd transparant over richting de zorgaanbieders Daarmee komt volgens sommige geïnterviewden de onafhankelijkheid van de intermediairs onder druk te staan. Bovendien bestaat er het risico dat dergelijke intermediairs een te sterke marktpositie krijgen.

Opstellen van businesscases

Voordat zorgtechnologie wordt ingekocht, maken zorgaanbieders gebruik van businesscases om te onderbouwen of de inzet van zorgtechnologie rendabel is. Diverse zorgaanbieders geven aan dat het opstellen van een businesscase voor zorgtechnologie lastig is. Zo is het niet altijd mogelijk om de opbrengsten van zorgtechnologie uit te drukken in euro's en ook de toegevoegde waarde voor cliënt is niet altijd concreet uit te drukken. Met de zorgaanbieders hebben we gesproken over de mate waarin zorgtechnologie tijdbesparend zou zijn. Daarbij werd verwezen naar de lijst van Vilans met 13 tijdbesparende zorgtechnologieën. De zorgaanbieders die wij hebben gesproken geven daarbij aan dat de tijdsbesparing die zorgtechnologie zou moeten opleveren, beperkt is. Zij geven bijvoorbeeld aan dat altijd een aantal medewerkers aanwezig moet zijn, bijvoorbeeld in de nacht of bij de dagbesteding. In dat geval is de substitutie beperkt. Ook Vilans heeft aangegeven dit beeld te herkennen vooral voor de intramurale zorg. Alleen bij meerdere/een groter aantal medewerkers in de nacht bijvoorbeeld kan een inzet van meer geavanceerde bewakingstechnologie met een lager percentage vals positieve meldingen leiden tot substitutie. In het algemeen lijkt met name in de intramurale ouderenzorg pas sprake van substantiële, daadwerkelijk te verzilveren tijdsbesparing als meerdere zorgtechnologieën geclusterd worden ingezet. Zorgaanbieders geven aan dat het belangrijk is om bij businesscases ook te kijken naar

een meer kwalitatieve benadering: wat levert het kwalitatief op voor cliënten en medewerkers, bijvoorbeeld als het gaat om werkdruk verlaging en daardoor een lager ziekteverzuim.

4.2.3 Financiering en bekostiging

Zorgaanbieders geven aan dat het belangrijk is om bij een investering in zorgtechnologie niet over een nacht ijs te gaan. Zorgaanbieders kijken via een businessmodel of een investering gedaan moet worden. In het model zitten harde en zachte feiten. Harde feiten zijn de kosten die een investering met zich meebrengt. Binnen deze kosten onderscheiden we initiële kosten en de doorlopende kosten wanneer de investering daadwerkelijk geïmplementeerd is. Zachte feiten zijn bijvoorbeeld werkdruk en werkplezier van zorgmedewerkers en eigen regie van cliënten.

Initiële kosten

Zorgaanbieders geven aan dat voor het inzetten van zorgtechnologie een grote start investering gedaan moet worden. Deze investering heeft te maken met de zorgtechnologie zelf, maar er zijn ook middelen nodig om ervoor te zorgen dat de zorgtechnologie goed geïmplementeerd wordt. Zorgaanbieders noemen bijvoorbeeld de kosten die gemoeid zijn met het opleiden van medewerkers. Het meenemen van medewerkers is van cruciaal belang om zorgtechnologie goed in te bedden in het zorgproces. Daarvoor zetten sommige organisaties implementatiecoaches of gedragswetenschappers in. Andere kosten die zorgaanbieders noemen zijn de kosten die te maken hebben met de infrastructuur. Dit kan bijvoorbeeld het aanleggen van goede wifi zijn, maar ook aantrekken van de juiste ICT-specialisten die de zorgtechnologie goed beheren en de wensen en vragen van de zorgmedewerkers kunnen beantwoorden.

