

Opschaling en financiering van technologie

Een product van de WOZO-werkorganisatie

Een samenwerking tussen:



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

1	De opdracht van regiegroep.....	1
2	Bekostiging van de Wmo, Zvw en Wlz.....	2
2.1	Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	2
2.2	Zorgverzekeringswet (Zvw)	3
2.3	Wet landurige zorg (Wlz).....	4
3	Probleemanalyse	6
3.1	Inleiding.....	6
3.2	Achterliggende oorzaken waarom het opschalen niet lukt.....	8
3.2.1	Mismatch tussen de benodigde kosten van technologie en type bekostiging	8
3.2.2	Ontbreken van gelijkgericht handelen	9
3.2.3	Verkeerde prikkels in de Zvw en MPT	10
3.2.4	Gebrek aan meerjarige zekerheid	11
3.2.5	ICT infrastructuur is geen onderdeel van cliëntgebonden zorg	11
3.3	Ervaren knelpunten	11
3.4	Op welke tafels wordt aan ervaren knelpunten gewerkt?.....	17
3.5	Niet-belegde knelpunten	18
	Bijlage 1 - Proces.....	19
	Bijlage 2 - Toelichting ervaren knelpunten	21
1.	Mismatch kosten en bekostiging.....	21
2.	Gebrek aan gelijkgericht handelen.....	22
3.	Volumeprikkel in de Zvw en MPT	23
4.	Gebrek aan meerjarige zekerheid.....	23
5.	Zorgstelsel	25

1 De opdracht van regiegroep

Op 12 april 2023 vond het eerste WOZO-congres plaats. Daar werd bekostiging van zorgtechnologie als één van de geprioriteerde thema's van WOZO benoemd. Problemen met de bekostiging van zorgtechnologie leven breed in het zorgveld.¹ Daarom heeft de WOZO-regiegroep de WOZO-werkorganisatie gevraagd om de volgende opdracht uit te werken en in te vullen rond opschaling van en financiering van beschikbare technologie: Op basis van reeds beschikbare informatie en veldwaarnemingen van zorgaanbieders aangeven hoe (in elk geval) in de bekostiging de inzet van technologie kan worden bevorderd. Het gaat hierbij zowel om de bekostiging van zorgtechnologie als de controle op de inzet van middelen door financiers.

Indien nodig zal met de NZa gezien worden hoe hierin oplossingen gevonden kunnen worden. Dit zal in het licht van ook andere issues met betrekking tot opschaling worden geplaatst. De werkorganisatie kreeg de volgende opdracht:

1. Breng in kaart wat de belemmerende factoren zijn waarom opschaling van technologie in de ouderenzorg stagneert. In deze notitie is gefocust op de domeinen Zvw (wijkverpleging en zorgtechnologie) en voor een deel Wlz (MPT, VPT, ZZP). Het sociaal domein is nog onvoldoende aan bod gekomen in deze notitie.
2. Geef aan wat er gebeurt op deze belemmerende factoren aan acties in WOZO en daarbuiten (o.a. IZA, TAZ), en is dat voldoende? Kijk hierbij vooral naar hoe technologie expliciet onderdeel van de structurele bekostiging in ondersteuning en zorg kan worden.

In deze notitie hanteren we de definitie van de NZa van thuiszorgtechnologie²: '...zorg op afstand aan een patiënt, die op digitale wijze wordt ondersteund/gerealiseerd en waarbij sprake is van het automatiseren van verpleegkundige handelingen, dan wel contact door middel van een signaal, uitwisseling van meetgegevens en/of conversatie. De zorg op afstand ligt op het vlak van de zorgvormen verpleging en/of persoonlijke verzorging. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van een smart glass, apps, beeldschermcommunicatie, farmaceutische telezorg, et cetera.'

Leeswijzer

Deze notitie begint met een introductie in de bekostiging van technologie in de Wlz, Zvw en Wmo. Dit onderscheid is van belang omdat de Wlz en Wmo niet onder de mededingingswet vallen en de Zvw wel. Hoofdstuk 3 gaat in op de knelpunten in de huidige bekostigingssystematiek. De notitie sluit af met oplossingsrichtingen en aanbevelingen voor vervolgstappen in hoofdstuk 4. In bijlage 1 wordt het proces van totstandkoming van deze notitie beschreven. Bijlage 2 bevat een meer uitgebreide toelichting van de opgehaalde knelpunten. Disclaimer: deze notitie bevat de stand van zaken op 4 september 2024. Ontwikkelingen die na die datum hebben plaatsgevonden zijn niet meegenomen in deze analyse.

¹ Het ministerie van VWS hoort dit signaal ook veelvuldig tijdens diverse werkbezoeken.

² [Hoe kan ik thuiszorgtechnologie declareren en wat is het tarief? | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

2 Bekostiging van de Wmo, Zvw en Wlz

In dit hoofdstuk bespreken we de bekostiging van technologie in de Wlz, Zvw en Wmo aan de hand van de volgende indeling: doel, leveringsvormen en financiering van zorgtechnologie. Veel ouderen komen tijdens hun 'levensreis' door een toenemende behoefte aan zorg en ondersteuning in aanraking met verschillende domeinen, en dus ook met verschillende regelingen.

2.1 Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Doel: De Wmo regelt hulp en ondersteuning, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen en deel kunnen blijven nemen aan de maatschappij.³ De Wmo is een voorziening; er is in de Wmo geen recht op ondersteuning. Daarin verschilt de Wmo van de Zvw en de Wlz.

Leveringsvormen: De algemene voorziening is beschikbaar voor iedereen. Voor de maatwerkvoorziening moet de gemeente een indicatie afgeven.⁴ De invulling hiervan kan per gemeente verschillen.

Financiering zorgtechnologie: In een gemeentelijke verordening is geregeld welke hulpmiddelen onder de maatwerkvoorziening vallen. Er is dus geen landelijke richtlijn voor de vergoeding van technologie; per gemeente verschilt de technologie die in aanmerking komt voor een vergoeding. Voorbeeld: Gemeente Helmond vergoedt sinds april 2022 de helft van de installatiekosten van het plaatsen van een digitaal slot voor iedereen die zelfstandig woont en zorg ontvangt.⁵ Er zijn drie contractvarianten:

1. Resultaatgericht inkopen (dan is er geen aparte betaaltitel voor de inzet van technologie);
2. Inspanningsgericht inkopen (pxq);
3. Taakgericht inkopen (lump sum).

Omdat de geïndiceerde ondersteuning vanuit de Wmo maatwerk betreft, is er wel ruimte om dit vanuit de indicatiesteller (gemeente) en/of aanbieder om technologie in te zetten. Vanwege de kosten wordt hier nu terughoudend in opgetreden. Bij resultaatgerichte inkoop ligt de verantwoordelijkheid (en kosten) bij de zorgaanbieder en is er nauwelijks prikkel voor gemeenten om te sturen.

³ [https://www.zorgwijzer.nl/faq/Wmo 2015](https://www.zorgwijzer.nl/faq/Wmo%202015)

⁴ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/

⁵ <https://www.helmond.nl/slimmesloten>

2.2 Zorgverzekeringswet (Zvw)

Doel: De Zvw regelt de verplichte basisverzekering voor iedereen die in Nederland woont of werkt.⁶

Leveringsvormen: Iedereen die in Nederland woont of werkt, is verplicht een zorgverzekering te hebben. Daarmee heeft iedereen toegang tot het basispakket van verzekerde zorg waar iedereen recht op heeft. In de regelgeving staat welke zorg in het basispakket zit en welke voorwaarden voor deze zorg gelden.⁷

Financiering zorgtechnologie:

Binnen de Zvw is er voor cliënten van de thuiszorg (wijkverpleging, persoonlijke verzorging) een prestatie vastgesteld voor de inzet van thuiszorgtechnologie, die apart wordt gedeclareerd op declaratiecode 1062. Op deze declaratiecode kan een organisatie extra uren declareren voor de financiering van digitale zorg tot een maximum van 6,5 uur per maand tegen een afgesproken tarief per cliënt, ongeacht het aantal technologieën dat wordt ingezet. Hoeveel uren dit precies is, en tegen welk tarief per type thuiszorgtechnologie, verschilt per zorgverzekeraar en wordt vastgelegd in bilaterale contractuele afspraken. In het contract kunnen bijvoorbeeld afspraken worden opgenomen met betrekking tot aanschaf/huur, installatie, (preventief) onderhoud en storingsonderhoud van het digitale middel; de beschikbaarheid van een achterwachtfunctie; telefonische controles in geval van falen van apparatuur; verwerken van uitgiften en signaleringen; abonnementsgelden. Deze prestatie is een onderdeel van de aanspraak wijkverpleging Zvw. Een cliënt moet hiervoor geïndiceerd zijn.⁸ De afweging voor de inzet van technologie is aan de beroepsgroep, en kan worden vastgelegd in richtlijnen en standaarden.

Onder de prestatie thuiszorgtechnologie Zvw wordt alleen ‘digitale zorg op afstand’ gefinancierd, zoals beeldschermzorg en medicijndispensing.⁹ Technologie wordt gezien als middel waarmee de geïndiceerde zorgbehoefte wordt ingevuld. Het is dus niet zo dat iedere technologie toegang behoeft tot het pakket, alleen als het een nieuw digitaal of hybride zorgproces betreft. NZa stelt: “In de Zvw kan in principe alles wat past binnen de aanspraak wijkverpleging. Dat het feitelijk beperkt is tot medicijndispenser en beeldschermzorg en soms ook dagstructuurondersteuning is gevolg van inkoopbeleid van zorgverzekeraars.”

‘Toezicht op afstand’ valt niet onder de prestatie thuiszorgtechnologie. De oorsprong van dit onderscheid ligt in de aanspraak; wanneer het niet valt onder de Zvw mag de NZa daar geen prestaties voor maken. De zorg op afstand ligt op het vlak van de zorgvormen verpleging en/of persoonlijke verzorging.¹⁰ Actieve persoonsalarmering valt daarmee niet onder de Zvw en kan derhalve niet betaald worden met de prestatie thuiszorgtechnologie Zvw.

Het is in de Zvw mogelijk dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars facultatieve prestatieafspraken maken over nieuwe prestaties. Een facultatieve prestatie is vooral

⁶ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/zorgverzekeringswet>

⁷ [Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet? | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/#

⁹ NZa; wegwijzer bekostiging digitale zorg 2024

¹⁰ Beleidsregels Nederlandse zorgautoriteit

geschikt voor het oplossen van knelpunten die niet op te lossen zijn binnen de bestaande prestaties, of wanneer partijen er onderling voor kiezen om bestaande zorg op een innovatievere manier te bekostigen. Het anders bekostigen hangt vaak samen met het anders organiseren van het zorgproces¹¹. De NZa beoordeelt of de aanvraag voldoet aan alle voorwaarden. Er zou verkend moeten worden of deze toepassing een reële optie is voor zorgtechnologie.