Veel verschillende potjes

De startinvesteringen worden gefinancierd via de zorginkomsten de gedeclareerde zzp's, vpt's en/of mpt's. Aanvullend kunnen zorgaanbieders gebruik maken van veel verschillende potjes, subsidies of ondersteuningsmogelijkheden, zoals van ZonMw of Zorg voor Innoveren. Zorgaanbieders laten hierover weten dat doordat er zoveel mogelijkheden zijn, niet iedereen even goed de weg weet te vinden. Enkele zorgaanbieders benadrukken dat het aanvragen van deze subsidies veel tijd kost. De potjes betreffen vaak ook tijdelijke financiering, die bovendien gekoppeld is aan een onderzoektraject naar de impact van de betreffende subsidie. Dit onderzoek vraagt ook een tijdsbesteding van de zorgaanbieders, waardoor de subsidies veel administratieve lasten veroorzaken. Bij verschillende zorgaanbieders hebben we gezien dat zij een medewerker in dienst hebben die zich volledig bezighoudt met innovatie en zorgtechnologie en kennis heeft van de verschillende financierings- of ondersteuningsmogelijkheden. Voor kleinere zorgaanbieders is dit echter niet zo makkelijk. Alle zorgaanbieders moeten een keuze maken waarvoor zij hun medewerkers inzetten. Voor kleinere zorgaanbieders is het, vanwege hun beperkte omvang, moeilijker om een medewerker vrij te spelen specifiek voor innovatie en zorgtechnologie. Vooral in de voorfase en de opstartfase zou het volgens de zorgaanbieders kunnen helpen om met eventuele hulp van andere zorgaanbieders of het zorgkantoor meer bekendheid te hebben van de verschillende financiële potjes en subsidies, naast de zorginkomsten die zorgaanbieders bijvoorbeeld via de zzp's ontvangen.

Doorlopende kosten

Wanneer eenmaal een zorgtechnologie is geïmplementeerd zijn er doorlopende kosten. De kosten voor de licenties, onderhoud, doorontwikkeling en vernieuwing van de zorgtechnologie worden als kostenpost genoemd. De dekking van deze kosten moet gebeuren vanuit de tarieven van de geleverde

zorgprestaties die de zorgaanbieder en zorgkantoor zijn overeen gekomen, bijvoorbeeld via de normatieve investeringscomponent (nic).

Beleidsregels NZa
Voor 2022 konden zorgaanbieders een deel van het kwaliteitsbudget verpleeghuiszorg inzetten voor inzet van zorgtechnologie, zowel voor de aanschaf als voor de doorlopende kosten. Er werd daarbij een norm gehanteerd van 85% personeel en 15% voor overige investeringen, zoals bijvoorbeeld zorgtechnologie. Destijds werd in het veld aangegeven dat deze norm te strikt was, sommige partijen wilden meer dan 15% van het budget inzetten voor zorgtechnologie. Vanaf 2022 is het kwaliteitsbudget verwerkt in de tarieven, de tarieven zijn hiermee opgehoogd Verschillende zorgaanbieders hebben aangegeven dat zij het prettig vonden dat er eerder meer geoormerkt component in het tarief zat die voor zorgtechnologie kon worden ingezet. Doordat dit nu is verwerkt in de integrale tarieven, is minder duidelijk dat een deel van de tarieven ook voor zorgtechnologie kan worden gebruikt. Dit ligt ook in lijn met opmerkingen die gemaakt zijn over de integrale tarieven. De tarieven zijn per definitie generiek terwijl beslissingen over de inzet van zorgtechnologie op een lokaal niveau genomen worden. Daarmee benoemen de zorgaanbieders, waarmee we gesproken hebben, het risico dat zij moeilijker een keuze kunnen maken om hun middelen in te zetten voor zorgtechnologie, omdat zij ook voor andere uitdagingen staan waar zij financiële middelen voor nodig hebben zoals de inhuur van personeel.

Reactie NZa

Volgens de NZa is het een goede ontwikkeling dat de kwaliteitsmiddelen zijn verwerkt in de tarieven. Zorgaanbieders hebben hiermee de vrijheid hebben om zelf keuzes te maken waar zij de inkomsten op willen inzetten. Het integrale tarief geeft geen richting in de kosten per component omdat de NZa van mening is dat de uitgaven voor de geleverde zorg en dus ook de zorgtechnologie een onderdeel is van de interne bedrijfsvoering en het aan de zorgaanbieders is om te besluiten over de juiste allocatie van middelen. Vanuit de bekostiging is er dan ook geen belemmering meer om een groter deel (dan voorheen de 15% van de kwaliteitsmiddelen) van de tarieven in te zetten op zorgtechnologie.

Rol voor zorgkantoren volgens zorgaanbieders
Ook zorgkantoren hebben volgens de zorgaanbieders een rol om de inzet van zorgtechnologie bij zorgaanbieders te stimuleren. Zorgaanbieders gaven aan dat zorgkantoren bijvoorbeeld een lijst kunnen maken van zorgtechnologieën die bij andere zorgaanbieders succesvol zijn ingezet. Dit kan voorkomen dat steeds dezelfde zorgtechnologieën bij verschillende zorgaanbieders worden onderzocht via een pilot. Zorgkantoren zouden, volgens de zorgaanbieders, deze kennis ook meer kunnen verspreiden tussen de zorgaanbieders zowel binnen als buiten de eigen regio. Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben in ZN-verband een kenniscentrum Digitale Zorg opgezet waarin zij hun kennis en ervaring bundelen. Ook een meer sturend inkoopbeleid wordt als middel genoemd om zorgtechnologie te stimuleren. Zorgkantoren zouden dan bijvoorbeeld door tariefdifferentiatie zorgaanbieders kunnen stimuleren om zorgtechnologie in te zetten.

Domeinproblematiek tussen Zvw en Wlz
Door veel van de zorgaanbieders die we hebben gesproken wordt aangegeven dat de overgang tussen de verschillende (zorg)domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) als lastig wordt ervaren. Op dit moment kan bijvoorbeeld niet alle zorgtechnologie meereizen met een cliënt over de verschillende domeinen heen. De schotten tussen de domeinen voor veel onduidelijkheid, praktische problemen en extra (administratieve) handelingen.

Het grote verschil tussen Wmo/Zvw en Wlz heeft te maken met begeleiding. Wanneer iemand geen Wlz indicatie heeft, valt begeleiding onder de Wmo. Als iemand een Wlz indicatie heeft, wordt begeleiding geleverd vanuit de Wlz. Dat betekent dat zorgtechnologie die toeziet op bijvoorbeeld dagstructuur voor Zvw cliënten bekostigd dient te worden vanuit de Wmo, terwijl deze zorgtechnologie voor Wlz cliënten uit de Wlz bekostigd kan worden. Zorgaanbieders geven aan dat dit zorgt voor onduidelijkheid en daardoor tot extra administratieve lasten.

Veel van de zorgaanbieders leveren zowel zorg vanuit de Wmo, Zvw en de Wlz. Dat betekent dat zij afspraken moeten maken met gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren. In de praktijk blijkt het lastig om de zorgverzekeraars en zorgkantoren op een lijn te krijgen als het gaat om de vergoeding van een bepaalde soort zorgtechnologie. Zorgaanbieders hebben de wens uitgesproken voor meer uniformiteit. Hierbij speelt ook de reikwijdte van de domeinen een rol: zorgverzekeraars kunnen vanuit de Zvw niet zomaar alles vergoeden wat in de Wlz vergoed mag worden. Bovendien hanteren zorgverzekeraars een ander perspectief bij het wel of niet financieren van een zorgtechnologie dan zorgkantoren. Bij zorgverzekeraars ligt de focus op tijdsbesparing binnen de verzekerde zorg, met een nadruk op de thuiszorg: wijkverpleging, persoonlijke verzorging en casemanagement dementie. De zorgkantoren daarentegen hebben de focus in relatie tot het vpt of mpt meer liggen op langer zelfstandig blijven wonen, uitstel van de daadwerkelijke opname naast tijdbesparing. Verschillende zorgtechnologieën die van belang zijn voor cliënten met een vpt of mpt stuiten nu op financieringsproblemen onder de Zvw in het direct voorliggende traject naar een Wlz-indicatie.

Een ander fenomeen dat de domeinen raakt is dat de financiële voordelen van preventie door de inzet zorgtechnologie niet landen bij de zorgaanbieder en zorgkantoor. Als het gaat om preventie zoals bijvoorbeeld de heup-airbag investeert de Wlz-zorgaanbieder in de zorgtechnologie maar de uiteindelijke baten liggen ook bij de zorgverzekeraar (Zvw). Voor de Wlz zorgaanbieder betekent dit dat de zorgzwaarte van een cliënt gelijk blijft, waardoor er minder fte nodig is dan wanneer deze cliënt een heupfractuur zou hebben. Het zorgkantoor hoeft daardoor een minder hoog zzp te bekostigen. Tegelijkertijd hoeft de zorgverzekeraar minder heupoperaties te bekostigen, waardoor de baten worden verspreid over de verschillende domeinen. Voor de cliënt betekent dit dat zijn/haar kwaliteit van leven ziet afnemen in combinatie met een kortere levensverwachting.

NIC afschrijvingstermijn

Zorgaanbieders geven verder aan dat het tarief voor de normatieve inventaris component (nic) onvoldoende qua opbouw duidelijk is om vol in te zetten op zorgtechnologie. Bij de totstandkoming van de nic gingen we uit van een afschrijvingstermijn van 10 jaar. Door meer inzet van (zorg)technologie kan wellicht de gehanteerde 10 jaren niet meer passend zijn. Zorgtechnologie ontwikkelt zich snel, door diverse zorgaanbieders is aangegeven dat zij bijvoorbeeld iedere drie jaar hun technologische toepassing moeten vernieuwen. Een kortere afschrijvingstermijn zou, volgens de zorgaanbieders, dan beter passend kunnen zijn. Dit wordt bevestigd door Vilans. Bepaalde duurdere onderdelen van bijvoorbeeld bewakingstechnologie in de dementiezorg, zoals een bedsensor onder de matras, hebben een vrij korte technische levensduur door een zekere ruwheid in de zorgpraktijk. Ook wordt in toenemende mate kunstmatige intelligente software toegepast. Hierin zit momenteel een dermate snelle ontwikkeling dat een afschrijvingstermijn van 10 jaar en daarmee mogelijke leverancierswissel niet wenselijk is.