Een laatste - theoretische- optie in de Zvw is het gebruik maken van de contractering shared savings en shared benefits (SS/SB). Hierin kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk afspraken maken over de inzet van digitale zorg bij cliënten. In de praktijk komt dit niet of nauwelijks voor. De besparing of winsten door de inzet van digitale zorg thuis ten opzichte van de reguliere zorg komt ter beschikking van de zorgaanbieder en zorgverzekeraar, tenzij een medische indicatie op grond van de Zvw wordt afgegeven.¹²

2.3 Wet landurige zorg (Wlz)

Doel: De Wlz is bedoeld om zorg te bieden met verblijf in een instelling, of thuis aan mensen die een aandoening, stoornis of beperking hebben; 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben; en deze zorg de rest van hun leven nodig hebben.¹³ Een CIZ-indicatie geeft toegang tot de Wlz.

Leveringsvormen: Instelling, VPT, MPT, PGB. Een CIZ-indicatie geeft toegang tot de Wlz.

Bij verblijf in een instelling en VPT ontvangt de zorgaanbieder één integraal dagtarief per cliënt. De tarieven bestaan uit vier componenten:

1. Loonkosten: deze component heeft betrekking op de personele kosten.
2. Materiële kosten: kosten die te maken hebben met het reguliere en planbare onderhoud, voeding, medicatie, energiecontracten en verzekeringen, et cetera.
3. Normatieve Huisvestingscomponent (nhc): 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. Normatieve investeringscomponent (nic): een 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 (in natura) zij leveren en tegen welk tarief. Daarnaast worden er ook aanvullende afspraken gemaakt over gezamenlijke doelen die ze willen realiseren. Zorgkantoren zijn wettelijk verplicht

¹¹ [Vraag en antwoord over een facultatieve prestatie aanvragen | Medisch-specialistische zorg | Nederlandse Zorgautoriteit \(nza.nl\)](#)

¹² https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/

¹³ <https://ciz.nl/client/wat-is-de-wlz>

om binnen de grenzen van het NZa-max tarief een reële prijs aan te bieden aan zorgaanbieders.¹⁴

Financiering zorgtechnologie:

Bij verblijf in een instelling en in de situatie waarin een cliënt zorg ontvangt op basis van een VPT (beiden integraal tarief), moeten in principe alle (directe en indirecte) kosten voor de cliënt betaald worden van dat bedrag. Dus ook zorgtechnologie. Hierover zegt de NZa: “In de zorgsectoren waarin we de tarieven vaststellen, nemen we de kosten van digitale zorgtoepassingen zoveel mogelijk mee in de hoogte van het tarief. Zolang de zorg uit de prestatiebeschrijvingen wordt geleverd, kunnen die prestaties en de daaraan verbonden tarieven ook worden ingezet voor preventie en innovatie.”¹⁵ In vergelijking tot de Zvw valt ook ‘toezicht op afstand’ (zoals actieve personenalarmering) onder de te financieren digitale zorg, naast ‘zorg op afstand’ die op digitale wijze wordt ondersteund/gerealiseerd¹⁶. De zorgaanbieder kan met het zorgkantoor afspraken maken over een opslag (op het richttarief) voor deze toepassingen. Bij een aantal zorgkantoren ontvangt een organisatie een opslag (bijvoorbeeld 0.1%) bij de inzet van bewezen tijdbesparende technologieën.¹⁷

Bij het MPT kunnen drie prestaties apart gedeclareerd worden:

- a) Thuiszorgtechnologie voor persoonlijke verzorging aanvullend (H138)
- b) Thuiszorgtechnologie voor verpleging aanvullend (H139)
- c) Thuiszorgtechnologie voor begeleiding aanvullend (H306)

Per cliënt kan in totaal maximaal 6,5 uur per maand gedeclareerd worden op de prestatie thuiszorgtechnologie, ook als er gebruik wordt gemaakt van meerdere vormen van zorgtechnologie. Aan elke code wordt door de NZa een tarief gehangen¹⁸. Voor Wlz PGB geeft de toeslag Wooninitiatief ruimte voor vergoeding van overige zorgtechnologie en/of domotica.¹⁹

Er is nog een manier waarop zorgkantoren een vergoeding voor zorgtechnologie/innovatie kunnen uitkeren. De beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten biedt de mogelijkheid om 3-5 jaar lang een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg wanneer het niet past in de reguliere begroting. Deze route is vooral interessant voor digitale zorg die de sectoren overstijgt en waar men eerst op kleine schaal mee wil experimenteren. Bij een geslaagd experiment kunnen de innovators een aanvraag indienen voor een landelijke prestatie. De innovatie moet gericht zijn op een van de volgende verbeteringen:

- a) Nieuwe of vernieuwde zorglevering met een betere prijs-kwaliteitverhouding
- b) Een efficiëntere zorgorganisatie
- c) Betere kwaliteit van zorg²⁰

De NZa geeft aan dat deze route niet of nauwelijks meer wordt bewandeld. Vanuit innovatie wordt de technologie niet meer vergoed.

¹⁴ NZa (2022) [Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg - een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren](#)

¹⁵ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_645798_22/1/

¹⁶ Beleidsregels NZa, Wet langdurige zorg

¹⁷ https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/230707-Zorginkoop-zorgkantoren-2023.pdf

¹⁸ In de Zvw wordt gewerkt met een integraal uurtarief, wat een vrij tarief is.

¹⁹ [Vergoedingenlijst Wlz-pgb 2024 | Publicatie | Regelhulp - Ministerie van VWS](#)

²⁰ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_655318_22/1/

3 Probleemanalyse

Dit hoofdstuk beschrijft de probleemanalyse. In de inleiding worden de kosten die samenhangen met de inzet van zorgtechnologie uiteengezet. Paragraaf 3.2 beschrijft aspecten die door specifieke partijen ervaren worden als oorzaken voor het niet van de grond komen van de grootschalige inzet van thuiszorgtechnologie als standaard manier van werken. Deze komen voort uit de werksessies (Bijlage 1). Het hoofdstuk sluit af met een opsomming van de ervaren knelpunten, die gerubriceerd worden vanuit de ordening van oorzaken. In bijlage 2 worden de knelpunten meer uitgebreid toegelicht.

3.1 Inleiding

Voordat we de knelpunten analyseren, moet eerst helder worden wat de kosten zijn van het inzetten van zorgtechnologie. In de commerciële wereld is het normaal om te denken in total cost of ownership (TCO) en de integrale kostprijs door te belasten in de te hanteren tarieven. Daarin wordt een onderscheid gehanteerd van vaste (ook wel constante kosten genoemd) en variabele kosten. Vaste of constante kosten in relatie tot de inzet van zorgtechnologie zijn kosten die een organisatie moet maken om zorgtechnologie in te kunnen zetten, die niet afhankelijk zijn van de productieomvang en het volume van inzet. De NZa verbijzondert vaste kosten naar initiële en doorlopende kosten (NZa, 2022)²¹. Variabele kosten hangen direct samen met het volume van specifieke zorgtechnologie. Tabel 1 beschrijft de kostencomponenten.

Tabel 1: Kostencomponenten inzet zorgtechnologie

Kosten	Toelichting	Type
Transformatie-kosten	<u>Transformatiekosten</u> zijn nodig om de organisatie, haar medewerkers en de keten waar zij onderdeel van zijn mee te nemen in het effectief inzetten van technologie. Het vergt tijd, energie en aandacht om deze transformatie door te maken en om de resultaten te borgen in de organisatie als geheel. Deze transformatiekosten zijn overal aan de orde. Omdat een transformatie een tijdelijke overgang is, zijn dit in principe tijdelijke kosten. Het bestempelen van de transitie/transformatie als tijdelijke kosten geeft evenwel het risico van (te) kortlopende financiering daarvan. Omdat er sprake is van een onvolwassen markt voor zorgtechnologie in combinatie met exponentiële veranderingen, zal het om een langdurige transformatie gaan waarin organisaties zich steeds weer zullen moeten aanpassen aan nieuwe technologie en werkwijzen. Relatief gezien zijn deze kosten hoger voor kleine zorgaanbieders dan voor grote zorgaanbieders.	Initiële kosten

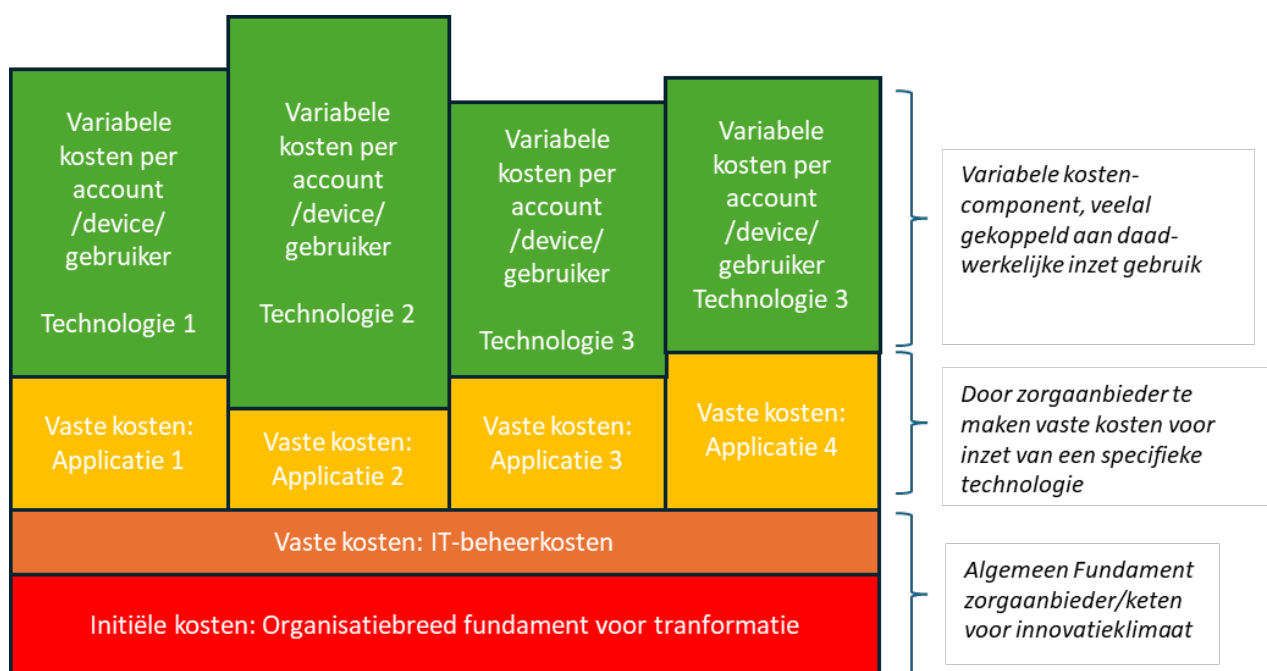
Tabel 2 vervolg: Kostencomponenten inzet zorgtechnologie