Verschillen tussen zorgaanbieders

Tijdens de gesprekken die we hebben gevoerd met zorgaanbieders is ons duidelijk geworden dat er grote verschillen bestaan in mate waarin zorgaanbieders zorgtechnologie inzetten. Sommige zorgaanbieders maken veelvuldig gebruik van zorgtechnologie. Een van de zorgaanbieders heeft bijvoorbeeld aangegeven dat de inzet van zorgtechnologie vanaf de start van de zorglevering aan een

cliënt onderdeel is van het zorgplan. De zorgtechnologie wordt hier gezien als integraal onderdeel van de zorglevering. Aan de andere kant hebben wij een aantal zorgaanbieders gesproken waarbij

Succesfactor: onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders, voorbij het pilotten

Onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders werpt voor de inzet van zorgtechnologie duidelijk zijn vruchten af. Zorgaanbieders geven aan dat samenwerken stimulerend werkt, er veel kennisuitwisseling plaats vindt en zorgaanbieders elkaar ondersteunen bij de inzet van zorgtechnologie. Zowel Vilans als ActiZ spelen hierbij een belangrijke rol als inhoudelijke kennispartner en verbinder tussen zorgaanbieders. Een programma, zoals Anders werken in de zorg, met een groot divers netwerk aan zorgaanbieders creëert de kans dat een groep aanbieders een zorgtechnologie test binnen het zorgpad. Vervolgens kunnen de andere zorgaanbieders hiervan leren en de zorgtechnologie effectiever toepassen.

zorgtechnologie nog in mindere mate van de grond komt. We zien dat de uitgangspositie van zorgaanbieders dan ook erg verschillend is. Dat heeft onder andere te maken bestuurlijke visie of met de staat van de gebouwen (in nieuwere gebouwen is makkelijker bijvoorbeeld wifi aan te leggen voor de zorgtechnologie dan in oudere gebouwen). Ook de spreiding van locaties kan een rol spelen. Sommige organisaties hebben één grote locatie, waarbij bij anderen de cliëntpopulatie is verdeeld over meerdere (kleinere) locaties. Als er sprake is van meerdere locaties, moet steeds weer opnieuw worden uitgezocht hoe zorgtechnologie moet worden geïmplementeerd.

4.3 Knelpunten in verschillende leveringsvormen

De zorglevering binnen de verpleeghuissector kan, in het geval van zorg in natura, via een zzp, vpt of een het mpt geregeld worden. De zorgaanbieders die we voor dit onderzoek hebben gesproken zijn in de meeste gevallen gespecialiseerd in het leveren van zorg via een van de genoemde leveringsvormen. Enkele zorgaanbieders leveren een mix van zzp, vpt en/of het mpt prestaties. Uit ons onderzoek blijkt dat de leveringsvorm van invloed kan zijn op de mate waarin en de manier waarop zorgaanbieders zorgtechnologie implementeren. Zorgaanbieders die intramurale zorg via het zzp leveren en extramurale zorgaanbieders die zorg via een vpt of het mpt leveren lopen tegen verschillende uitdagingen aan bij de implementatie van zorgtechnologie. In dit subhoofdstuk gaan we dieper in op de door zorgaanbieders ervaren knelpunten bij de verschillende leveringsvormen.

4.3.1 Knelpunten levering zorgzwaartepakket

Het grootste deel van de zorgaanbieders levert zorg via een zzp. Over het algemeen merken we dat zorgaanbieders die vooral zzp's leveren beter uit de voeten kunnen met de implementatie van zorgtechnologie. Het zzp is een integraal tarief waardoor zorgaanbieders ruimte ervaren om de middelen naar eigen visie en de wens en de behoefte van de cliënt in te zetten. Echter betekent dit soms ook dat zorgaanbieders de middelen alleen voor zorgactiviteiten inzetten en juist niet voor zorgtechnologie. Dit omdat zij ook op deze terreinen urgente problemen ervaren. Hierover hebben we in paragraaf 3.2 al meer verteld.

4.3.2 Knelpunten levering volledig pakket thuis

Binnen het vpt lijkt zorgtechnologie moeizamer van de grond te komen dan binnen het zzp. In deze pararaaf gaan we hier verder op in.

Binnen het vpt onderscheiden we in het algemeen vpt geclusterd (cliënten wonen dicht bij elkaar), en ongeclusterd vpt (cliënten wonen verspreid in de wijk). De NZa regelgeving maakt, conform de Wlz, geen onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd vpt[2]. De prestatiebeschrijvingen en bijbehorende vergoedingen zijn in beide gevallen gelijk. De manier waarop zorgaanbieders het vpt vormgeven is van invloed op de drempels die men ervaart bij de implementatie van zorgtechnologie.

- Vpt ongeclusterd
    - Zorg leveren aan cliënten met een vpt die verspreid in de wijk wonen is moeilijker te organiseren en de startkosten zijn vaak afhankelijk van de mogelijkheden binnen de woning. Toch zien we zorgaanbieders die ook binnen het ongeclusterd vpt succesvol zorgtechnologie inzetten. Bij deze zorgaanbieders zijn besparingen op de reistijd van de medewerkers groot en dus is de toegevoegde waarde van technologie groot.
- Vpt geclusterd
    - Zorgaanbieders vinden het vooral ingewikkeld om nieuwe initiatieven van de grond te krijgen vanwege de verschillende rollen. Het is de vraag wat de verantwoordelijkheid is van bijvoorbeeld een verhuurder/woningbouwcorporatie en wat de rol is van een zorgaanbieder. Dit geldt ook voor de cliënt: wat moet een cliënt zelf betalen en wat betaalt de verhuurder/woningbouwcorporatie of de zorgaanbieder? Duidelijkheid hierover is gewenst. Voor het zorgdeel is de bekostiging en financiering gelijk aan die van de zzp.

Er zijn ook zorgaanbieders die vergevorderd zijn of zelfs gespecialiseerd zijn in het inzetten van zorgtechnologie in combinatie met het vpt. Een aantal zorgaanbieders heeft gebruik gemaakt de kwaliteitsmiddelen om een goede start te maken met de implementatie van zorgtechnologie. Volgens deze zorgaanbieders geeft het tarief voldoende ruimte om de zorgtechnologie continu in te zetten.

4.3.3 Knelpunten modulair pakket thuis

Zorgaanbieders die het mpt leveren ervaren verschillende problemen bij de implementatie van zorgtechnologie. Dit heeft onder andere te maken met het feit dat er bij het mpt sprake is van een vergoeding per geleverd uur zorg. De vergoeding is in grote mate direct gekoppeld aan daadwerkelijke zorglevering. Er is minder ruimte voor substitutie van zorg in vergelijking met het zzp. Omdat zorgtechnologie de inzet van uren beperkt, is er op korte termijn geen verdienmodel.

Een ander knelpunt dat zorgaanbieders ervaren is de maximering van de mpt prestatie thuiszorgtechnologie. Daarbij moet wel genoemd worden dat nog niet veel gebruik wordt gemaakt van deze prestatiecode. Met de prestatie thuiszorgtechnologie kunnen zorgaanbieders een vergoeding krijgen voor alle vormen van zorg of toezicht op afstand aan een cliënt die op digitale wijze worden ondersteund of gerealiseerd. Het kan bijvoorbeeld gaan om een smart glass, apps, beeldschermcommunicatie of personenalarmering. De prestatie thuiszorgtechnologie kent een maximale vergoeding van 6,5 uur per cliënt per maand. Dit aantal uren wordt door een aantal zorgaanbieders als onvoldoende ervaren. De kosten voor de inzet van zorgtechnologie zijn sinds de invoering van de prestatie in 2020 toegenomen.
Naast de begrenzing van het aantal uren vinden de geïnterviewde zorgaanbieders dat alle thuiszorgtechnologie niet standaard als zorg of toezicht op afstand zou moeten worden gezien. Het apparaat zelf is namelijk geen zorg. Voor de vergoeding van de apparatuur zou volgens de zorgaanbieders daarom een aparte bekostigingsvorm ontwikkeld kunnen worden, Het is, volgens

[2] Op dit moment onderzoekt de NZa naar aanleiding van een adviesvraag Scheiden wonen en zorg van VWS in hoeverre er in de regelgeving onderscheid gemaakt moet worden tussen geclusterd en ongeclusterd vpt.

zorgaanbieders, daarbij wel de vraag of alle zorgtechnologie kan worden gezien als (vervanging van) zorg. In dit vraagstuk zal Zorginstituut Nederland mogelijk duidelijkheid kunnen bieden.