Kosten	Toelichting	Type
--------	-------------	------

²¹ [Nza \(2022\) Bekostiging en financiering van technologie in de verpleegzorg](#)

IT-beheerkosten	Een goed <u>IT-beheer</u> met duidelijke rollen en processen is essentieel voor een efficiënte en effectieve inzet van zorgtechnologie. Zowel binnen zorginstellingen, als in de hele zorgketen (denk hierbij aan o.a. algemeen beheer met toezicht op aanvragen, administratieve afhandeling, verantwoording, vraagbaak). Voor het maken van een nieuwe manier van werken, dient IT-beheer op volwassen niveau te zijn. De praktijk is dat bij de ene zorgaanbieder (zorg)technologie standaard onderdeel is van het zorgproces, terwijl de andere zich nog in de ad hoc fase van digitale volwassenheid bevindt. De verschillende zorgaanbieders hebben daardoor andere uitgangspunten als het gaat om de inzet en opschaling van zorgtechnologie.	Vast (doorlopende kosten)
Technologie specifieke vaste kosten	Vervolgens zijn er de technologie specifieke vaste kosten. Deze kosten hangen één-op-één samen met de inzet van betreffende technologie, maar ook bijvoorbeeld een enterprise licentie voor het gebruik van de benodigde software, ongeacht het aantal gebruikers.	Vast (doorlopende kosten)
Variabele kosten per technologie	En ten slotte zijn er <u>variabele kosten</u>. Deze kosten hangen direct samen met bijvoorbeeld het aantal (gebruikers)licenties, het aantal apparaten en/of het aantal accounts dat per tijdseenheid wordt ingezet. Gebruikers zijn cliënten en medewerkers. De contractering/bekostiging tussen zorgverzekeraars en zorgkantoren (bij Wlz-MPT) en zorgaanbieders is vaak gebaseerd op deze component. Ook de definitie wat onder NIC valt (Wlz) heeft alleen betrekking op deze kostensoort, namelijk apparatuur en programmatuur.	Variabele kosten

Figuur 1 (volgende pagina) toont een grofmazige kostenopbouw waar zorgaanbieders mee te maken krijgen als ze technologie inzetten. De kleuren geven aan om welk type kosten het gaat. De directe vaste en variabele kosten die samenhangen met een specifieke technologie variëren in omvang (geel en groen). Ongeacht deze directe kosten moeten zorgaanbieders kosten maken voor het algemeen fundament dat nodig is om zorgtechnologie in te zetten (oranje en rood).



Figuur 1 Visualisatie kostenopbouw zorgtechnologie

3.2 Achterliggende oorzaken waarom het opschalen niet lukt

Deze paragraaf beschrijft de oorzaken van de door zorgaanbieders ervaren knelpunten met betrekking tot bekostiging. Deze oorzaken zijn gebaseerd op een analyse van de uitkomsten van de werksessies (zie Bijlage 2). Deze achterliggende oorzaken zijn getoetst aan bevindingen van eerdere onderzoeken (tabel 3).

3.2.1 Mismatch tussen de benodigde kosten van technologie en type bekostiging

In de huidige bekostiging wordt alleen naar de technologie op zich gekeken, niet naar het digitale ecosysteem (of fundament) wat nodig is om de zorgtechnologie te kunnen laten functioneren. Zorgtechnologie (zowel in Wlz als Zvw) kan niet zonder een voldoende digitaal functionerend ecosysteem en deze moet dus ook in de bekostiging meegenomen worden (algemeen fundament in figuur 1). Het gaat om meer dan ICT-hard- en software. Voor extramuraal Zvw en Wlz gaat het bijvoorbeeld om kwalitatief goede ICT (applicatiebeheer), naast stafmedewerkers innovatie en/of zorgtechnologie en aandachtfunctionarissen in de teams (zogenoemde I-nurses of digicoaches). In de Wlz intramuraal (verblijf) en het VPT is de bekostiging van zorgtechnologie verdisconteerd in het integraal dagtarief (zie paragraaf 2.3). Zorgaanbieders geven aan dat de tarieven slechts een deel van de kosten van zorgtechnologie dekken. Dat komt omdat in de Wlz er een normatieve vergoeding voor investeringen in medische en overige inventaris (Nic) bestaat die alleen programmatuur/apparatuur bevat en daarmee geen rekening houdt met investeringen in ICT die tot de vaste kosten horen. De vraag is of de opbouw van de Nic-component nog passend is. De afschrijvingstermijn van 10 jaar is te lang voor een groot deel van de investeringen in zorgtechnologie. Daarnaast is het de

vraag of de inrichting van deze Nic component aansluit op de beweging van de zorgtechnologiemarkt richting "as a service" diensten. De NZa heeft echter in overleg aangegeven dat zij niet alleen naar de Nic kijken om zorgtechnologie uit te vergoeden, want dit is maar een klein deel van het tarief. De overige drie componenten lenen zich hier juist ook voor.

In de Zvw-wijkverpleging en Wlz-MPT wordt contractering/bekostiging vooral gebaseerd op de groen gearceerde componenten, namelijk bekostiging naar aantal cliënten die de technologie gebruikt (zie paragraaf 2.2) vanuit een vast te rekenen aantal uur per maand tegen een bepaald tarief voor de betreffende technologie. De prestatie thuiszorgtechnologie zit alleen op de technologie zelf. Wat daarvoor nodig is in de organisatie (de vaste en initiële kosten van zorgtechnologie) moeten betaald worden uit het reguliere zorgtarief, waarbij deze kosten als 'overhead' worden beschouwd. Zorgaanbieders geven aan dat het hierdoor heel moeilijk is om een sluitende business case te maken; bij grootschaliger toepassing van thuiszorgtechnologie wordt het aandeel vaste kosten wat betaald moet worden uit het variabele zorgtarief steeds groter. Daarnaast wordt de technologie ingezet om te besparen op personele inzet en dus uren (declarabele) zorg. Zorgmedewerkers kunnen daardoor zorg leveren bij een andere client die zorg nodig heeft, mits er geen sprake is van vraaguitval. De prestatie thuiszorgtechnologie die als compensatie dient voor deze derving, is 6,5 uur per maand per cliënt, ongeacht het aantal ingezette technologieën. Hoe meer technologie wordt ingezet, hoe minder aantrekkelijk de business case wordt. Samenvattend staat de dekking van de vaste kosten permanent onder druk met als gevolg dat er minder middelen vrijvallen om te investeren.

3.2.2 Ontbreken van gelijkgericht handelen

De transitie naar zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan, vraagt om gelijkgericht handelen en samenwerking in de hele keten, 1) omdat thuiszorgtechnologie vraagt om afspraken in de zorgketen/het zorgnetwerk over een nieuw ingericht zorgproces, 2) om de omslag in de samenleving onder tijdsdruk te laten landen en 3) om schaarse middelen zo effectief mogelijk in te zetten. Het zorgstelsel zoals we dat nu kennen, is voor de uitvoering van de Zvw ingericht op marktwerking met concurrerende zorgverzekeraars en concurrerende leveranciers. Dit maakt het in het Zvw-domein lastig om afspraken te maken, waarbij niet alleen commitment van alle betrokken partijen nodig is, maar ook systeempartijen (bijv. vanwege mededingingsregels). Zorgverzekeraars mogen niet gelijkgericht handelen verder dan op inhoud. Dit werkt door in de hele keten. NZa geeft bijvoorbeeld aan dat het voorkomt dat tarief van de Wlz wordt gebruikt om gaten in de Zvw te dichten. Bij een volgreleid volgen de zorgverzekeraars in een regio de vergoeding van de grootste (ook wel preferente) zorgverzekeraar. Omdat de zorgverzekeraars onderling nu nog behoorlijk verschillen in de vergoedingen, resulteert dit in verschillen in vergoedingen (regionaal of per cliënt) van digitale zorg. Er zijn ook verschillen in kosten. Zorgaanbieders betalen verschillende prijzen voor technologie toepassingen (de een onderhandelt dit veel beter uit dan de ander). Dat is ook onderdeel van de marktwerking.

3.2.3 Verkeerde prikkels in de Zvw en MPT

Doordat de bekostiging vooral is gebaseerd op de variabele kosten (groen gearceerd in figuur 1) ontstaat in de Zvw en MPT de prikkel dat zorgaanbieders genoeg volume in uren moeten maken om ook de initiële en vaste kosten (de gele, rode en oranje kostencomponenten in figuur 1) te kunnen dekken. Als de inzet van technologie leidt tot minder uren zorg dan worden extra kosten gemaakt die slechts ten dele worden vergoed en ook nog leiden tot minder inkomsten en dus dekking van vaste lasten. Het is dan aantrekkelijker om mensen in te zetten dan technologie omdat de kosten daarvan lager zijn.

NZa geeft aan: “bij de ontwikkeling van de prestatie thuiszorgtechnologie is de prestatie aanreiken medicatie op afstand als basis gebruikt. De uren die aanvullend gedeclareerd mochten worden, dienden als een soort compensatie voor de gederfde uren. Want de zorgverlener hoefde immers niet meer richting de cliënten. De zorgverlener kon zelf tegelijkertijd ergens anders bijvoorbeeld helpen bij het aantrekken van steunkousen en ook deze uren declareren.” NZa en ZN herkennen het door zorgaanbieders ervaren risico op derving daarom niet. Maar als het volume (in uren zorg) achterblijft, bijvoorbeeld door vraaguitval in de wijkverpleging ²², dan krijgt de zorgaanbieder de vaste en transformatiekosten die samenhangen met de inzet van zorgtechnologie, waaronder vaste kosten van ICT, niet (volledig) gedekt. Onzekerheid over de dekking van vaste kosten kan ook een remmend effect hebben op de opschaling van zorgtechnologie. Tabel 3 bevat een vergelijking van de NZa van bekostiging op basis van uren en op basis van dag- of periodeprestaties, onder andere ten aanzien van de volumeprikkel en de administratieve lasten (beiden hoog voor uurprestaties) en de mogelijkheid tot innovatieve zorgmethodes (laag).