4.3.4 Knelpunten persoonsgebonden budget

Voor pgb in de Wlz geldt dat zorgkantoren hier minder zicht op hebben, dit is moeilijker te controleren. Voor het pgb heeft ZN een vergoedingenlijst opgesteld. Op deze lijst kan een budgethouder zien of onderwerpen (zoals bijvoorbeeld een alarmsysteem of logeeropvang) vanuit het Wlz-pgb vergoed kunnen worden. Over het algemeen geldt dat als zorgtechnologie niet op de vergoedingenlijst staat, dit niet kan worden bekostigd. De vergoedingenlijst wordt in ZN-verband opgesteld. Sommige cliënten maken bijvoorbeeld over de medicijndispenser afspraken met de zorgaanbieder: de cliënt neemt niet de inzet van zorg af, maar de medicijndispenser.

4.3.5 Overkoepelend thema

Een ander knelpunt dat meerdere keren naar voren is gekomen, is dat zorgaanbieders die gespecialiseerd zijn in het leveren van intramurale zorg nog zoekende zijn naar hoe zij de inzet van zorgtechnologie kunnen verbreden naar de extramurale zorg, en andersom. Intramurale en extramurale zorgaanbieders kunnen hierover nog veel van elkaar leren.

5 Conclusie en aanbevelingen

Door een toenemend aantal ouderen en minder medewerkers in de zorg en een afname van het aantal mantelzorgers neemt de bezorgdheid over de betaalbaarheid en beschikbaarheid van zorg steeds meer toe. Steeds meer is de zorg gericht op de doelgroep ouderen en dat zal verder toenemen in de komende jaren waarin de stijging van het aantal ouderen nadrukkelijk verder zal doorzetten. Wij zien daarom veel noodzaak in de implementatie van bewezen zorgtechnologieën in de ouderenzorg. Daarin zien we dat bekostiging een van de knoppen is waaraan gedraaid kan worden, maar dit is niet enige en zeker niet de belangrijkste. De visie van de bestuurder is een belangrijk startpunt om de implementatie van zorgtechnologie van de grond te krijgen. Daarnaast willen we een actievere rol van het zorgkantoor zien om weifelende zorgaanbieders te bewegen om met zorgtechnologie aan de slag te gaan.

5.1 Conclusie

We zien dat veel van de geïnterviewde zorgaanbieders binnen de verpleegzorg zich bezighouden met zorgtechnologie en hoe het inzetten hiervan het zorgproces kan ondersteunen. Uit de gesprekken die we hebben gevoerd komt naar voren dat er verschillen bestaan in de mate waarin dit succesvol is. Bij een groot deel van de zorgaanbieders verloopt de implementatie en inzet van zorgtechnologie goed. Veel bestuurders zien de meerwaarde van zorgtechnologie. Hierdoor maakt een groot deel van de zorgaanbieders bedrijfsmatige keuzes die zorgtechnologie ter ondersteuning van het zorgproces stimuleren. Bij een kleiner deel van de zorgaanbieders lijken bestuurders de urgentie minder in te zien. In deze gevallen zien we dat de implementatie van zorgtechnologie minder van de grond komt.

De knelpunten die zorgaanbieders ervaren rondom de implementatie van zorgtechnologie hebben te maken met veel verschillende factoren. Vaak heeft dit te maken met urgentiebesef, zowel op het niveau van bestuurders en medewerkers als bij cliënten. Zorgaanbieders laten weten dat het veel tijd en energie kost om iedereen van de meerwaarde van zorgtechnologie te overtuigen. Bovendien speelt ook de diffuse markt van de zorgtechnologie een rol: doordat er veel aanbod is in zorgtechnologie zien zorgaanbieders door de bomen het bos niet meer. Ook bestaat er onduidelijkheid over een winstmodel

dat achter het ICT-aanbod zit waardoor het risico bestaat dat voor zorg bedoeld geld niet daarvoor wordt ingezet.

Ook in de bekostiging en financiering worden knelpunten ervaren, al lijken dit niet de grootste belemmeringen te zijn voor zorgtechnologie. Als het gaat om bekostiging ervaren de zorgaanbieders moeite met het rondkrijgen van businesscases: de toegevoegde waarde van zorgtechnologie laat zich niet eenvoudig uitdrukken in euro's. We herkennen dit beeld deels, tegelijkertijd weten we dat wanneer businesscases meer domeinoverstijgend worden bekeken, de inzet van zorgtechnologie wel als rendabel kan worden gezien. Daarnaast lijken zorgaanbieders te stranden in de doolhof van verschillende financieringsmogelijkheden uit verschillende bronnen (subsidies etc.). We zien daarin dat zorgaanbieders nog veel van elkaar kunnen leren. Ook het zorgkantoor speelt daarbij een belangrijk rol, zij kunnen zich meerjarig als coalitiepartner opstellen zodat op regio- en landelijk niveau niet steeds het wiel opnieuw hoeft worden uitgevonden. Vooral bij zorgaanbieders die wel graag mee willen gaan in de digitale transitie, maar waarbij dit nog moeizaam gaat, staan zorgkantoren aan de lat als stimulator.