Tabel 3: Vergelijking dag- en periode prestaties met uurprestaties (NZa, 2023)²³

Variabele	Dag- of periode prestaties	Uurprestaties
Volumeprikkel	Laag	Hoog
Flexibele inzet personeel ²⁴	Hoog	Gemiddeld
Administratieve lasten	Laag	Hoog
Kwaliteit	Onbekend	Onbekend
Mogelijkheid tot digitale zorg en innovatieve zorgmethodes	Hoog	Laag

Zorgaanbieders geven aan dat de volumeprikkel (sturen op pxq) in de context van het ontstaan van dit stelsel (wachtlijsten bestrijden) een logisch instrument was, maar dat in de context van langjarige schaarste op de arbeidsmarkt, een veranderende zorgvraag en beleid dat meer gericht is op preventie en zelfredzaamheid, de toenmalige uitgangspunten nu schurend zijn geworden.

²² [Westerlaken: 'Steun voor transitie ouderenzorg ontbreekt in Voorjaarsnota' | ActiZ](#)

²³ [NZa \(2023\) Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - advies](#), p.70

²⁴ De mogelijkheid om personeel vanuit verschillende disciplines en opleidingsniveaus in te zetten bij een cliënt. Als uurprestaties worden verbonden aan een discipline en worden gedifferentieerd (zoals nu in de gereguleerde wijkverpleging), is die mogelijkheid er niet. Maar het is ook mogelijk om een 'integraal' uurtarief vast te stellen. De beoordeling hangt dus af van de manier waarop het tarief wordt uitgevoerd.

3.2.4 Gebrek aan meerjarige zekerheid

Opschaling van technologie is een permanente opgave of een zeer langdurige transformatie. Daarbij zal meerjarig geïnvesteerd moeten worden in het (zowel technisch als organisatorisch) fundament voor transformatie, ICT-beheer en vaste kosten per technologie, terwijl de (productie-afhankelijke en dus variabele) bekostiging per jaar herzien wordt in de contractering. Dit zet een rem op grote investeringen in de basis en randvoorwaarden voor opschaling. Daarnaast hebben subsidies, die bedoeld zijn om de inzet van zorgtechnologie te stimuleren (zoals de SET en diens opvolger STOZ) een beperkte looptijd drie jaar ingeval van SET en STOZ), is de aanvraag vaak gekoppeld aan een specifieke technologie (al is dit niet van toepassingen op de SET en STOZ) en is het budget gemaximeerd, waardoor niet alle aanvragers gebruik kunnen maken van deze regelingen als het subsidiebudget is overschreden. Bovendien is de administratieve last van deze stimuleringsregelingen hoog. En er gelden de-minimus grenzen waardoor organisaties na een bepaald bedrag niet meer 100% subsidie kunnen aanvragen, terwijl er dan nog steeds transitiekosten worden gemaakt. Wel kunnen zij nog 50% subsidie aanvragen.

3.2.5 ICT infrastructuur is geen onderdeel van cliëntgebonden zorg

De zorg wordt bekostigd door verschillende inkopende partijen, soms zelfs nog over de domeinen heen. Het eigenaarschap voor de ontwikkeling van een werkende ICT-infrastructuur en vooral organisatorische structuur waarop grootschalige inzet van thuiszorgtechnologie mogelijk is, is hierin niet belegd. Complicerende factor is dat de uitvoering van de Zvw is ingericht op marktwerking, waarbij de zorgverzekeraars die de zorgplicht hebben onderling concurreren. Dit maakt het in het Zvw-domein beperkt mogelijk om afspraken te maken over investeringen in ICT-ondersteuning, stafmedewerkers innovatie en aandachtsfunctionarissen zorgtechnologie in elk team. Dit werkt door in de hele keten. Regionale afspraken over (standaardisatie van) de inzet van zorgtechnologie komen ook nog niet van de grond.

3.3 Ervaren knelpunten

Nu de (systemische) oorzaken duidelijk zijn kunnen de ervaren knelpunten met betrekking tot de financiering en opschaling van zorgtechnologie beter worden geduïd en geordend. De knelpunten die in deze paragraaf genoemd worden, zijn opgehaald tijdens de werksessies in combinatie met signalen van brancheorganisaties en aanvullende gesprekken met systeempartijen. Tabel 4 geeft een beknopt overzicht van deze knelpunten; bijlage 2 een meer uitgebreide toelichting. ZN had de wens om de ervaren knelpunten nader te laten onderbouwen, maar het tijdpad liet het niet toe om per technologie een diepte-analyse te doen. Daarom is gekozen voor het toetsen aan eerdere onderzoeken. Hierbij moet worden opgemerkt dat er sprake is geweest van een snelle toets door de materiedeskundigen, waarbij systeempartijen ook relevante bronnen hebben kunnen aandragen. Mogelijk zijn er meer bronnen voorhanden dan nu opgenomen. In deze tabel zijn de knelpunten gerubriceerd naar drie typen:

1. Ervaren knelpunt waar een oplossing voor is (maar niet bekend of wat niet werkt);

2. Ervaren, maar niet onderbouwd knelpunt (o.b.v. geraadpleegd onderzoek);
3. Ervaren en onderbouwd knelpunt (komt ook naar voren in een of meerdere onderzoeken).

Tabel 4: Overzicht ervaren knelpunten bij achterliggende oorzaak 'mismatch tussen gemaakte kosten en de bekostiging'

Oorzaken	Ervaren knelpunten	Type (1,2,3)	Toelichting
Mismatch tussen gemaakte kosten en de bekostiging	Tarief is volgens zorgaanbieders niet kostendekkend	3 ²⁵	De beleidsregelwaarde voor de Zvw en MPT (Wlz) is een vrije prestatie met max van 6,5 uur per client per maand ongeacht het aantal ingezette technologieën. Daar-binnen worden tariefafspraken gemaakt. Financiers vergoeden in veel gevallen alleen de variabele kosten van de inzet van de zorgtechnologie (zie figuur 1), soms excl. BTW. Gaat m.n. om het tarief maal uren per soort thuiszorgtechnologie, al zijn er ook enkele signalen van zorgaanbieders dat de 6,5 uur als geheel krap kan zijn voor een combinatie van technologieën. In de VPT speelt dat er weliswaar sprake is van een integraal tarief, maar dat in de kostenonderzoeken van de NZa de kosten voor technologie zoals boven gemeld niet wordt meegenomen. Het Nic alleen is daarvoor ontoereikend.
	Onvoldoende inzicht in de kostenstructuur	1 ²⁶ , 2	Het is de vraag of (systeem)financiers en zorgaanbieders voldoende inzicht hebben in de opbouw van de vaste en variabele kosten die gepaard gaan met de inzet van technologie om vast te kunnen stellen welke vergoeding kostendekkend is (Zvw en Wlz). Niet alle zorgaanbieders houden in hun bedrijfsvoering rekening met de kostenopbouw van de inzet van technologie (Wlz-intramuraal en VPT). Daardoor zijn ze ook niet in staat om een goed tarief uit te onderhandelen. Er zijn wel (vaak grotere) zorgaanbieders die de kostenopbouw van de inzet van zorgtechnologie, in relatie tot hun zorgproces, goed inzichtelijk hebben. Zie hiervoor bijvoorbeeld de (maatschappelijke) businesscases van beeldzorg ²⁶ .
	Onzekere businesscase volgens zorgaanbieders	2, 3 ²⁷	Lenen bij banken voor investeringen in ICT is niet mogelijk. De afschrijvingstermijn die wordt gehanteerd in de tarieven is te lang (Wlz-intramuraal en VPT). Door de jaarlijkse contractonderhandelingen ontbreekt meerjarige bekostigingszekerheid (alle domeinen).
	Baten moeilijk te verzilveren in intramurale setting (Wlz-intramuraal)	3 ²⁸	Baten van arbeidsbesparing zijn bijvoorbeeld door een minimaal vereiste bezetting moeilijk te verzilveren, of doordat de vrijgekomen capaciteit wordt ingevuld door andere vormen van zorg of simpelweg door meer zorg aan patiënten geen hybride zorg ontvangen.

²⁵ NZa, bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg, december 2022. Zorgaanbieders geven aan dat de prestatie thuiszorgtechnologie niet altijd toereikend is om zorgtechnologie te bekostigen. Zowel Zvw als Wlz-Modulair Pakket Thuis

²⁶ <https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg/technologieen/beeldschermzorg>

²⁷ NZa Onderzoek bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg, december 2022. Alleen voor de te lange afschrijvingstermijn die wordt gehanteerd in de berekening van de tarieven voor ICT-voorzieningen in de NiC-component

²⁸ [Doelmatigheidspotentieel+van+substitutie+van+zorg+in+2022.pdf](#), p. 12

Tabel 4 vervolg: Overzicht ervaren knelpunten bij achterliggende oorzaak 'gebrek aan gelijkgericht handelen'

Oorzaken	Ervaren knelpunten	Type (1,2,3)	Toelichting
Gebreken aan gelijkgericht handelen	Langer thuis blijven is geen KPI bij zorg-verzekeraars	3 ²⁹	Dit leidt tot verschil in sturing tussen de Wlz en Zvw. Dit is ingebracht bij Digizo.nu.
	Grote verschillen in vergoedingen binnen en tussen domeinen (Zvw-zorg-verzekeraars, Wlz-zorgkantoren)	3 ³⁰	Dat verzekeraars beleidsvrijheid hebben om te bepalen wat vergoed wordt tegen welk tarief is vanuit het huidige stelsel logisch, maar zorgaanbieders ervaren dat dit belemmerend werkt voor (landelijke) opschaling omdat een deel van de vergoedingen (mogelijk) te kort schieten. NZa geeft aan: Hier is volgebeleid helpend. Geef een passend tarief. ZN voegt toe: en bespreek dit bilateraal aan de inkooptafel. ActiZ geeft aan dat veel digitaal gecontracteerd (en dus niet besproken) wordt, en dat volgebeleid bij deze aantallen organisaties niet uitvoerbaar is.
	Rolonduidelijkheid	3 ³¹	In sommige regio's is er sprake van onduidelijkheid onder de Zvw prestatie thuiszorgtechnologie over de rollen van de zorgverzekeraars en van de zorgorganisaties bij de daadwerkelijke inkoop van digitale zorg. Een voorbeeld van rolonduidelijkheid is het aansturen van financiers (zorgverzekeraars) op het afsluiten van contracten met intermediairs – zoals Mobilcare – door zorgaanbieders.
	Beperkingen Mededingings-regels/ACM	2	Er is verschil van inzicht op de Digizo.nu-tafel over in hoeverre gelijkgericht handelen in beleid is toegestaan in de Zvw. Verzekeraars mogen gelijkgericht handelen op inhoud. De vraag is daarnaast in hoeverre iets gezegd mag worden over kosten. Dit verschil van inzicht moet aan de Digizo.nu-tafel worden opgelost, maar werkt wel door in de uitwerking van deze opdracht. Casus met probleemstelling is aan ACM /NZa voorgelegd. De ACM ziet geen belemmeringen.

²⁹ [Digitale en niet-digitale innovaties - Zorgverzekeraars Nederland \(zn.nl\)](#). In de eerste rapporten digitale en niet-digitale innovaties Wlz komt het potentiële effect "langer zelfstandig thuis" niet specifiek aan bod als een KPI. In de rapporten worden deze effecten genoemd onder de KPI's kwaliteit van zorg, toegankelijkheid, kosten en capaciteit, bereik, verzilvering en duurzaamheid. Waarbij gemeld wordt dat bereik en verzilvering nog onvoldoende beschreven zijn in bestaande literatuur.

³⁰ NZa, Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg, december 2022

³¹ Naast in de voorbereidende bijeenkomsten, vastgelegd voorbeeld-casus in juli 2024 van grote zorgorganisatie in de regio Zeeland van sturen door zorgverzekeraar op een specifiek intermediair bedrijf voor thuiszorgtechnologie (MobileCare)

Tabel 4 vervolg: Overzicht ervaren knelpunten bij achterliggende oorzaak 'gebrek aan meerjarige zekerheid'

Oorzaken	Ervaren knelpunten	Type (1,2,3)	Toelichting
Gebrek aan meerjarige zekerheid	Jaarlijkse onderhandelingscyclus	2	Zorgaanbieders onderhandelen jaarlijks met veel partijen over wat er vergoed wordt tegen welk tarief. Zorgaanbieders geven aan dat verschil in contractering administratieve druk met zich meebrengt.
	Stimuleringsregelingen zijn tijdelijk, gemaximeerd en niet bij iedereen bekend	3 ³²	Subsidies en andere incidentele middelen (zoals de SET, STOZ en IZA-gelden) hebben een beperkte looptijd, zijn versnipperd en relatief arbeidsintensief in termen van aanvraag en verantwoording. Bovendien zijn deze middelen gelimiteerd (ook in bedrag per zorgaanbieder wat cofinanciering vereist). Dat betekent dat niet iedere aanspraak gehonoreerd zal kunnen worden. Bovendien zijn de regelingen niet bij iedere organisatie bekend. Het is dan ook de vraag of deze middelen de juiste manier zijn om transformatietrajecten (en het borgen van de resultaten daarvan op de lange termijn) te bekostigen.
	Te weinig budgetruimte voor transformatie	3 ^{33 34}	Zorgaanbieders ervaren dat ruimte in het budget voor transformatie niet of zeer beperkt is. Dit kan drie dingen betekenen die naast elkaar kunnen bestaan: 1) De ruimte is er daadwerkelijk niet, want te beperkte overhead en dus geen ruimte voor projectleiders/managers (vaak volume afhankelijk); 2) De organisatie maakt andere keuzes (bedrijfsvoering) waardoor de ruimte niet ervaren wordt (kan ook prioritering zijn, omdat er momenteel veel tegelijk speelt wat niet allemaal tegelijk uit te voeren is); 3) De organisatie heeft niet het niveau van IT-volwassenheid die nodig is voor deze transitie en/of de basis is niet op orde.
	Transformatie legt extra druk op personele schaarste	2	Daardoor kunnen de productiviteit en dus de inkomsten onder druk komen te staan en neemt de vaak toch hoge werkdruk toe.

³² NZa, Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg, december 2022

³³ T.a.v. punt 1: [220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p.17

³⁴ T.a.v. punt 3: AAG (2020, p.9) "Benchmark digitale volwassenheid in zorg- en registratieprocessen: "65% van de respondenten zet het hebben van een visie op de agenda of ontwikkelt op dit moment een visie, 27% heeft al een visie uitgewerkt. Grotere organisaties hebben vaker een visie dan kleinere organisaties. Opvallend is dat, hoewel de meeste zorgaanbieders een ECD hebben, het applicatiebeheer bij bijna 60% nog niet, niet volledig of niet naar tevredenheid is ingericht. De organisaties die hun applicatiebeheer wel op orde hebben, hebben vaker een visie op het eigen applicatielandschap. Een visie op de ontwikkeling van het applicatielandschap voor de toekomst ontbreekt vaak nog.

Tabel 4 vervolg: Overzicht ervaren knelpunten bij achterliggende oorzaak 'zorgstelsel'

Oorzaken	Ervaren knelpunten	Type (1,2,3)	Toelichting
Zorgstelsel	Zorgstelsel is te complex	3 ³⁵ 3 ³⁶	De zorg in Nederland is complex: te gefragmenteerd, te veel stakeholders met diverse en soms tegenstrijdige belangen. Een integrale aanpak van digitale zorg over de domeinen heen (eerste, tweedelijns) en daarbij behorende regie en sturing ontbreken.
	Marktwerving wordt als belemmerend ervaren voor samenwerking	3 ³⁷	Binnen de Wlz is het veel makkelijker om gelijkgericht te handelen (en te contracteren) dan in de Zvw. De vrije marktwerving en mededingingsregels beperken de mogelijkheden voor verzekeraars om mee te investeren in landelijke infrastructuur, o.a. doordat Zvw zorgkosten op individuele verzekerden moeten worden gedeclareerd.
	Administratieve lasten	2	Het gevolg van de aparte prestatie bij de Zvw en MPT is dat per zorgverzekeraar bijgehouden moet worden hoeveel uur gedeclareerd mag worden per technologie. In organisaties die minder digitaal volwassen zijn leidt dit tot verzwaring van de administratieve lasten (nb: dit knelpunt wordt kleiner als zorgverzekeraars gelijkgericht handelen, dan hoeft er immers maar één registratie te worden bijgehouden).
	Wrong pocket problem	3 ³⁸	Binnen domeinen kan het gaan om zorgorganisaties die investeren in zorgtechnologie, terwijl de baten daarvan vooral ten gunste komen van financiers of andersom. Of om financiers die ruimhartiger vergoeden dan andere financiers en daarmee een groter aandeel nemen in het financieren van de inzet van zorgtechnologie. Tussen domeinen gaat het bijvoorbeeld om de kosten van preventie t.b.v. uitstel van de instroom in de Wlz.
	Onvolwassen markt voor zorg-technologie	2	Er is nog geen consensus over bewezen technologieën in de zorg. Zolang er niet wordt opgeschaald zijn volumes zo laag dat schaalvoordelen moeilijk behaald kunnen worden. Dat houdt de prijzen hoog en maakt de continuïteit van leveranciers een risico in deze onvolwassen markt.
	Niemand is verantwoordelijk voor regionale infrastructuur	1 ³⁹ , 2	Technologie is de grootste systeemfunctie binnen de zorg – dit wringt continu met de huidige opzet van de zorg. Niemand is verantwoordelijk voor de regionale infrastructuur, terwijl regionale afspraken nodig zijn om de interoperabiliteit te garanderen die nodig is voor opschaling in de regionale keten. Enkele regio's hebben een transformatieplan ingediend om regionaal de infrastructuur goed in te richten. ^{40,41}

³⁵ Eindrapport VWS MEVA 220420.pdf (utwente.nl), p. 146

³⁶ NZa (2022, p.37) "Het huidige samenstel van aanspraken, leveringsvormen, en toegangscriteria tot de Wlz is onvoldoende ondersteunend aan de verschillende WOZO-beleidsdoelen voor scheiden van wonen en zorg, en maakt het niet goed mogelijk voor decentrale partijen om uitvoering te geven aan het door de minister gewenste beleid. Ook voor de NZa is het daardoor op dit moment niet goed mogelijk om via regulering (bekostiging) of toezicht bij te dragen aan de WOZO-doelen voor het scheiden van wonen en zorg."

³⁷ 220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf, p.18

³⁸ wrong pocket tussen domeinen: 220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf, p.17

³⁹ Goedgekeurde voorstellen en plannen (dejuistezorgopdejuisteplek.nl)

⁴⁰ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/transformatieplannen/goedgekeurde-voorstellen-en-plannen/positief-beoordeelde-snelle-toets-regioplatform-data-uitwisseling-middels-regionale-infrastructuur-gelderse-vallei.pdf>

⁴¹ <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/transformatieplannen/goedgekeurde-voorstellen-en-plannen/positief-beoordeelde-snelle-toets-regionale-zorgdigitalisering-achterhoek.pdf>

Tabel 4 vervolg: Overzicht ervaren knelpunten bij achterliggende oorzaak 'volume prikkel'

Oorzaken	Ervaren knelpunten	Type (1,2,3)	Toelichting
Volume prikkel	'Dief van eigen portemonnee'	3 ⁴² 4 ³	Bij de huidige bekostiging moeten zorgaanbieders zorgvolume maken om (a) de transformatie te bekostigen, (b) het beheer van het fundament te bekostigen en (c) kosten te dekken voor inzet van een specifieke technologie. Bij wijkverpleging leidt technologie echter mogelijk tot hogere kosten met lagere inkomsten (zie figuur 1 en paragraaf 3.2.3)
	Weerstand bij medewerkers	3 ⁴⁴	Medewerkers in de wijkverpleging zijn zich sterk bewust van het belang van declarabiliteit/ productiviteit. Inzet van zorgtechnologie kan het gevolg oproepen dat de eigen productiviteit negatief wordt beïnvloed (belevingsprobleem).

Op basis van de rubricering kan geconcludeerd worden dat het merendeel van de ervaren knelpunten ook is vastgesteld in eerdere onderzoeken en publicaties. De ervaren knelpunten van het type 2 zijn logische uitvloeisels van feitelijke situaties, zoals een gebrek aan volume en daardoor hoge prijzen in een onvolwassen markt voor zorgtechnologie.

De volgende vraag is in hoeverre deze knelpunten al belegd zijn en zo ja, op welke tafels. Het antwoord hierop wordt gegeven in paragraaf 3.4.

⁴² NZA (2022, p69): "Nadeel van de volume prikkel [bij uurprestaties]: aanbieders die met inzet van minder uren goede resultaten bereiken, leveren omzet in."