Zorgaanbieders geven daarnaast aan dat zij het lastig vinden dat binnen de integrale beleidsregelwaarden geen opbouw zichtbaar is. Hierdoor is het onduidelijk welk deel van het tarief specifiek voor zorgtechnologie ingezet kan worden. Dit brengt het risico met zich mee dat deze middelen worden ingezet voor andere, ook urgente, zaken zoals de inzet van personeel. We doen hierbij beroep op het ondernemerschap van zorgaanbieders: zij hebben immers zelf ook de verantwoordelijk om bedrijfsmatige keuzes te maken waarmee hun zorgonderneming toekomstbestendig blijft.

Acties NZa
Tegelijkertijd zien we ook dat binnen de beleidsregels van NZa verder nagedacht kan worden over de rol die zorgtechnologie hierin neemt. De nic-component is meer dan 10 jaar geleden bepaald op basis van aannames en kosten die toen werden gemaakt. De zorgtechnologie die tegenwoordig veel wordt ingezet heeft een kortere afschrijvingstermijn. Ook kwam naar voren dat de thuiszorgtechnologie binnen het mpt niet altijd toereikend is. Daarom willen wij de komende periode twee taken oppakken: (1) bij de herijking van de nic gaan we onderzoeken in welke mate de afschrijvingstermijn van de nic-component nog past bij de huidige tijd en (2) de prestatie thuiszorgtechnologie binnen het mpt nader onderzoeken waarbij we kijken naar mogelijkheden om de inzet van zorgtechnologie in de thuissituatie verder te stimuleren.

5.2 Aanbevelingen

Uit dit onderzoek volgen voor de NZa de hierboven genoemde onderzoeken. Omdat de knelpunten uiteindelijk slechts beperkt samenhangen met bekostiging, doen we daarnaast ook een aantal andere aanbevelingen die wij willen meegeven zodat zorgtechnologie meer gestimuleerd wordt;

Voor de zorgaanbieders en hun bestuur: stel niet de vraag of zorgtechnologie geïmplementeerd moet worden maar stel de vraag: Hoe implementeren we zorgtechnologie?

> Zorgbestuurders zitten vaak in een spagaat om goede keuzes te maken die raken aan kwalitatief goede, passende zorg. Veel organisaties zijn bezig met zorgtechnologie en zien daarvoor kansen in hun organisatie maar ook voor de toekomst. De weifelende zorgaanbieders zitten in een spagaat vanwege de urgentie van vele dossiers zoals energieproblematiek, ziekteverzuim, arbeidsmarkt en stijgende kosten voor zorgmedewerkers die niet in loondienst zijn. Dit raakt allemaal ook de toekomstbestendigheid van de zorgaanbieder. We verwachten

dat zorgaanbieders die de stap niet gaan zetten achter gaan lopen op zorgaanbieders die dat wel doen en uiteindelijk niet meer in staat zullen zijn goede zorg te verlenen met het beschikbare personeel . Externe partijen zoals zorgkantoren maar ook financiers zoals waarborgfondsen en banken kunnen dan gaan twijfelen aan de toekomstbestendigheid. Daarom adviseren we zorgaanbieders om een duidelijke visie te ontwikkelen op zorgtechnologie met de vraag: hoe gaan we bewezen zorgtechnologie implementeren en wie hebben we daarbij nodig? Diverse partijen kunnen hierbij ondersteunend zijn zoals ActiZ, ZonMw, Vilans en de zorgkantoren. Ook kunnen diverse bestaande kennisnetwerken, zoals Anders Werken in de Zorg, hierin helpend zijn op regionaal niveau maar ook landelijk. Ook kan de verbinding gezocht worden met het hoger onderwijs die een lectoraat hebben die raakvlakken heeft met ouderenzorg en zorgtechnologie.

Voor de zorgkantoren: ontwikkel van een faciliterende rol in de regio als zorgkantoor naar een sturende rol bij zorgaanbieders die achterblijven in het implementeren van zorgtechnologie. Identificeer welke zorgaanbieders dat zijn en help deze over de brug, met het delen van kennis en ervaring, gesprekken met het bestuur en effectieve inzet van tariefdifferentiatie.