⁴³ [220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p. 16 en 17

⁴⁴ [220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p17

3.4 Op welke tafels wordt aan ervaren knelpunten gewerkt?

Tabel 5: Tafels waar de knelpunten van tabel 4 worden besproken

Ervaren knelpunt	Tafel/organisatie	Welke partijen zijn betrokken?	Wat is de opdracht van deze tafel? Wat wordt precies opgepakt?
Bekostiging zorg-technologie in de Wmo	VNG	VNG	Er vinden bijeenkomsten/gesprekken plaats tussen gemeenten om te inventariseren welke varianten er nu gebruikt worden in gemeenten en wat mogelijke alternatieven zijn, dit is doorgeschoven naar het najaar van 2024.
Onvoldoende kostendeekkende tarieven	NZa	NZa	Periodiek kostenonderzoek en dan herijking tarieven.
	Digizo.nu	Digizo.nu, IZA werktafel hybride zorg en NZa	Binnen Digizo.nu is voorgesteld om met de NZa in gesprek te gaan over de prestatie thuiszorgtechnologie i.r.t. toekomstbestendigheid. Aan de IZA werktafel hybride zorg is men voornemens om een systeemtafel in te richten met als werktitel barrièredoorbekers. Het is voorstelbaar dat dit knelpunt daar wordt ingebracht.
Onvoldoende dekking voor transformatie en fundament	Actieplan zorg-vernieuwing in versnelling	Initiatiefnemers actieplan	In een “sprint” analyseert Zorgvernieuwing in Versnelling dilemma's en problemen om – waar mogelijk- oplossingsrichtingen aan te leveren (voor reeds gesignaleerde) knelpunten op het gebied van de bekostiging en financiering van zorgtechnologie thuis (Zvw en Wlz). Zie: https://www.vilans.nl/wat-doen-we/projecten/zorgvernieuwing-in-versnelling .
Langer thuis geen KPI in Zvw	Digizo.nu		Dit is ingebracht bij Digizo.nu
Gelijkgericht handelen i.r.t. bewezen technologie	Digizo.nu	ZN, Zorgthuis NL en ActiZ ACM en PFN NZa	Casus hybride medicatieaanreiking m.b.v. medicijndispenser. Dit is slechts één technologie.
Geen consensus over bewezen technologie	Digizo.nu	ZN, Zorgthuis NL en ActiZ	Waardebepalend onderzoek. Kanttekening: het gaat te langzaam om de versnelling van opschaling mogelijk te maken.
Wrong pocket problem en onvolwassen markt voor zorgtechnologie	Vilans	Leveranciers, zorgverzekeraars en zorgkantoren, investeerders en zorgorganisaties	Eerste verkenning naar de markt van zorgtechnologie.
Rolonduidelijkheid inter-mediairs van zorgtechnologie	Vilans	Zorgvernieuwing in Versnelling	Wordt meegenomen in de verkenning naar de markt voor Zorgtechnologie.
Niemand is verantwoordelijk voor regionale infrastructuur en ecosysteem	Regiokracht, regiotafels	Programma RegioKracht, AWIZ	Er is nu niet één plek waar dit samenkomt en wordt ondersteund. Regionaal wordt er gewerkt aan gezamenlijke inkoop, gezamenlijk opzetten van infrastructuur en ecosysteem, maar nog sterk versnipperd. RegioKracht heeft op de toekomst-agenda (o.a.) het onderwerp technologie en innovatie staan, maar dit wordt nu nog niet actief ingevuld.

3.5 Niet-belegde knelpunten

Tabel 6 geeft een overzicht van de ervaren knelpunten die nog niet belegd zijn op een tafel of waar nog geen, of slechts voor een heel specifiek klein deel, actie op is gezet. Deze analyse moet nog worden vervolmaakt als consensus is over de bovenstaande probleemanalyse

Tabel 6: Knelpunten uit tabel 4 die niet of slechts zeer gedeeltelijk belegd zijn

Oorzaken	Ervaren knelpunten door zorgaanbieders
Mismatch kosten-structuur en bekostigingsstructuur	Tarief is niet kostendekkend
	Onvoldoende inzicht in de kostenstructuur
	Onzekere businesscase
	Baten moeilijk te verzilveren in intramurale setting (Wlz-intramuraal)
Gebrek aan gelijkgericht handelen	Grote verschillen in vergoedingen binnen en tussen domeinen (Zvw-zorgverzekeraars, Wlz-zorgkantoren)
Gebrek aan meerjarige zekerheid	Jaarlijkse onderhandelingscyclus
	Stimuleringsregelingen zijn tijdelijk, gemaximeerd en niet bij iedereen bekend
	Te weinig budgetruimte voor transformatie
	Transformatie legt extra druk op personele schaarste
Zorgstelsel	Te complex
	Marktwerking wordt als belemmerend ervaren voor samenwerking
	Wrong pocket problem
Volumeprikkels	'Dief van eigen portemonnee'
	Weerstand bij medewerkers

Bijlage 1 - Proces

In de opstartfase van het project (augustus 2023) is een verdiepende bijeenkomst gehouden om te komen een aanscherping van het vraagstuk. Het doel was om te komen tot thema's (focus) voor nadere analyse. Aanwezig waren vertegenwoordigers van de volgende organisaties: 't Slot, De Zorggroep, Thebe, Careyn; brancheorganisaties ActiZ en Zorgthuis NL; ZN; ASR/wijkverpleging; Zilveren Kruis; NZa; VNG; VWS (WOZO/CZ/Z/ZL) en Vilans. Langdurige zorg en wijkverpleging zijn separaat besproken in twee deelsessies. De eerste deelsessie was gericht op de probleemanalyse, de tweede op oplossingsrichtingen.

De inzichten uit deze bijeenkomst zijn aangevuld met een belronde met de deelnemers en input van materiedeskundigen. Op basis daarvan zijn vier focusthema's bepaald:

1. P x Q / factureren op urenregistratie (hoe zit het en hoe kan het anders?);
2. De bekostiging van het meenemen van producten van het ene domein naar het andere;
3. Het oormerken van budget voor innovatie in de Wlz, inclusief financiering voor de omschakeling van werken met technologie;
4. Tekort aan financiering voor innovatie bij de leveringsvorm MPT.

Op 30 januari 2024 is opnieuw een brede bijeenkomst georganiseerd om de vier focusthema's nader te analyseren. Twintig deelnemers vertegenwoordigden aanbieders van wijkverpleging en langdurige zorg (Careyn, Cordaan, Interact Contour, Omring, Thebe, Zorggroep Amsterdam Oost, Driegasthuizengroep, Beweging 3.0, Vierstroom Verpleegthuis, De Hoven, De Zorggroep, Zorggroep Solis). Tien deelnemers vertegenwoordigden systeempartijen (NZa (2), ZN (3), VGZ (2)/Zilveren Kruis (2), VNG (1)), vijf deelnemers vertegenwoordigden brancheorganisaties van zorgaanbieders in de ouderenzorg (ActiZ (4), Zorgthuis NL (1)). Tot slot waren er vier vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, twee van Vilans en één van Movisie. Tijdens deze bijeenkomsten zijn de focusthema's verdiept aan de hand van een visgraat-analyse. De sessieverslagen zijn voorgelegd aan de genodigden ter controle en aanvulling.

Vervolgens hebben materiedeskundigen van VWS (3), Vilans (1), Movisie (1) en de procescoördinator in drie werksessies de belangrijkste knelpunten en oplossingsrichtingen gedestilleerd uit de goedgekeurde verslagen van de deelsessies van 30 januari. De verslagen vertoonden overlap, zowel in grondoorzaken van knelpunten als in oplossingsrichtingen. Onderliggende thema's leken betrekking te hebben op:

1. Eigenaarschap en keuzevrijheid;
2. Gelijkgericht handelen;
3. Administratieve lasten en vertrouwen;
4. Bekostigingsmodel en het daarop aansluitende bedrijfsvoeringsmodel.

De bevindingen van deze werksessies zijn verwerkt in een conceptnotitie 'Plan van Aanpak voor het vervolg van het thema Opschaling en Financiering van Technologie'. Deze conceptnotitie is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de systeempartijen en brancheorganisaties en besproken in de werkorganisatie van 08-05-2024. Daaruit bleek

dat nadere verdieping van de analyse van maart 2024 nodig is om te komen tot algehele consensus op knelpunten en oplossingsrichtingen. Daartoe is op 29 mei een wereldcafé gehouden met vertegenwoordigers van de systeempartijen en materiedeskundigen. Hierbij waren vertegenwoordigers aanwezig van: NZa (1); ZN (1); ActiZ (2); Zorgthuis NL (1); VWS (1); Vilans (3); Movisie (1) en procescoördinatoren (2). FME en VNG waren verhinderd. Per tafel werden de knelpunten van twee focusthema's gereviewd. De uitkomsten van deze bespreking werd vervolgens getoetst en indien nodig aangevuld door de deelnemers van de andere tafel, die daarna in gesprek gingen over de bijbehorende oplossingsrichtingen. Het verslag van deze bijeenkomst is in twee rondes voorzien van feedback, waarbij ook de VNG en FME gevraagd zijn om een reactie. Een belangrijk resultaat van deze bijeenkomst was de consensus om 'eigenaarschap en keuzevrijheid' voor nu te laten vervallen als thema, met als reden dat de markt voor zorgtechnologie nog niet volwassen genoeg is om de stap naar B2C te maken. Ook was er consensus om het focusthema 'administratieve lasten en vertrouwen' te laten vervallen als zelfstandig thema. De reden hiervoor is dat gelijkgerichtheid in handelen naar verwachting van alle deelnemers zal leiden tot verlichting van de administratieve last en tot meer eenheid in de gehanteerde verantwoordingssystematiek. Dat betekent dat deze notitie zich richt op gelijkgerichtheid en het bekostigingsmodel. Een derde besluit van de bijeenkomst van 29 mei was dat alle deelnemers samen schrijven aan een eindversie van de notitie in een digitale samenwerkomgeving.

Om het VNG-perspectief toe te voegen is gesproken met Erwin Tak, Innovatiemanager technologie SD van gemeente Den Haag en lid van Digizo.nu/team opschaling hybride zorg. Daarnaast is gesproken met NZa en is er e-mail contact geweest met de ACM om nadere duiding te krijgen van de beleidskaders. Om de opdracht en werkwijze van Digizo.nu beter te begrijpen heeft VWS een gesprek gehad met ZN en vertegenwoordigers van Digizo.nu. Daarnaast is een aanvullend gesprek geweest tussen VWS en de zorgaanbieders. De feedback is verwerkt tot de eindversie die voor u ligt.

Noot: Gezien de complexiteit is het sociaal domein in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Maar ook daar spelen de nodige vraagstukken.

Bijlage 2 - Toelichting ervaren knelpunten

1. Mismatch kosten en bekostiging

Zorgaanbieders geven aan: het echte probleem dat de opschaling remt, is het feit dat de financiers in veel gevallen alleen de directe kosten van zorgtechnologie (deels) vergoeden, exclusief BTW (defacto een korting van 21%). Volgens zorgaanbieders is het feit dat de inzet van zorgtechnologie **niet kostendekkend** is, is de grootste rem. Binnen Digizo.nu is voorgesteld om met de NZa in gesprek te gaan over de prestatie thuiszorgtechnologie in relatie tot toekomstbestendigheid

Het is in de thuiszorg toegestaan om de inzet van een technologie voor het afgesproken aantal uur x het integraal tarief te factureren per maand. Hoeveel uur mag worden gedeclareerd is afhankelijk van de afspraken met verzekeraars. Als het aantal uren dat in rekening mag worden gebracht te laag is om kostendekkend te zijn, dan kunnen grote zorgorganisaties dit opvangen door het 'uitmiddelen' van de dekking. Voor kleinere aanbieders kan het financieel lastig zijn om een lage dekking te compenseren⁴⁵. Ook is gezegd dat er Wlz geld gebruikt wordt om hiaten in de wijkverpleging op te lossen. Het is de vraag of (systeem)financiers en zorgaanbieders voldoende inzicht hebben in de opbouw van de vaste en variabele kosten die gepaard gaan met de inzet van technologie om vast te kunnen stellen welke vergoeding reëel is. **Er is onvoldoende transparantie.**

Aan de andere kant houden niet alle zorgaanbieders in hun bedrijfsvoering rekening met de TCO van de inzet van technologie. Dat is ook lastig omdat veel kosten niet 1 op 1 toe te rekenen zijn aan een specifieke technologie. Het gaat dus niet om de kosten per prestatie; de prestatie vergoed de aansluit/ lease/ afkoppelkosten van een apparaat (variabele kosten per technologie) - de overige kosten zijn juist lastig in beeld te brengen. Daarbij zijn ICT kosten in brede zin flink toegenomen, maar ook door andere (beveiligings)eisen. Als zorgaanbieders onvoldoende inzicht hebben in de kostenstructuur zijn ze ook niet in staat om een goed tarief uit te onderhandelen. Om te kunnen bepalen wat passende tarieven zijn is inzicht nodig in:

1. de kostenopbouw,
2. de dekking van technologie binnen de verschillende financieringsstromen.

De businesscase is nu nog erg diffuus en onzeker.

Lenen bij banken voor investeringen in ICT is niet mogelijk. De afschrijvingstermijn die wordt gehanteerd in de tarieven is te lang en door de jaarlijkse contractonderhandelingen ontbreekt meerjarige bekostigingszekerheid.

Zorgaanbieders met een gering aantal cliënten in de MPT geven aan dat zij door de – door hen ervaren – beperkte vergoeding minder gebruik maken van technologie bij cliënten met een MPT. Dit zou kunnen komen doordat bij kleinere aantallen het risico groot is dat vaste kosten (en voorinvesteringen) niet geheel kunnen worden terugverdiend.

⁴⁵[220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p 18

Voor de (kleinere) middelgrote en grote zorgaanbieders is er een vraagstuk met betrekking tot de financiering van de transformatie en implementatie van zorgtechnologie (zowel in de Wlz als de Zvw). Variabele kosten worden gedekt in de bedrijfsvoering, over vaste kosten moet nog worden doorgedacht – wie draagt de kosten en risico's voor de randvoorwaardelijke infrastructuur? Innovatieklimaat, implementatieklimaat en opschalingsklimaat zijn andere fases in het proces in een zorgorganisatie en vragen compleet andere randvoorwaarden, ook qua bekostiging en business case. De baten van de inzet van zorgtechnologie op het gebied van arbeidsbesparing blijken **moeilijk te verzilveren** te zijn **in de intramurale zorg**, bijvoorbeeld door een minimaal vereiste bezetting.

2. Gebrek aan gelijkgericht handelen

Langer thuis wonen is niet meegenomen als **KPI** in de Zvw. Dit leidt tot verschil in sturing tussen de Wlz en Zvw.

Zorgaanbieders geven aan dat de **vergoedingen** voor de inzet van zorgtechnologie in de Zvw **sterk uiteenlopen**. Onderzoek van Zorgthuis NL naar de vergoedingen voor medicijndispensers bevestigt dit.⁴⁶ Dat verzekeraars beleidsvrijheid hebben om te bepalen wat vergoed wordt tegen welk tarief is vanuit het huidige stelsel logisch, maar zorgaanbieders ervaren dat dit belemmerend werkt voor (landelijke) opschaling. Voor kleinere aanbieders is een tekort in de bekostiging door verschil in de vergoedingen voor de inzet van zorgtechnologie lastiger te compenseren dan voor grotere zorgaanbieders.

Er zijn ook **grote verschillen in welke technologie vergoed wordt binnen en tussen de domeinen**. In de bespreking van het knelpunt werd aangegeven dat de 'pas toe' lijst van Digizo.nu dit probleem oplost voor digitale en hybride zorg. Er is dan keuzevrijheid binnen de door alle IZA-partners onderschreven lijst. In de toetsing aan de oplossingentafel op 29-5-2024 werden de volgende kanttekeningen gemaakt:

1. Digizo.nu gaat niet snel genoeg;
2. Niet-digitale/hybride zorgtechnologie valt buiten de scope. Wat valt eruit de lijst van 13 arbeidsbesparende technologieën van Vilans?⁴⁷ Wat is er nodig om dat te financieren?;
3. Digizo.nu wordt tijdelijk gefinancierd (2026) in samenhang met het IZA;
4. Niet alle partijen zitten structureel aan tafel.

Rolonduidelijkheid. Sommige financiers proberen nadrukkelijk te sturen op het al of niet inzetten van (bepaalde) technologie, dan wel het contracteren of werken met bepaalde leveranciers. Het voorschrijven dan wel niet vergoeden van afname van technologie via intermediairs (zoals Mobilecare) is daar een voorbeeld van. In sommige regio's is er sprake van onduidelijkheid onder de Zvw prestatie thuiszorgtechnologie over de rollen van de zorgverzekeraars en van de zorgorganisaties bij de daadwerkelijke inkoop van digitale zorg. Wie bepaalt de uiteindelijke keuze bij de inkoop? Zorgaanbieders hebben behoefte aan het kunnen maken van eigen afspraken voor passende inzet, zonder al te veel bemoeienis van de financiers.

⁴⁶ Zorgthuis NL (april 2024) Bekostiging medicijndispensers

⁴⁷ [Tijdbesparende zorgtechnologieën gepresenteerd aan de Kamer \(vilans.nl\)](https://www.vilans.nl/tijdbesparende-zorgtechnologieen-gepresenteerd-aan-de-kamer)

Er is verschil van inzicht op de Digizo.nu-tafel over in hoeverre gelijkgericht handelen in beleid is toegestaan in de Zvw. De **ACM** stelt dat gelijkgericht beleid (waaronder contracteren) mogelijk is onder strenge voorwaarden en heeft daar een stappenplan voor opgesteld. Dit verschil van inzicht moet aan de Digizo.nu-tafel worden opgelost, maar werkt wel door in de WOZO-werkorganisatie.

3. Volumeprikkel in de Zvw en MPT

Bij wijkverpleging leidt technologie mogelijk tot minder arbeidsinzet; d.w.z. hogere kosten met lagere inkomsten (‘**dief van de eigen portemonnee**’). Daarbij speelt mee dat door het realiseren van meer volume in uren het totaal van vaste en variabele kosten beter gedekt kan worden. Bij intramuraal leidt minder arbeidsinzet niet tot lagere opbrengst omdat daar sprake is van een dagtarief.

Medewerkers in de wijkverpleging zijn zich bewust van het belang van hun productiviteit/declarabiliteit. Als zij het gevoel hebben dat ze door de inzet van technologie minder declarabel zijn, dan kan dat **weerstand oproepen** en een rem zetten op de inzet van zorgtechnologie. Dit is een belevingsprobleem. Gezien de grote tekorten op de arbeidsmarkt is er geen daadwerkelijke bedreiging voor de werkgelegenheid.

De NZa heeft bekostiging op basis van uren en op basis dag- of periodeprestaties met elkaar vergeleken, onder andere ten aanzien van de volumeprikkel en de administratieve lasten.

Tabel 5: Vergelijking dag- en periode prestaties met uurprestaties (NZa, 2023)⁴⁸

	Dag- of periode prestaties	Uurprestaties
Volumeprikkel	Laag	Hoog
Flexibele inzet personeel ⁴⁹	Hoog	Gemiddeld
Administratieve lasten	Laag	Hoog
Kwaliteit	Onbekend	Onbekend
Mogelijkheid tot digitale zorg en innovatieve zorgmethodes	Hoog	Laag

4. Gebrek aan meerjarige zekerheid

Zorgaanbieders onderhandelen **jaarlijks met veel partijen** over wat er vergoed wordt tegen welk tarief. Zorgaanbieders geven aan dat verschil in contractering administratieve druk met zich meebrengt. ZN geeft aan dat verschil in afspraken geen knelpunt zou moeten zijn omdat dit voor het leveren van fysieke zorg ook zo is. Het knelpunt heeft ook

⁴⁸ NZa (2023) [Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging - advies](#), p.70

⁴⁹ De mogelijkheid om personeel vanuit verschillende disciplines en opleidingsniveaus in te zetten bij een cliënt. Als uurprestaties worden verbonden aan een discipline en worden gedifferentieerd (zoals nu in de gereguleerde wijkverpleging), is die mogelijkheid er niet. Maar het is ook mogelijk om een ‘integraal’ uurtarief vast te stellen. De beoordeling hangt dus af van de manier waarop het tarief wordt uitgevoerd.

een interne organisatiekant. Namelijk dat veel zorgorganisaties hun administratiesystemen niet geprofessionaliseerd/digitaal gekoppeld hebben, waardoor medewerkers worden belast met registratie. Het gaat over de ICT-volwassenheid van organisaties en de capaciteit die beschikbaar is in een organisatie om te professionaliseren. Voor grotere organisaties is dit vaak geen probleem, maar kleinere zorgaanbieders hebben niet de kennis, capaciteit en vaak ook geen middelen om dit op te lossen.

Kosten gaan vaak voor de baten uit, zeker als het gaat om vaste kosten die zorgaanbieders (in de Wlz en Zvw) moeten maken voor inzet van technologie. Bij de huidige bekostiging moeten zorgaanbieders volume maken met inzet technologie om (a) de transformatie te bekostigen, (b) het beheer van het fundament te bekostigen en (c) kosten te dekken voor inzet van een specifieke technologie. Transformatiekosten (om het fundament voor inzet van technologie te leggen) moeten door elke zorgaanbieder (groot, middel, klein) gemaakt worden. Relatief gezien zijn de kosten voor kleine zorgaanbieders (zowel in Zvw als Wlz) hoger, mede omdat zij maar beperkt volume kunnen maken om deze investeringen terug te verdienen (Zorgthuis NL).

Stimuleringsregelingen zijn tijdelijk en gemaximeerd. “Het subsidiesysteem (ZonMw, NWO) in Nederland biedt te weinig perspectief voor digitalisering zoals uit de praktijkstudie blijkt, er blijken namelijk te veel kortlopende pilots gesubsidieerd te worden in plaats van lange termijn financiering of financiering die voortbouwt, incrementeel, op digitalisering en de effecten ervan.”⁵⁰ De bekostiging van procestransformatie en het investeren in een innovatieklimaat voor effectieve inzet van technologie is nu gekoppeld aan:

- Een specifieke technologie (en daarmee tarief) waardoor succes/falen gekoppeld is aan één technologie.
- Incidentele middelen (kortlopende subsidies, zoals de SET, STOZ en IZA gelden) hebben een beperkte looptijd, zijn versnipperd en relatief arbeidsintensief in termen van aanvraag en verantwoording. Bovendien zijn deze middelen gelimiteerd. Dat betekent dat niet iedere aanspraak gehonoreerd zal kunnen worden. Het is dan ook de vraag of subsidies de juiste manier zijn om transformatietrajecten (en het borgen van de resultaten daarvan op de lange termijn) te bekostigen. Zorgaanbieders geven aan dat de vele verschillende potjes van financiering het niet makkelijker maken.
- Veel regelingen zijn gestoeld op de deminimisverordening. Op grond van de reguliere de-minimisverordening (Verordening (EU) nr. 2023/2831) kunnen overheden, dus ook decentrale overheden, over een periode van drie jaar in het totaal tot maximaal €300.000,- aan steun verlenen aan een onderneming . De reguliere de-minimisverordening is in principe van toepassing op steun aan ondernemingen in alle sectoren. Als dit plafond is bereikt, mag aan de onderneming in het betreffende jaar geen reguliere de-minimissteun meer worden verleend.

⁵⁰ [Eindrapport VWS MEVA 220420.pdf \(utwente.nl\)](#), p. 148

Vanuit verschillende kanten komt het signaal dat **ruimte in het budget voor transformatie niet of zeer beperkt wordt ervaren**. Dit kan drie dingen betekenen die naast elkaar kunnen bestaan:

- De ruimte is er daadwerkelijk niet (vaak volume afhankelijk);
- De organisatie maakt andere keuzes (bedrijfsvoering) waardoor de ruimte niet ervaren wordt;
- De organisatie heeft niet het niveau van IT-volwassenheid die nodig is voor deze transitie en/of de basis is niet op orde.

Bijkomend aandachtspunt is dat voorinvesteringen in tijd druk leggen op de toch al **schaarse personele capaciteit**. Daardoor kan de productiviteit (en dus de inkomsten) onder druk komen te staan en neemt de vaak toch hoge werkdruk toe. Gezien het voorgaande is er voor zorgaanbieders nog te vaak geen of zelfs een negatieve prikkel om technologie in te zetten. Dit lijkt het bijzonder het geval te zijn bij kleine en middelgrote aanbieders. Dit signaal wordt opgepakt door 'Zorgvernieuwing in versnelling'.

5. Zorgstelsel

De zorg in Nederland is **complex**: te gefragmenteerd, te veel stakeholders met diverse en soms tegenstrijdige belangen. Ketenzorg ofwel een integrale aanpak van digitale zorg over de domeinen heen (eerste, tweedelijns) en daarbij behorende regie en sturing ontbreken. In de praktijk zien we dat digitalisering vooral uit idealisme en bevologenheid is ontstaan en vormgegeven. Er is onvoldoende betrokkenheid van zorgbestuurders bij digitale innovaties waardoor een adequate IT-infrastructuur (zoals capaciteiten, techniek, resources) voor implementatie van digitale zorg ontbreekt.⁵¹

Marktwerving belemmert samenwerking.

Regionale samenwerking is een manier waarop zorgorganisaties samen schaal kunnen creëren om oplossingen goed te implementeren. De wettelijke kaders bij het vergoeden van zorg beperken de mogelijkheden om te investeren in landelijke infrastructuur, onder andere door de noodzaak Zvw zorgkosten op het niveau van individuele verzekerden te laten declareren.³⁶

Zorgverzekeraars concurreren met elkaar om het aantrekken van verzekerden en beogen daarom de zorgpremie zo laag mogelijk te houden. De hoogte van de premie is een belangrijke drijver in de keuze voor een zorgverzekeringsspolis⁵². Zorgverzekeraars bekijken investeringen daarom niet alleen in het licht van de totale zorgkosten, maar ook in het licht van het effect op de premie. Ze zijn terughoudend met investeren in (digitale) infrastructuur als andere zorgverzekeraars niet mee investeren, om te voorkomen dat hun premie relatief hoger wordt.⁵³

Binnen de Wlz is het veel makkelijker om gelijkgericht te handelen (en te contracteren) dan in de Zvw. Dat heeft alles te maken met de vrije marktwerving en mededingsregels van het ACM, maar ook met cultuur. Zolang zorgorganisaties nog veel onderlinge

⁵¹ [Eindrapport VWS MEVA 220420.pdf \(utwente.nl\)](#), p. 146

⁵² Ruim 60% van overstappers in 2020 deed dit vanwege prijsverschil. ACM, Consumentenonderzoek Zorgverzekeringmarkt 2020 (2020).

⁵³ [220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p 18

concurrentie ervaren, is er beperkt interesse in samenwerking. Bijvoorbeeld in de wijkverpleging waar zorgorganisaties afgelopen jaren beperkt gericht waren op het delen van kennis bij het opschalen van (digitale) innovaties, vanuit de angst dat dit ten koste zou gaan van het eigen marktaandeel⁵⁴.

Het gevolg van de aparte prestatie bij de Zvw wvp en MPT is dat per zorgverzekeraar bijgehouden moet worden hoeveel uur in het administratieve systeem gerekend moet worden per technologie. Voor digitaal volwassen zorgaanbieders is het niet moeilijk om dit in de software in te regelen. Voor zorgaanbieders die minder digitaal volwassen zijn leidt dit tot een verzwaring van **administratieve lasten**.

Het **wrong pocket problem** gaat over een ongelijke verdeling van kosten en baten. “Er is behoefte aan financiering die de inzet van digitale zorg bevordert, en die gericht is op lange termijn financiering om investeringen in digitale zorg rendabel te maken voor de zorgorganisaties. In de praktijk is er een wil om duurdere of onnodige zorg te voorkomen, om zorg te verplaatsen naar de thuisomgeving en om efficiënter zorg te leveren (deels ook vanwege het personeelstekort). De prikkel ontbreekt echter omdat er geen adequate en structurele financiering is van zorgketen-overstijgende initiatieven. Dergelijke initiatieven zijn complex omdat de investering wordt gedaan op een andere plek dan waar de opbrengst terechtkomt.”⁵⁵

Binnen domeinen kan het gaan om zorgorganisaties die investeren in zorgtechnologie terwijl de baten daarvan vooral ten gunste komen van financiers en omgekeerd. Of om financiers die ruimhartiger vergoeden van andere financiers en daarmee een groter aandeel nemen in het financieren van de inzet van zorgtechnologie. Tussen domeinen doet het wrong pocket problem zich ook voor. De politiek ambieert dat instroom in de Wlz zo lang mogelijk wordt uitgesteld. De drempels voor toegang tot de Wlz gaan omhoog. Dit zou betekenen dat een groep ouderen die nu nog een Wlz-indicatie zou krijgen in de toekomst moeten worden geholpen vanuit de Zvw en Wmo 2015. Daarmee komt er nog meer belang om **technologie vanuit de Wmo 2015 2015 duurzaam te financieren en daarmee op te schalen. De VNG ziet hierbij een aantal knelpunten:**

1. Het aanbod sluit niet aan op de vraag. De behoefte van senioren aan technologische ondersteuning komt voort uit de wens van sociale veiligheid, brandveiligheid, toegankelijkheid van de woning en de dagelijkse dingen kunnen blijven doen. Veel aanbieders van technologie redeneren vanuit het product in plaats vanuit de behoefte. Dan investeert een gemeente niet.
2. Preventie is volgens de VNG moeilijk gefinancierd te krijgen. Aandacht voor preventie in het algemeen komt vanuit taakgebieden, maar niet op individueel niveau.
3. Het is lastig om aanbieders van zorgtechnologie te interesseren voor het sociaal domein omdat er geen kant en klare financiering voor is.
4. Het sturen op zorgtechnologie staat nog in de kinderschoenen. Gemeenten stimuleren inwoners zoveel mogelijk om zelf over te gaan tot aanschaf van technologische hulpmiddelen die zelfredzaamheid ondersteunen. Het heeft vele meerdere redenen waarom consumenten technologie niet of niet goed werkt in

⁵⁴ [220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf](#), p 18

⁵⁵ [Eindrapport VWS MEVA 220420.pdf \(utwente.nl\)](#), p 147-148

een zorggerelateerde setting. Zelf aangeschafte (consumenten)technologie kan niet meegenomen worden bij overgang van het sociaal domein naar het zorgdomein in het kader van de WKKGZ.

Er is sprake van **een onvolwassen en daardoor onzekere markt voor zorgtechnologie**. Er is nog geen consensus over bewezen technologieën. Zolang er niet wordt opgeschaald zijn volumes zo laag dat schaalvoordelen moeilijk behaald kunnen worden. Dat houdt de prijzen hoog en maakt de continuïteit van leveranciers een risico. De exponentiele ontwikkelingen op technologie maken het lastig om te komen tot standaarden qua aanpak en inrichting. “De verbeterde interoperabiliteit tussen systemen wordt als de belangrijkste mogelijkheid gezien om zorggegevens (data) optimaal te kunnen gebruiken. Aanpassing of verruiming van [AVG] wet- en regelgeving is van belang voor de koppeling van de verschillende IT-systemen met het EPD.”⁵⁶ Het gaat niet alleen om gegevensuitwisseling, maar ook om koppelingen tussen apparatuur. Het zijn architectuurvragen in een wereld met veel ontwikkelingen en complexiteit ook in relatie tot bekostiging. Daarom is regulering nodig om de inzet van zorgtechnologie op te kunnen schalen.

Technologie is de grootste systeemfunctie binnen de zorg – dit wringt continu met de huidige opzet van de zorg. Het probleem is dat **niemand verantwoordelijk is voor de regionale infrastructuur**, inclusief landelijke randvoorwaarden in relatie tot verschillende aspecten en toepassingen van technologie, terwijl regionale afspraken nodig zijn om de interoperabiliteit te garanderen die nodig is voor opschaling in de regionale keten.

⁵⁶ [Eindrapport VWS_MEVA_220420.pdf \(utwente.nl\)](#), p. 149