Ook zorgkantoren hebben baat bij zorgaanbieders die toekomstbestendig zijn want zij zijn verantwoordelijk voor de zorgplicht in een zorgkantoorregio. Er zijn op dit moment in diverse regio's wachtlijsten en daarom is alle beschikbare capaciteit in een regio nodig. Daarom verwachten wij dat zorgkantoren en zorgaanbieders gezamenlijk als coalitiepartners aan de slag gaan met de rol van zorgtechnologie in toekomstbestendige zorg. Ook verwachten wij van zorgkantoren dat zij actiever sturen op de inzet van zorgtechnologie bij de achterblijvende zorgaanbieders: breng in het tarief tot uiting of de zorgaanbieder voldoende doet aan de implementatie van zorgtechnologie, om de zorg ook in de toekomst kwalitatief goed te houden. De volgende stap is om verbeteringstrajecten aan te gaan met achterblijvende zorgaanbieders. De NZa kan dit vanuit de rol als toezichthouder volgen.

Ten aanzien van IZA en passende zorg zien we noodzaak voor domeinoverstijgende samenwerking tussen zorgkantoren en zorgverzekeraars. Samen moeten zij een doorlopende lijn organiseren in de inzet van zorgtechnologie, van wijkverpleging naar Wlz-verpleegzorg. De inzet van bijvoorbeeld de heup-airbag in de ouderenzorg levert ook een financieel voordeel op voor een zorgverzekeraar wanneer ouderen die vallen minder vaak hun heup breken. Er moet daarom meer een keten-gedachte komen om de baten in het juiste domein te laten vallen.

Ook zorgkantoren kunnen van elkaar leren. Wanneer een zorgtechnologie goed werkt in een bepaalde regio kan deze kennis worden gedeeld zodat niet alle zorgkantoren de zorgtechnologie opnieuw hoeven te onderzoeken. Dit leren van elkaar bevordert opschaling van veelbelovende zorgtechnologie.

Voor VWS: zorg voor inzicht en overzicht

De kleinere zorgaanbieders hebben onvoldoende tijd en ruimte om een medewerker vrij te spelen om een leidende rol te pakken met betrekking tot zorgtechnologie. Daardoor laten de kleinere zorgaanbieders veel mogelijkheden liggen om gebruik te maken van diverse fondsen, subsidies, financiële potjes en ondersteuning. Het reduceren en inzichtelijk maken van ondersteunende financiële potjes en diensten zou helpend zijn voor het veld.

Daarnaast zijn er veel aanbieders van zorgtechnologieën die graag hun product op de markt wil brengen. Er lijkt geen sprake te zijn van standaardisatie in de uitwisseling van data waardoor

sommige zorgtechnologieën niet met elkaar kunnen samenwerken. Zorgaanbieders komen dan in een te afhankelijke positie ten opzichte van de aanbieders van zorgtechnologie. De aanbieders van zorgtechnologie hebben een grote kennisvoorsprong ten opzichte van de zorgaanbieders. We zien hierin een risico dat zorgaanbieders afhankelijk worden van de leveranciers en de technische ondersteuning die zij bieden. Dit maakt de continuïteit van zorg kwetsbaar, immers als één van de leveranciers zich terugtrekt kan deze niet zomaar vervangen worden. Daarom adviseren wij VWS om onderzoek te doen naar eventuele marktmacht binnen de ICT-aanbieders in de zorg, de mogelijkheden voor standaardiseren en welke interventies die nodig zijn om de werking van deze markt te verbeteren.

Tot slot roepen we de brancheorganisaties en de veldpartijen op om de handen ineen te slaan om de implementatie van zorgtechnologie in de verpleeghuiszorg verder te versnellen. In de gehandicaptenzorg is er bijvoorbeeld het akkoord ‘Transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg’ gesloten tussen de VGN en ZN. Dit akkoord toont het gemeenschappelijk belang van zorgtechnologie richting de sector aan. In de V&V-sector zou een dergelijk akkoord als een soort katalysator kunnen werken. Ook kunnen partijen nog meer handen en voeten geven aan het delen en borgen van kennis, vooral in de sector verpleging en verzorging. Zorgkantoren kunnen in ZN-verband goede ervaringen sneller met elkaar uitwisselen zodat de opschaling versneld kan worden. Hetzelfde geldt voor de zorgaanbieders die op regionaal maar ook op landelijk niveau via netwerken of forums hun kennis en ervaringen met elkaar kunnen delen.

Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht