Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte

Briefadvies

raad voor Volksgezondheid en Samenleving

raad vooR Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadrvs

Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte

26 januari 2017

Briefadvies
Publicatie 17-01

raad voor Volksgezondheid en Samenleving

Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadrvs.nl
Twitter: @raadrvs

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Mevrouw drs. E.I. Schippers

Datum
26 januari 2017
Kenmerk
49.14-1079162/ge
Doorkiesnummer
070-3405060
Betreft
Briefadvies
publicatie 17-01
Bijlage(n)
-

Geachte minister,

Deze week organiseert uw ministerie met tal van organisaties de e-healthweek. Daarmee beoogt u om zo veel mogelijk mensen met e-health in contact te brengen en te tonen wat e-health is en hoe het werkt. U acht dit initiatief nodig omdat veelbelovende innovaties om de (organisatie van de) zorg en ondersteuning te verbeteren nog beperkt toegang vinden tot de sector en als zodanig moeizaam toegankelijk zijn voor een brede en grotere groep patiënten en cliënten.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) wil de e-healthweek benutten om u aanbevelingen te doen voor een bredere en snellere implementatie van e-health. Hiertoe biedt de Raad u het briefadvies *Implementatie van e-health vraagt om durf en ruimte* aan. Dit briefadvies is tot stand gekomen naar aanleiding van een adviesaanvraag vanuit uw ministerie waarin ons gevraagd is wat de rijksoverheid zou moeten en kunnen doen om de implementatie van e-health te versnellen. Uit onze analyse blijkt dat implementatie van nieuwe technologieën en manieren van werken van vele partijen de bereidheid vraagt om af te stappen van oude vertrouwde werkwijzen en om nieuwe methoden een kans te geven. Het advies bevat daarom aanbevelingen voor alle betrokken partijen die een rol hebben bij een bredere implementatie van e-health. De Raad doet de volgende aanbevelingen:

a. **Rijksoverheid** wordt geadviseerd veldpartijen in beweging te krijgen en in staat te stellen om op een verantwoorde manier e-health te kunnen implementeren door **(1)** het initiatief te nemen om in hoofdlijnenakkoorden met diverse stakeholders afspraken te maken over de implementatie van e-health; **(2)** te zorgen voor bekostigingsprincipes die niet op uren of verrichtingen gebaseerd worden, maar op alternatieven, zoals uitkomsten of gerealiseerde waarden in de zorgketen;**(3)** waar grootschalige implementatie stagneert (tijdelijke) prestaties voor e-healthactiviteiten in te stellen; **(4)** ervaren belemmeringen in wet- en regelgeving weg te nemen, met aandacht voor de replicerende werking hiervan; en **(5)** een 'e-health snelweg' te realiseren door veldpartijen duidelijkheid te geven over de eisen aan ICT-systemen door een stevige, niet-vrijblijvende rol te pakken en ervoor te zorgen dat data uit de verschillende systemen gemakkelijk

uitwisselbaar zijn en met respect voor de privacy onder regie van de patiënt gedeeld kunnen worden. Om dit te realiseren dient de overheid zorgaanbieders en leveranciers van informatiesystemen (zoals ZIS, HIS, TIS, AIS, KIS) te verplichten om open koppelvlakken te realiseren (bijvoorbeeld in de vorm van Open API's), hun data kosteloos aan de patiënt beschikbaar te stellen en aan te sluiten bij vastgestelde standaarden en identificatie-eisen. Geadviseerd wordt veldpartijen met oplossingen te laten komen en het Zorginstituut Nederland doorzettingsmacht te verlenen, mochten partijen niet op korte termijn tot voor burgers en patiënten geschikte oplossingen komen.

b. **Zorgaanbieders en zorginkopers** worden geadviseerd om op basis van een gedeelde visie en strategie gezamenlijk te komen tot meerjarenafspraken waarvan de brede toepassing van e-health, de investering hierin en de revenuen op de lange termijn onderdeel zijn. Zij dienen patiënten/cliënten te verleiden en te stimuleren om gebruik te maken van e-health door hen (financiële) voordelen te bieden. Dit ook gezien de psychologische barrières bij het overstappen naar e-health.

c. **Patiënten en zorgprofessionals** worden geadviseerd om actief het gebruik van e-health in de zorgrelatie te overwegen en om te participeren in wetenschappelijk onderzoek om de effecten van e-health op kwaliteit, servicegerichtheid en kosten van zorg verder te onderbouwen.

d. **Patiëntenorganisaties** worden geadviseerd om een bijdrage te leveren aan het vergroten van kennis over de mogelijkheden van e-health voor patiënten en cliënten, zodat zij weten wat er te kiezen valt.

De Raad maakte voor de analyse gebruik van de uitgebreide consultatie die hij in 2016 heeft gehouden onder direct betrokkenen bij zorginkoop in een aantal sectoren (RVS2017); dit ter voorbereiding van een advies over zorginkoop en sturing dat u later dit jaar kunt verwachten. Binnen deze consultatie is in het bijzonder ook gesproken over de relatie tussen de huidige inkooppraktijk en de mogelijkheden voor partijen in de zorg en maatschappelijke ondersteuning om te innoveren. Op dit thema zijn aanvullend twee rondetafelgesprekken georganiseerd – één over organisatorische innovatie en één over technologische innovatie – en zijn met verschillende zorgprofessionals gesprekken over e-health gevoerd. Daarnaast heeft een Mini DenkTank nagedacht over nieuwe mogelijkheden om de opschaling van e-health-toepassingen te financieren (zie https://www.raadrvs.nl/).

De Raad concludeert dat e-health de potentie heeft om in de zorg, net als in andere sectoren, bij te dragen aan betere regievoering door en serviceverlening aan patiënten en op die wijze leidt tot grotere pluriformiteit in de zorg en reductie van de kosten. De RVS merkt hierbij op dat dit lang niet altijd (wetenschappelijk) aangetoond is en dat er ook patiënten en cliënten zullen zijn die niet de voorkeur geven aan digitale zorgprocessen, bijvoorbeeld omdat zij hier niet in mee kunnen of willen. De Raad pleit dan er ook voor om e-health te blijven zien als een middel en niet als doel. Wel mag van partijen verwacht worden, gegeven hun morele plicht om de zorg en maatschappelijke ondersteuning voortdurend te verbeteren, dat zij de mogelijkheden van dit middel steeds (wetenschappelijk) blijven onderzoeken.

Psychologische barrières bij zowel patiënten als zorgprofessionals die zich bij de overstap naar e-health voordoen, kunnen soms alleen geslecht worden door een nieuwe werkwijze zelf te ervaren. Wij hopen met dit briefadvies de belangrijkste barrières voor een grootschaliger toepassing van veelbelovende e-health te benoemen en de gewenste maatregelen aan te geven om tot een bredere implementatie hiervan te komen. Zodat patiënten in de toekomst de beste zorg en dienstverlening geboden kan worden.

Hoogachtend,

Prof. dr. Pauline Meurs,
voorzitter Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

1. Voorbeschouwing

Het debat over de noodzaak om zorg en maatschappelijke ondersteuning te innoveren, wordt gekleurd door verschillende opvattingen. Van mensen die innoveren als bittere noodzaak zien om ook de toekomst zorg en maatschappelijke ondersteuning voor iedereen toegankelijk te houden, tot mensen die vrezen dat te veel innovatiedrang leidt tot een afbraak van huidige goede praktijken. Voor de één is een innovatie inherent goed, want anders is het geen innovatie, terwijl de ander de kriebels krijgt van het woord innovatie en het idee heeft dat innovatie van middel tot doel wordt verheven.

Wat in elk geval opvalt in het debat is dat het begrip innovatie niet eenduidig wordt gebruikt. Innovatie kan betekenen: het helemaal anders doen (disruptie), maar ook bestaande methoden en werkwijzen incrementeel verbeteren. Het kan bij innovatie gaan om kleinschalig experimenteren met een volledige nieuwe manier van werken, maar ook om grootschaliger toepassen van bewezen slimme ideeën en technologieën. Er zijn innovaties die puur technologisch gedreven zijn, maar ook innovaties die vooral organisatorische vernieuwing betekenen. Het initiatief tot innovatie kan vanuit aanbieders komen, maar komt ook steeds vaker vanuit gebruikers.

De intentie van de vernieuwing van zorg en maatschappelijke ondersteuning zal veelal zijn om deze te verbeteren. Of het nu gaat om een nieuw geneesmiddel, een nieuwe behandelmethode, de introductie van een operatierobot, de invoering van *lean* werken, de introductie van zelfsturende teams of de inzet op eigen kracht van burgers. Met uiteenlopende doelen: het zorgen voor lagere kosten, hogere kwaliteit van zorg, preventie of meer servicegerichte zorgprocessen. Een belangrijk kenmerk van alle innovaties is daarbij dat de effecten – hoe goed bedoeld vanuit de innovator en veelbelovend ze ook zijn – onzeker zijn en dus niet per definitie opleveren wat ervan verwacht wordt.

2. Afbakening

Hoewel alle innovaties de moeite van het beschrijven, verkennen en analyseren waard zijn, kiest de Raad er in dit briefadvies voor om de focus concreet te leggen op de (grootschaliger) implementatie van informatie en communicatietechnologie (ICT) binnen de zorg, oftewel e-health. Meer specifiek gaat het om die toepassingen die zorgverleners aanbieden aan cliënten/patiënten. In dit briefadvies gaat het dus niet om ICT die professionals gebruiken binnen hun eigen bedrijfsvoering en onderlinge communicatie. Ook gaat het niet over ICT die door consumenten wordt gebruikt zonder tussenkomst van een zorgverlener (zogenaamde consumenten-e-health). Over consumenten-e-health heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg

(RVZ), één van de rechtsvoorgangers van de RVS, in 2015 nog een advies uitgebracht (RVZ 2015)

De reden voor deze afbakening is dat juist bij e-health de verwachtingen heel hooggespannen zijn, terwijl de daadwerkelijke implementatie achterblijft bij de verwachtingen. Zo stelden de Minister en Staatssecretaris eerder in de e-health-brief: "We moeten constateren dat waar zich een aanzienlijke aanwas van nieuwe technologieën aftekent in de markt, waar mensen daadwerkelijk baat bij hebben, de brede toepassing van e-health in de zorg vaak achterblijft" (TK 2013/2014) en formuleerde u vervolgens drie concrete doelstellingen voor digitale toegang tot medische gegevens, zelfmetingen en monitoren op afstand, en beeldschermzorg. Ook zijn in de brief acties opgenomen om deze doelen te realiseren, zoals een informatie-uitwisselingsprogramma, het beleggen van een Informatieberaad en een verbetering van de bekostiging. Uit een rapport van Nictiz over de e-health-doelstellingen 2016 blijkt dat er vooralsnog weinig tot geen ontwikkelingen zijn ten opzichte van de nulmeting (Nictiz 2016). In de voortgangsrapportage van oktober 2016 zijn diverse aanvullende acties aangekondigd, waaronder een *fast-track* initiatief, het openen van een lab voor *health impact bonds* en het organiseren van een nationale e-health-week (VWS 2016).

Uiteraard betekent de afbakening tot e-health niet dat andere onderwerpen rondom innovatie en/of andere vormen van innovatie voor de Raad niet belangrijk zijn. In het advies over zorginkoop en sturing dat de Raad voorbereidt, zal innovatie dan ook in bredere zin behandeld worden. Wel zullen de analyse en aanbevelingen in dit briefadvies breder toepasbaar zijn.

3. Probleemstelling

Veel beleidsmakers – zo blijkt uit de e-healthbrief – hebben hoge verwachtingen van het gebruik van informatie- en communicatietechnologie in de zorg. E-health heeft de potentie om de kwaliteit van zorg te verbeteren, de kosten te verlagen en/of voor meer servicegerichte zorgprocessen te zorgen.[1] Veelal wordt daarbij de vergelijking gemaakt met andere sectoren, zoals de reisindustrie of het bankwezen, waar investeringen in ICT er over het algemeen toe hebben geleid dat de kwaliteit van producten en dienstverlening beter, en vaak voor klanten goedkoper is geworden. De Raad buigt zich in dit briefadvies over het probleem dat er wat betreft e-health weliswaar op kleine schaal successen lijken te worden geboekt, maar dat een bredere toepassing van deze succesvolle voorbeelden achterblijft.

Dit is voor de Raad aanleiding om te bekijken waarom dergelijke e-health-toepassingen, die zorg en maatschappelijke ondersteuning voor patiënten en cliënten lijken te verbeteren, niet voor een brede groep patiënten en cliënten toegankelijk zijn en hoe, en door wie, ervoor gezorgd kan worden dat dit wel gebeurt.

Op basis van een brede consultatie van bestuurders van zorginstellingen, zorginkopers, zorgprofessionals en patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers die de Raad heeft uitgevoerd voor het advies over zorginkoop en sturing, komt hij tot een analyse van dit vraagstuk en tot beleidsaanbevelingen aan verschillende partijen om de implementatie van e-healthtoepassingen te versnellen.

[1] Hoewel dit een breed gedragen verwachting is, is hier geen hard wetenschappelijk bewijs voor.

4. Analyse

De Raad ziet de volgende redenen waarom veelbelovende ICT-innovaties tot op heden niet breder toegankelijk zijn. Er zijn:

1. belemmeringen vanuit de zorginkoop en kostenbeheersing;
2. belemmeringen in wet- en regelgeving;
3. belemmeringen in de sector zelf;
4. weinig vooroplopende patiënten en dus relatief weinig *early adopters.*

1. Belemmeringen vanuit de zorginkoop en kostenbeheersing

Bestuurders van zorginstellingen, zorginkopers, zorgprofessionals en patiënten- en cliëntenvertegenwoordigers noemen vaak de zorginkoop en de financiering als belangrijkste reden voor stagnatie van de toepassing van e-health binnen zorg en maatschappelijke ondersteuning. Er is een aantal redenen waarom de huidige praktijk van zorginkoop en financiering zich slecht verhoudt tot implementatie van nieuwe manieren van werken met behulp van e-health.

Ten eerste stuurt zorginkoop aan op uniformering via standaardisatie van producten, processen en inputs. Deze standaardisatie kan gewenst zijn, bijvoorbeeld om een bepaalde best practice af te dwingen: denk aan het opleggen van scholingseisen, het toepassen van protocollen en het tegengaan van ongewenste praktijkvariatie. Maar standaardisatie is rampzalig voor exploratie, waarbij het juist gaat om nieuwe manieren van werken en het anders doen. Bij een succesvolle implementatie van e-health moeten nieuwe technologieën vervlochten worden met bestaande praktijken. Dit vergt geen standaardisatie, maar juist kleinschalig maatwerk. Voor het succesvol inbedden van technologische innovatie moet vaak de omgeving ook mee innoveren.

Ten tweede leidt zorginkoop tot een nadruk op zekerheid voor de korte termijn, terwijl bij veel implementatietrajecten er in eerste instantie geïnvesteerd moet worden en de (onzekere) baten pas later komen. Bij de implementatie van e-health moet bijvoorbeeld worden geïnvesteerd in het aanpassen van processen (gedragsverandering), in ICT-systemen, in infrastructuur, in het opleiden van personeel en soms of vaak in het werken met minder mensen. Ook zijn de kosten voor systeemaanpassingen hoog, omdat veel van de veelgebruikte informatiesystemen 'dicht' zitten. Open koppelvlakken, die in veel sectoren gebruikelijk zijn in de vorm van zogenoemde Open Application Program Interfaces (Open API's), zijn er nauwelijks (zie ook RVZ 2002 en RVZ 2014). Daardoor blijft bij de koppeling van het ene systeem op het andere de betrokkenheid van de leverancier van het bronsysteem vaak direct nodig en moeten er bovendien steeds handmatige koppelingen gemaakt worden (als deze überhaupt mogelijk zijn). Ook is data slecht inzichtelijk of te delen met en door de patiënt zelf. Voor partijen die betrokken zijn bij de implementatie van e-health leidt dit tot hoge kosten, waardoor de e-healthtoepassing al snel duur wordt en het bovendien lastig is om die laagdrempelig te exploreren, omdat de instapkosten hoog zijn. Het gevolg is dan ook dat veel e-healthinitiatieven 'naast' de bestaande informatiesystemen komen, wat grootschaliger implementatie in de weg staat, omdat data niet met de bronsystemen kunnen worden uitgewisseld en zorgverleners in diverse systemen moeten werken. Een voorbeeld daarvan is een aparte e-healthapplicatie naast het eigen Ziekenhuis Informatie Systeem.

Door het sturen van inkopers op korte termijn is het terugverdienen van e-health-investeringen onzeker. Binnen de zorg en ondersteuning is een eenjarig contract immers vaak nog de standaard. Bij een dergelijk contract loopt een aanbieder het risico om na het jaar van investeren een slechter contract te krijgen of zelfs het contract te verliezen, waardoor investeringen niet terugverdiend worden. De veiligste weg is dan om te kiezen voor beproefde methoden en concepten. Wetende dat innovatieve ideeën ook anders kunnen uitpakken of zelfs falen, is het juist van belang dat de financieringswijze van investeringen in innovatie met doelstellingen voor de langere termijn de innovator niet afstraft. Om anders te kunnen organiseren is het juist nodig om de zorgverlener enige zekerheid te bieden en op langetermijnsuccessen te sturen. Zorginkopers (verzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) lijken nu pas geïnteresseerd als innovatie al voldoende schaal heeft en zich bewezen heeft, maar hiermee wordt geen recht gedaan de aard van innovatie.

Ten derde wordt de nadruk op kortetermijnzekerheid door inkoop nog eens versterkt door de manier waarop de overheid binnen de zorg de kosten beheerst. Zo worden binnen de zorginkoop als gevolg van de budgettaire kaders van de overheid vaak plafonds of budgetten voor instellingen gehanteerd. Deze zijn ingesteld op basis van kosten in het verleden. Bezuinigingen worden gerealiseerd door deze plafonds of budgetten jaarlijks bij bestaande aanbieders met een paar procenten naar beneden bij te stellen. Dit zorgt bij aanbieders voor een prikkel om bestaande processen te optimaliseren (incrementele innovatie), maar beperkt de ruimte om te investeren en processen volledig anders in te richten. Zorgaanbieders geven aan dat ze niet de tijd hebben om te innoveren, omdat ze steeds van taakstelling naar taakstelling gaan en met jaarcontracten geen zekerheid hebben dat investeringen zich terugverdienen. Ten slotte beperkt deze kaasschaafsystematiek de ruimte voor nieuwe partijen om te groeien. Deze ruimte moet immers weggehaald worden bij bestaande aanbieders, waarvan de inkoper afhankelijk is voor de levering van andere zorg. Andersom betekent het feit dat zorginkopers ruimte willen bieden voor nieuwe aanbieders dat er voor bestaande aanbieders minder budget overblijft bij vaak hetzelfde aantal cliënten/patiënten, en dat bovendien daardoor de ruimte om te investeren in innovatie kleiner wordt. Innovatie om de klantbeleving of klantenservice te vergroten heeft daarbij het risico dat meer klanten worden aangetrokken, terwijl de afgesproken te leveren zorgcapaciteit al ontoereikend is om aan de vraag te voldoen.

Ten vierde leidt de huidige inkooppraktijk ertoe dat in veel situaties implementatie van e-health afgestraft wordt door de bekostigingsstructuur. Zorgaanbieders worden nog steeds op veel plaatsen betaald per uitgevoerde verrichting. In de langdurige zorg wordt er vaak nog betaald per uur of zelfs minuut. Innovaties kunnen ertoe bijdragen dat er minder uren worden geleverd of dat verrichtingen voorkomen kunnen worden omdat mensen zelf taken op zich nemen of omdat taken van zorgmedewerkers vervangen worden door technologische middelen in de vorm van software of apparatuur. In feite beogen deze toepassingen dus zorg goedkoper te maken, maar leiden die ertoe dat een aanbieder wel kosten heeft om de innovaties mogelijk te maken en te exploiteren, maar de inkomsten misloopt omdat er geen arbeid meer verricht wordt die een betaaltitel kent. Succesvolle e-health leidt zo tot hoge investeringen en tot lagere omzet van de aanbieder, wat weer leidt tot een korting van het budget in latere jaren. Daardoor wordt het eerdergenoemde effect dat de winst wordt afgeroomd versterkt en kunnen investeringen niet terugverdiend worden. Hierbij speelt als extra omstandigheid dat e-health vaak gevolgen heeft voor de personele bezetting, dat het tot onrust onder medewerkers kan leiden en dat het bovendien (transitie)kosten met zich mee kan brengen om een sociaal plan en/of opleiding van medewerkers mogelijk te maken.

Ten vijfde sturen zorginkopers bij innovatie vooral op doelmatigheid binnen de organisatie en niet binnen het brede domein van zorg en ondersteuning. Dit terwijl veel innovaties mogelijk besparingen elders in de keten opleveren. Een voorbeeld is dat ouderen die in een verpleeghuis wonen met e-health mogelijk minder snel opgenomen hoeven te worden in een ziekenhuis. De investering wordt binnen de Wlz gedaan, maar de opbrengst valt binnen de Zvw. Een ander voorbeeld is dat een wijkverpleegkundige met behulp van e-health er mogelijk voor kan zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen en minder snel naar een verpleeghuis hoeven. Hier vindt de investering plaats binnen de Zvw, maar de opbrengst valt in de Wlz.

Kort gezegd betekenen deze redenen, hoofdzakelijk gebaseerd op sturingsmechanismen die specifiek zijn voor de zorgsector, dat de vergelijking met andere sectoren waarin ICT wordt ingezet al snel mank gaat. Immers, in andere sectoren kunnen organisaties zelf besluiten om te investeren en de kosten daarvan via winst in latere jaren terugverdienen. Ook worden ze door concurrentie gedwongen om investeringen te doen, omdat anders klanten weglopen. Dat speelt in de zorgsector veel minder.

Als oplossingsrichtingen hebben gesprekspartners diverse mogelijkheden aangereikt, die variëren van het terugbrengen van de oude zorginfrastructuur om investeringen in technologie te bekostigen en het benoemen van tarieven voor e-healthactiviteiten tot het volledig sturen op uitkomsten in meerjaren overeenkomsten. In alle gevallen zoeken de partijen – zowel aan de inkoop- als aan de verkoopzijde – naar incentives die er enerzijds toe moeten leiden dat de kosten niet stijgen ('e-health mag niet boven op de huidige zorgkosten komen'), maar die anderzijds wel aanzetten tot investeringen in e-healthimplementaties door zorgaanbieders ('je moet niet gestraft worden om e-health in te voeren want dan blijven partijen traditioneel gedrag vertonen en komen pilots niet verder'). Ook is men het erover eens dat in elk geval eenvoud gewenst is in de regelingen die er zijn, want hier ervaart men nu veelal complexiteit. Dit terwijl partijen vanuit de overheid het signaal krijgen dat 'alles in feite kan', maar zorgaanbieders en inkopers er onvoldoende gebruik van maken. Een conclusie is dat tussen deze beweringen over wat er kan versus wat er gebruikt wordt in elk geval over en weer geen helderheid is.

2. *Belemmeringen in wet- en regelgeving*

Vanwege de collectieve financiering van zorg en ondersteuning is de zorgsector voor een belangrijk deel sterk gereguleerd. Om invulling te geven aan deze regulering zijn er centraal normen, standaarden en richtlijnen vastgesteld, zijn er prestaties en profielen opgesteld en is er een betaaltitel nodig om voor vergoeding in aanmerking te komen. Als basis voor deze standaardisering dient het bestaande model, zoals de zorg nu ingericht is. Nieuwe manieren van werken passen hier niet goed in en vergen een aanpassing van de regulering. Dit is een moeizaam en stroperig proces, wat in principe altijd achterloopt op de veranderende werkelijkheid. Hierbij geldt dat er binnen de zorg en ondersteuning een sterke nadruk ligt op rechtmatigheid. Zorginkopers zijn gehouden aan inkoopregels, maar blijken zelf in het inkoopproces met name te sturen op processen die het aantal regels nog meer doen toenemen.

Overigens worden inkoopregels in de praktijk regelmatig ten onrechte gebruikt als argument dat innovatie niet ingekocht kan worden. Zo blijkt nu virtuele zorg wel ingekocht te mogen worden, hoewel veldpartijen roepen dat het niet mogelijk zou

zijn. Uit de gesprekken die de Raad heeft gehouden in het kader van het advies over inkoop en sturing, blijkt dat veel mogelijk is wanneer persoonlijke relaties goed zijn en partijen bereid zijn zich in te spannen om dit te regelen. Echter, deze persoonlijke trajecten zijn per definitie moeilijk schaalbaar, en bovendien heerst er op meerdere plaatsen ook het *not invented here*-syndroom: men vermijdt het gebruik van bestaande producten, standaarden of kennis vanwege de externe origine of kosten. Van succesvolle voorbeelden wordt dan ten onrechte niet geleerd omdat men ze niet door vertaalt.

Een op zich positieve ontwikkeling voor innovatie is dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) steeds vaker in beleidsregels niet exact alles voorschrijft en regelruimte laat. Vervolgens is het wel aan partijen om hiermee aan de slag te gaan en daar hun eigen prestaties op te formuleren. Doordat het formuleren van eigen prestaties in de praktijk vaak complex en ingewikkeld is, nodigt dit aanbieders en inkopers niet uit om hierop in te zetten.

3. Belemmeringen in de sector zelf

Ook binnen de sector zelf – los van het inkoopproces en de wet- en regelgeving vanuit de overheid – zijn er belemmeringen voor de implementatie van e-health.

Ten eerste vraagt implementatie van e-health van zorgaanbieders enorm veel inzet, daadkracht, motivatie en geld. Zorgaanbieders kunnen echter niet zomaar hun businessmodel aanpassen. Het laten afvloeien van medewerkers is niet gemakkelijk en is vanwege cao-bepalingen een zware investering. Zorgaanbieders geven aan dat ze overladen worden met transities, programma's en wettelijke aanpassingen die veel tijd en aandacht vergen, waardoor er onvoldoende tijd en aandacht is voor het implementeren van innovaties, zoals e-health.

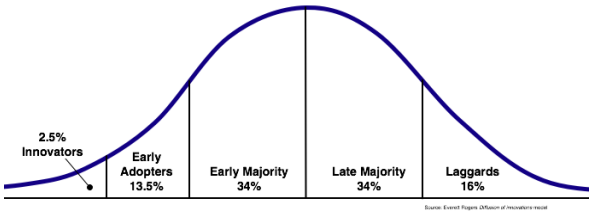
Ten tweede blijkt uit de gesprekken dat verandering binnen de zorgsector vaak niet goed gemanaged wordt en daardoor moeizaam of niet van de grond komt. Zo worden patiënten en professionals regelmatig niet goed betrokken bij de implementatie van innovaties, terwijl zij uiteindelijk wel degenen zijn die op een nieuwe en vaak andere manier moeten werken. Tijd voor experimenteren, uitproberen of zelfs meedenken is er maar beperkt, omdat productie bij veel organisaties centraal staat. Voor een succesvolle toepassing van e-health is het van belang dat ook professionals deze vernieuwing als een verbetering ervaren en de noodzaak ervan in zien. Professionals vragen zich af wat de nieuwe technologie en/of nieuwe manier van werken betekent voor de kwaliteit van de zorg (is deze wel veilig, en mag het wel?) en voor het werkplezier, en wat het behelst voor hun inkomsten en baan. Er blijkt bovendien vaak te weinig tijd om zich nieuwe werkwijzen eigen te maken of zelfs daarvoor een training te volgen. Professionals zijn opgeleid om volgens het model van *evidence based medicine* te werken, terwijl er geen of beperkte bewijzen zijn dat e-health tot betere zorg leidt of kosteneffectief is. Professionals lopen aan tegen zaken die in de praktijk niet blijken te werken en die voorkomen hadden kunnen worden wanneer zij goed bij de implementatie van e-health betrokken waren geweest. Soms hebben ze al meerdere mislukte verandertrajecten en reorganisaties meegemaakt en hebben ze – hoewel de implementatie van e-health een ander soort traject is – twijfel of het deze keer wel gaat werken.

Ten derde constateert de Raad dat – mede door de politieke invloed op de zorg en op de budgetten – de ruimte voor risicokapitaal en nieuwe toetreders kleiner is dan

in andere sectoren. Financiers zullen alleen bereid zijn om risico te nemen als hier ook een hoger verwacht rendement tegenover staat. Binnen de zorg is er echter geen of slechts beperkt (politiek) draagvlak voor het maken van rendement (winst) en hoge beloningen. In andere sectoren zijn de grootste innovaties niet van bestaande partijen gekomen, maar van nieuwkomers zoals Booking.com, Airbnb en Uber. Binnen deze sectoren konden sommige bedrijven niet mee komen en die zijn uiteindelijk verdwenen. Binnen de zorg wordt zo'n dynamiek als minder wenselijk gezien. Gesprekspartners wijzen op risico's, bijvoorbeeld door de komst van nieuwe aanbieders: dat brengt meer zorgconsumptie en zo hogere zorgkosten met zich mee, het 'kannibaliseert' de bestaande zorginfrastructuur en kan leiden tot (tijdelijk) baanverlies voor werkers in de zorg. Ook wordt gewezen op het belang van een gelijk speelveld voor bestaande en nieuwe aanbieders: voor bestaande aanbieders is het vanwege eerder genoemde kosten – om personeel te laten afvloeien of bestaande infrastructuur af te schrijven – moeilijker dan voor nieuwe partijen om te innoveren. Aan de andere kant staan hier evengoed voordelen voor bestaande partijen tegenover: ze hebben al een marktaandeel en kunnen zich beroepen op bestaande infrastructuur, personeel en opgebouwde kennis die nieuwe aanbieders nog moeten opbouwen.

4. *Weinig vooroplopende patiënten en dus relatief weinig early adopters*

Een belangrijke stimulans voor de implementatie van e-health kan, ten slotte, komen vanuit patiënten en cliënten. In andere sectoren stappen mensen massaal over naar (mobiel) internetbankieren, boeken ze reizen via internet en doen online aankopen. Mensen zien hiervan grote voordelen: het kost minder tijd en kan op ieder gewenst moment en op elke plek worden gedaan, het geeft meer keuzevrijheid en wordt vaak goedkoper, en mensen houden zelf de regie in handen. Het valt de Raad op dat binnen de zorg en maatschappelijke ondersteuning patiënten en cliënten nauwelijks op de hoogte zijn van de voordelen van e-health. Uiteraard zijn er de 'innovatoren' die alles uitproberen en steevast voorop lopen, maar de groep die nodig is om de brug van pilot naar brede toepassing te slaan, de *early adopters,* lijkt te ontbreken.



Bron: Rogers, E.M. (1995)

Hierbij spelen ook psychologische barrières. Patiënten en cliënten, maar ook professionals, zijn eerder geneigd de zorg zoals ze die nu ontvangen dan wel geven, te verkiezen boven een nieuw alternatief, ook al biedt dit potentieel voordelen (de zogenoemde *status quo bias*). We horen vanuit het veld dat wanneer patiënten en professionals over de streep worden getrokken, door bijvoorbeeld e-health de standaardoptie te maken (te nudgen), een groot deel heel tevreden is en niet meer terug wil naar de situatie van voor de e-healthinnovatie. Een voorbeeld is de digitale kinderwenspoli van het Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ). Het Centrum Voortplantingsgeneeskunde van het JBZ nodigt alle patiënten standaard uit om lid te worden van de digitale poli en de intake loopt in principe digitaal. Patiënten kunnen nog wel een fysiek formulier meenemen naar de poli, maar de default is

digitale registratie. Op deze manier maken alle patiënten kennis met de voordelen die de poli biedt, zoals de mogelijkheid om professionals online vragen te stellen en ervaringen te delen. De tevredenheid van patiënten over de poli is groot (www.jeroenboschziekenhuis.nl).

Een belangrijke vraag is wat patiënten en cliënten eigenlijk hebben aan e-health. Het kan veel voordelen bieden: het zorgt voor direct contact met de professional en betekent minder reistijd, meer eigen regie en een veiliger gevoel, en het voorkomt mogelijk ziekenhuisopnames. Maar er zijn mogelijk ook nadelen: het gemis van persoonlijke contact, de ongeschiktheid voor mensen met minder digitale vaardigheden, en (vermeende) privacy-issues. Door patiënten en cliënten zullen deze voordelen en nadelen echter verschillend gewogen worden. Zo zullen drukbezette mensen mogelijk een e-consult bij de huisarts heel fijn vinden omdat zij hierdoor tijd besparen, terwijl anderen het misschien juist prettig vinden om even voor een consult naar de huisarts te gaan. De ene patiënt kan prima uit de voeten met het communiceren via beeldschermbellen, terwijl een andere patiënt liever langsgaat. De ene patiënt wil graag zijn eigen medische waarden meten, terwijl een ander liever heeft dat de verpleegkundige dit doet.

Kortom, de afweging of e-health een toegevoegde waarde heeft, is persoonlijk en zal tussen patiënten/cliënten blijven verschillen. De verwachting is dat meer 'pull-kracht' en meer betrokkenheid van patiënten die actief om e-health (durven te) vragen, een flinke impuls zullen geven aan de grootschalige implementatie en toepassing van e-health. Bovendien kan dit de regie vergroten bij patiënten/cliënten die het willen, bijvoorbeeld omdat zij zelf hun dossier kunnen inkijken en beheren en het hen mogelijkheden biedt voor moderne vormen van dienstverlening met minder tijd- en plaatsgebonden behandelingen. De explosieve opkomst van consumenten-e-health – zoals apps voor de smartphone, wearables (mobile health of m-health) en platforms – kan daarbij ook als vliegwiel werken (RVZ 2015). Patiënten en cliënten dwingen zo in feite zorgaanbieders en zorgprofessionals om gebruik te maken van ICT in het zorgproces.

Het blijkt dat bij de acceptatie van e-health als mogelijkheid van zorg, naast de initiële bereidheid van de patiënt zelf, ook de houding van professionals over e-health een belangrijke factor is, omdat zij een relevante rol spelen in het aan patiënten aanbieden (en aanbevelen of afraden) van deze vorm van zorg (Dohmen 2012). Zoals eerder opgemerkt bestaan ook tussen professionals grote verschillen die van invloed zijn op het al dan niet werken met e-health. Maar zij zijn niet de enigen die invloed hebben op de bereidheid van patiënten. Ook de houding van zorgverzekeraars speelt een rol in het verbreiden van e-health. Die kunnen actief op digitalisering inzetten, bijvoorbeeld door positieve financiële prikkels te creëren voor zorgaanbieders of patiënten, door e-healthdiensten actief te ontwikkelen of speciale polissen voor zorg aan te bieden met het oog op e-health (zie bijvoorbeeld https://www.hioscar.com).

Vanuit het belang van pluriformiteit is het belangrijk dat patiënten/cliënten kunnen kiezen of zij wel of geen gebruik maken van e-health. Dit is in andere sectoren niet anders. Consumenten kunnen nog steeds fysiek naar de bank, een reis boeken via het reisbureau of naar de fysieke winkel gaan. Wel is het zo dat, doordat steeds minder mensen daar gebruik van maken, de fysieke infrastructuur van dienstverlening en daarmee de keuze voor mensen voor de niet-e-variant steeds beperkter wordt. Op een gegeven moment wordt e-health de norm en niet meer de uitzondering. Daar gaat een dwingende werking van uit, maar die gaat nu evengoed uit van de huidige situatie waarin fysieke zorg de norm is. Het behoud van

keuzevrijheid zal specifiek in de zorg daarom altijd een aandachtspunt dienen te blijven. Ook omdat er patiënten blijven die niet over voldoende mogelijkheden en competenties beschikken om met e-health om te gaan.

Wat ten slotte binnen de zorg en maatschappelijke ondersteuning anders is dan in andere sectoren, is dat toepassing van e-health in de zorg voor patiënten/cliënten zelf financieel niets oplevert. Zorg wordt voor hen meestal niet direct goedkoper, want zij dragen immers zelf niet of slechts maar ten dele de kosten ervan. Zij zullen daarom mogelijk minder snel kiezen voor een nieuwe vorm van zorg die voor de sector als geheel weliswaar goedkoper kan zijn, maar voor hen ongeveer dezelfde voordelen biedt als de oude duurdere optie.

Enkele in de gesprekken aangehaalde voorbeelden van veelbelovende e-health-initiatieven

KSYOS **TeleGGZ** ondersteunt de huisarts en de POH-GGZ in de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische klachten in de eerste lijn. TeleGGZ is geïntegreerd met elk HIS, bestaat uit vier modules en is flexibel inzetbaar: tele-indicatie, telebegeleiding, teleconsultatie en televerwijzing. Middels de module POH-GGZ kunnen huisartsen de extra uren die nodig zijn gefinancierd krijgen, en voor patiënten zijn er geen kosten. Er blijkt door de overheid en zorgverzekeraars budget vrijgemaakt te worden ofwel verschoven te worden naar de eerste lijn. Door het verschuiven van budget naar de eerste lijn door de overheid en zorgverzekeraars is KSYOS TeleGGZ in twee jaar tijd via de huisarts beschikbaar gekomen voor meer dan 3 miljoen Nederlanders.

Bij **HartWacht** kunnen hartpatiënten van Cardiologie Centra Nederland (CCN) hun dossier inzien, worden zij op afstand gemonitord en kunnen zij 24/7 (video)contact met CCN hebben als er iets is. Via de cVitals app die gekoppeld is aan het dossier krijgen patiënten op basis van een medisch programma opdrachten om op gezette tijden hun vitale waarden zoals bloeddruk, gewicht en ritmestroken in te sturen via gekoppelde meetapparatuur. "Signaleert het systeem uit analyse van de metingen dat er iets aan de hand is of voelt de patiënt zich onzeker, dan wordt het medisch callcenter van CCN gewaarschuwd en is er videocontact. Mocht daar aanleiding toe zijn, dan kan de patiënt direct terecht bij één van de lokale CCN-klinieken." Verzekerden van Zilveren Kruis krijgen de zorg vergoed die in 2017 bij alle klinieken van CCN en hun partners beschikbaar komt.

In het kader van zelfregie en zelfredzaamheid heeft Philadelphia de zaken omgedraaid: van zorgaanbod naar zorgvraag. Met andere woorden, de cliënten geven aan wanneer zij ondersteuning of advies wensen. Dan kunnen zij **Digicontact** bellen, 24 uur per dag. De uurprijs van een medewerker die op bezoek gaat bij een cliënt is lager dan de uurprijs van een Digicontact-medewerker (professioneler: zorg- en ICT-kennis, 24 uur, en ICT-infrastructuurkosten). Echter, vroeger bezocht een medewerker een cliënt bijvoorbeeld gemiddeld drie keer per week, dus drie uur; nu met Digicontact geeft de cliënt dit aan en kan bijvoorbeeld vijf keer per week een telefoongesprek van gemiddeld tien minuten volstaan, dus 50 minuten per week. Dit is dus goedkoper voor de gemeente én meer passend bij de visie op zelfredzaamheid. Bij de traditionele bekostiging van p*q (uurtje factuurtje) is de e-health-oplossing voor de zorgaanbieder verliesgevend, terwijl bij bijvoorbeeld traject- of resultaatfinanciering de gemeente goedkoper uit is en de cliënten tevredener zijn.

Bij de **Patient Journey App** worden patiënten (en hun naasten) actief gewezen op alle belangrijke informatie en activiteiten rondom hun behandeling - op het moment dat relevant is. De app wordt ingezet binnen onder andere orthopedie, oncologie, gynaecologie, oogheelkunde en plastische chirurgie. Inmiddels maken 30 ziekenhuizen in Nederland gebruik van de app. In 2016 is de app door tienduizenden patiënten gebruikt en zijn er meer dan 1,5 miljoen push notificaties verzonden. Patiënten waarderen de app gemiddeld met een 8 tot een 9. Vanaf 2017 is de persoonlijke versie van de app beschikbaar. Met deze variant kunnen informatie, vragen en afbeeldingen via de app direct naar de zorgverlener verstuurd worden.

Huisartsenpraktijk **Westerdokters** van Vladan Ilic is volledig gedigitaliseerd. Via de webapplicatie kunnen patiënten online een afspraak maken, herhaalrecepten bestellen, vragen stellen, een telefonisch consult met de arts boeken, uitslagen en onderzoeken ontvangen en chatten met de praktijk. De praktijk heeft twee locaties met een virtuele receptie. De telefonische triage wordt door een arts gedaan, waardoor de tijd voor een consult tijdens het spreekuur verdubbeld is.

iMediSense is een nieuwe applicatie voor telemonitoring bij hartfalen. Patiënten krijgen een weegschaal, een bloeddrukmeter en een tablet mee naar huis. Hiermee meten en registreren zij dagelijks hun gewicht, bloedslag en hartslag. Dit geeft zowel de patiënt als de specialisten een goed beeld van de ontwikkeling van hartfalen en het bevordert zelfzorg. Ook kunnen patiënten een bericht sturen als zij klachten hebben. Het behandelteam kan patiënten informeren over de nodige acties zoals bijstelling van medicijnen en dieet. Het betreft een samenwerking van ZGT (Ziekenhuisgroep Twente), Thales, Vodafone en Universiteit Twente.

5. Conclusies

De zorgsector heeft specifieke kenmerken en omstandigheden in vergelijking met andere sectoren. Hoewel adequaat onderzoek hiernaar ontbreekt, dragen de collectieve organisatie van zorg en maatschappelijke ondersteuning en de hiermee samenhangende (financiële) sturingsmechanismen en regulering er waarschijnlijk aan bij dat innovaties in de zorg trager van de grond komen dan in andere sectoren. De Raad concludeert evenwel, mede op basis van de signalen uit het veld, dat er op het terrein van inkoop en innovatie van e-health barrières zijn te onderkennen die de implementatie van e-health mogelijk vertragen of zelfs in de weg staan.

De belangrijkste conclusies van de RVS zijn:

1. E-health is geen doel op zich, maar moet worden gezien als een middel om de zorg voor patiënten/cliënten te verbeteren. De effecten ervan op de (kosten van) zorg zijn lang niet altijd vooraf bekend. Het kan zorg efficiënter maken en zorgvragen voorkomen, maar het kan ook medicalisering in de hand werken (zie ook RVZ 2015).

2. Zowel zorgaanbieders als zorginkopers ervaren problemen in de bekostiging van e-health, met name in relatie tot het kunnen terugverdienen van initiële investeringen die e-health vergt. Deze problemen worden grotendeels veroorzaakt door disbalans tussen investeringen, zekerheden en beoogd effect op de korte termijn versus de langere termijn.

3. Met (grootschalige) implementatie van e-health schieten zorgaanbieders zichzelf in de voet, omdat de vergoeding van de geleverde zorg wordt berekend op basis van contacttijd of het aantal verrichtingen, terwijl veel e-health als doel heeft juist de contacttijd of aantal verrichtingen terug te brengen.

4. ICT-systemen die in de zorg gebruikt worden, zijn veelal 'gesloten' en er wordt niet of onvoldoende van uniforme standaarden gebruik gemaakt. Hierdoor ontbreekt de mogelijkheid om eenvoudig data uit te wisselen of data (onder regie van de patiënt) te delen met de patiënt zelf en/of met andere zorgverleners of tussen e-health applicaties. Dit belemmert grootschalige implementatie omdat e-health naast de bestaande systemen komt te staan en ICT-integraties en het beheer ervan erg kostbaar zijn.

5. E-health draagt bij aan het gevarieerder maken van keuzemogelijkheden voor patiënten. Er is echter nog een relatief grote onbekendheid met de mogelijkheden van e-health. Zorgaanbieders bieden het niet aan; patiënten vragen er niet om. Hierdoor ontbreekt de groep early adopters, waardoor e-health onvoldoende de kans heeft om zijn potentie te bewijzen.

6. Commitment van professionals is cruciaal om tot bredere toepassing van e-health te komen. Toch blijkt dit een uitdaging. Enerzijds omdat e-health er in bepaalde gevallen toe leidt dat professionals ontslagen worden of dat er heel andere competenties van mensen gevraagd worden, anderzijds omdat professionals onvoldoende ruimte krijgen om te experimenteren, te onderzoeken of nieuwe werkwijzen aan te leren. Zorgaanbieders ervaren momenteel geen prikkels, en dit werkt behoudend gedrag in de hand.

7. Successen van het huidige stelsel werpen een drempel op voor innovatie en voor nieuwe toetreders. De vraag is of het verstandig is om geduld op te brengen in de verwachting dat succesvolle e-healthtoepassingen uiteindelijk ook binnen de zorg wel hun weg vinden, of te onderzoeken of het mogelijk is om met beleid versnelling van implementatie van goede e-healthinitiatieven te sturen. Hierbij bestaat evengoed de kans – gegeven de onvoorspelbaarheid van innovaties – dat overheidsbeleid faalt en op het verkeerde paard gewed wordt. Erachter komen wat wijsheid is, vergt waarschijnlijk per situatie een andere afweging.

6. Aanbevelingen

De Raad concludeert dat veelbelovende e-health sneller en breder toegepast kan worden wanneer overheid, zorgaanbieders, zorginkopers en zorgprofessionals meer oog hebben voor en rekening houden met de weerbarstige praktijk van het implementeren. Het succesvol vervlechten van veelbelovende e-healthinnovaties met de bestaande praktijk van zorg en maatschappelijke ondersteuning, inclusief de wijze waarop deze in Nederland bekostigd wordt, vergt veel gezamenlijke inspanningen van verschillende partijen. Hierbij moet altijd de vinger aan de pols gehouden worden. Een veelbelovende innovatie kan immers anders dan verwacht uitvallen of bij nader inzien niet tot een verbetering leiden. Het is belangrijk dat de overheid partijen in staat stelt om te innoveren in de zorg en maatschappelijke ondersteuning, en de verleiding weerstaat om dit zelf te doen of te sturen.

De Raad doet een aantal concrete aanbevelingen:

Rijksoverheid

1. ***Neem het initiatief om in hoofdlijnenakkoorden met veldpartijen concrete afspraken te maken over de implementatie van e-health***. Dit geeft richting aan zorgaanbieders en zorginkopers voor het maken van meerjarige afspraken over investeringen in e-health en biedt houvast om op een verantwoorde manier de zorg anders in te organiseren. In deze akkoorden kunnen partijen afspraken maken over onderstaande aanvullende voorgestelde maatregelen. Psychologische barrières bij burgers en professionals die de overstap naar e-health kunnen belemmeren verdienen de aandacht.

2. ***Geef partijen (meerjarig) ruimte en (financiële) zekerheid*** zodat aanbieders en inkopers tot afspraken voor de langere termijn over investeringen kunnen komen.
    a. *Zorg voor bekostigingsprincipes die niet op uren of verrichtingen gebaseerd zijn, maar op alternatieven zoals uitkomsten of gerealiseerde waarden in de zorgketen.* Hierbij kan gedacht worden aan lumpsum-, traject- of resultaatfinanciering.
    b. *Stel (tijdelijke) prestaties in voor e-healthactiviteiten waar succesvolle pilots blijven steken en grootschalige implementatie stagneert.* Op deze wijze wordt het maken van afspraken tussen inkopers en aanbieders over e-health gemakkelijker en aantrekkelijker. In deze prestaties kan, als extra mogelijkheid naast vergoeding voor een bewezen kosteneffectieve e-healthactiviteit, ook een investeringsvergoeding worden meegenomen voor organisatorische of technische infrastructuur, waardoor een zorgaanbieder gecompenseerd wordt voor extra investeringen in

het kader van de transitie die hij momenteel niet kan terugverdienen.

c. *Neem ervaren belemmeringen in wet- en regelgeving weg*. Het gaat hier niet alleen om daadwerkelijke belemmeringen, maar ook om percepties bij de implementatie van e-health dat iets niet mogelijk of heel complex is. Daarnaast zien we dat wet- en regelgeving een replicerende werking heeft, doordat inkopers, zorgaanbieders en professionals wet- en regelgeving zelf interpreteren en doorvertalen in hun eigen handelen.

3. ***Realiseer een 'e-health snelweg' door aanbieders en leveranciers van ICT-systemen in de zorg en maatschappelijke ondersteuning te verplichten dat data uit de verschillende systemen gemakkelijk uitwisselbaar zijn en met respect voor de privacy onder regie van de patiënt gedeeld kunnen worden en dwing dit af via (bestaande) wetgeving of richtlijnen***. Daardoor weten alle partijen wat er van hen zonder vrijblijvendheid verwacht wordt, zodat patiëntgegevens gemakkelijk meervoudig gebruikt, ingezien of verrijkt kunnen worden (o.a. door de patiënt zelf), systemen onderling gekoppeld kunnen worden en e-health applicaties van derden geïntegreerd kunnen worden in de de ICT-infrastructuur van zorgaanbieders. Meer specifiek:
    a. *Verplicht leveranciers van informatiesystemen (zoals ZIS, HIS, TIS, AIS, KIS) om open koppelvlakken te realiseren*, bijvoorbeeld in de vorm van open API's zoals in veel sectoren gebruikelijk is, zodat eenvoudige koppeling tussen systemen mogelijk is.
    b. *Vermijd het ontwikkelen van volledig nieuwe, alleen in Nederland toepasbare standaarden, maar sluit aan bij standaarden die er al zijn* en die internationaal toegepast worden aansluitend bij wat onder meer in het Informatieberaad besproken wordt (een voorbeeld is het MedMij Afsprakenstelsel dat momenteel in ontwikkeling is).
    c. *Bespreek – in navolging van het vorige – met leveranciers de realisatie van een aantal 'centrale voorzieningen' die open worden opgezet als basis infrastructuur*, zodat iedereen er gebruik van kan maken met behulp van 'open stekkers'. In die pre-concurrentiële centrale voorzieningen zitten dan zaken die overal nodig zijn, zoals een adresboek (bijvoorbeeld op basis van BIG), data-uitwisseling voor apps, en elementen en verbinding met het LSP.
    d. *Verplicht bedrijven die in Nederland actief zijn en (indirect) vanuit publiek geld betaald worden, om hun data kosteloos te delen met ten minste de patiënt*. Een voorbeeld is de Deense of Estlandse overheid, die leveranciers van informatiesystemen verplicht hun data beschikbaar te maken ten behoeve van een landelijk patiëntendossier of Persoonlijk Gezondheid Dossier (PGB) waar de gegevens door patiënten ingezien kunnen worden, gedeeld kunnen worden met zorgverleners en/of verrijkt kunnen worden met eigen gegevens (zoals uit e-health Apps).
    e. *Organiseer doorzettingsmacht om de afspraken binnen een vast tijdsbestek ook daadwerkelijk af te dwingen*. De Raad denkt dat de doorzettingsmacht via het Zorginstituut georganiseerd kan worden, vergelijkbaar aan de afspraken rondom kwaliteitskaders.

De Raad denkt dat de rijksoverheid met deze aanbevelingen het veld in beweging kan krijgen. Maar uiteindelijk ligt de verantwoordelijk voor de daadwerkelijke implementatie van e-health bij veldpartijen. De Raad beveelt hen in dit kader het volgende aan:

Zorgaanbieders en zorginkopers (zorginkoop)

1. ***Kom gezamenlijk tot een gedeelde langetermijnvisie op de wijze waarop zorg en/of maatschappelijke ondersteuning moet worden verbeterd door middel van e-health, en maak op basis van deze visie meerjarenafspraken over de financiering***. Durf daarin verder te gaan dan incrementele innovatie of innovatieve projecten, en biedt actief nieuwe zorgmogelijkheden en processen aan. Op basis van een gedeelde visie kunnen meerjarenafspraken gemaakt worden over de financiering van innovaties, zoals het omgaan met kosten die vooruitlopen op de opbrengsten en de gevolgen van eventuele boventalligheid van medewerkers. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van zogenaamde *shared savings* of andere nieuwe businessmodellen. Meer specifiek:
    a. *Erken hierbij dat innovatie gepaard gaat met onzekerheid en er ook kans is dat het anders uitvalt*. Houd hier ook rekening mee en durf bij de inkoop ook ruimte te geven aan vernieuwingen waarvan de effecten op de kosten niet altijd direct zichtbaar zijn.
    b. *Betrek bij het opstellen van de visie patiënten/cliënten en zorgprofessionals, en neem hun wensen en ideeën mee*. Geef professionals binnen de organisatie de ruimte om te exploreren hoe zij de zorg middels de innovatie kunnen verbeteren.
    c. *Volg de verplichting ten aanzien van de 'e-health snelweg' door deze actief op te leggen aan toeleveranciers en bij eigen ontwikkelingen.*

    Zorginkopers:
    d. *Ga niet op de stoel op van de aanbieders zitten en weersta de verleiding om te vertellen hoe deze moeten innoveren*. Wel kunnen inkopers succesvolle voorbeelden verspreiden, zodat geleerd kan worden en het wiel niet opnieuw uitgevonden hoeft te worden.
    e. *Zoek - daar waar de zogenaamde schottenproblematiek speelt – andere inkopers op*. Inkopers moeten samenwerken en kijken hoe over schotten heen zorg en ondersteuning verbeterd kunnen worden.
    f. *Geef nieuwe, veelbelovende, innovatieve zorgaanbieders de ruimte* om te kunnen groeien zonder de continuïteit van zorg voor patiënten en cliënten uit het oog te verliezen.

2. ***Verleid en stimuleer patiënten en cliënten om gebruik te maken van digitale zorg door hen (financiële) voordelen te bieden***. Zorgaanbieders kunnen veelbelovende e-health als standaardoptie aanbieden, en fysieke zorg als alternatief. Zo wordt de patiënt/cliënt met de zachte hand gestimuleerd om gebruik te maken van e-health, maar blijft het mogelijk voor patiënten/cliënten om te kiezen voor fysieke zorg. Zorginkopers kunnen patiënten en cliënten informeren over de mogelijkheden van nieuwe technologieën en hen verleiden hiervan gebruik te maken. Daar waar e-health leidt tot lagere kosten, kan dit voordeel (deels) worden teruggegeven aan patiënten en cliënten, bijvoorbeeld door het eigen risico of eigen bijdrage deels kwijt te schelden bij het gebruik van digitale zorg of een korting op de premie geven. Ten slotte zouden zorgverzekeraars bestaande platforms en puntensystemen kunnen benutten en een aparte, op digitalisering gerichte verzekeringspolis kunnen invoeren, zoals in het buitenland al succesvol wordt toegepast.

Zorgprofessionals en patiënten/cliënten (zorgrelatie)

1. ***Maak het gebruik van e-health binnen de zorgrelatie bespreekbaar***. Professionals kunnen patiënten stimuleren om gebruik te maken van e-health wanneer dit voor hen voordelen kan hebben. Patiënten kunnen actief vragen om e-health en wanneer dit bij hen past.

2. ***Verhoog de kennis over (on)mogelijkheden van e-health bij zowel patiënten als bij professionals***. Patiëntenverenigingen kunnen de kennis over mogelijkheden van e-health verspreiden. Zo kunnen zij succesvolle e-health-initiatieven bekendmaken, zodat patiënten weten welke keuzemogelijkheden er zijn en vooral ook waar ze deze mogelijkheden kunnen krijgen (bij welke aanbieders) en welke verzekeraars deze vergoeden. Overwogen kan worden om deze informatie op te nemen op de vergelijkingssite Zorgkaart Nederland.

3. ***Participeer in onderzoek om effecten te valideren en wetenschappelijk aan te tonen zodat die in richtlijnen verwerkt kunnen worden***. Zowel professionals als patiënten worden geadviseerd actief te participeren in onderzoek om de effecten van e-health op kwaliteit, servicegerichtheid en kosten van zorg verder te onderbouwen. Ondanks de vele beloften ontbreekt veelal gedegen wetenschappelijk onderzoek en dat is een gemiste kans.

De Raad denkt dat deze aanbevelingen ertoe leiden dat veelbelovende innovaties binnen de zorg en ondersteuning eerder toegankelijk worden voor een brede groep patiënten en cliënten. Maar de verwachting dat het heel snel zal gaan is niet realistisch. Van belang hierbij is dat e-health een middel is dat toegepast kan worden om de zorg te verbeteren en dat tot digitaal ondersteunde zorgprocessen leidt, maar geen doel op zich is. Innovatie vergt kleinschalig experimenteren en leren. E-health vergt vervlechting met de bestaande praktijk, waardoor nieuwe vormen van zorg en ondersteuning ontstaan. E-health zou daarbij méér moeten zijn dan een activiteit om de zorgkosten te beheersen. Het gaat erom ook in de toekomst voor patiënten en cliënten de beste zorg en dienstverlening te bieden.

Literatuur

Dohmen, D.A.J. (2012). *De 'e' van eHealth. Juiste energie voor optimale implementatie van moderne technologie in de zorg thuis.* Thesis. Enschede: Universiteit Twente.

MiniDenkTank (2016). *E-health.* Rapport Nationale Denktank. Achtergrondstudie https://www.raadrvs.nl/

Nictiz (2016). *Rapportage eHealth-doelstellingen 2016.* Den Haag: Nictiz.

Rogers, E.M. (1995). *Diffustion of innovations*. Fourth edition. New York: Simon and Schuster.

RVS (te verwachten). *Inkoopsafari. Verkenning van de praktijk van zorginkoop.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

RVZ(2002). *E-health in zicht.* Zoetermeer: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2014). *Patiënteninformatie.* Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2015).*Consumenten-eHealth*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

TK 2013/2014. *Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over e-health en zorgverbetering van 2 juli 2014*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 27529, nr. 130.

VWS (2016). *Voortgangsrapportage e-health en zorgvernieuwing.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Geraadpleegde deskundigen

Expertmeeting over organisatorische innovatie, 1 juli 2016

Hans van Putten	Thomashuizen en Herbergier
Ard Leferink	Buurtzorg Nederland
Ruud Klarenbeek	JP van den Bent stichting
Igor Tulevski	Cardiologie Centra Nederland
Mariska de Groot	Medisch Spectrum Twente

Expertmeeting over technologische innovatie, 19 juli 2016

Erik Booden	Het LangeLand Ziekenhuis
Christ-Jan Danen	Thuiszorg West-Brabant
Sebastiaan Delissen	Menzis
Gitta Gallé	Deventer Ziekenhuis
Joep de Groot	CbusineZ
Rob Hoogma	Siza
Eric Janson	St. Anna Zorggroep
Harry Nienhuis	Menzis
Maarten van Rixtel	Sensire
Janneke de Schutter	Tzorg
Marc Veldhoven	ZuidZorg

Zorgprofessionals

Jannet de Visser	VerVisie
Bart van Pinxteren	Huisartsen Oog in Al
Gerard Linssen	Ziekenhuisgroep Twente
Joost Coffeng	GGZ in de wijk
Sanne Wullems	GGZ in de wijk

Bijeenkomst Mini DenkTank, 17 Juli 2016

Johanneke Tummers
Rik Plender
Thijs Bootsma
Roos van der Sterren
Frank Westhoek
Marieke Doelman
Youssef El Bouhassani
Anke Marit Albers
Dennis Ramondt
Noreen van der Linden
Jonas Voorzanger
Catherine Endtz
Linet Tanke

Dit briefadvies is onderdeel van een groter advies over zorginkoop en sturing. In het kader van dit advies voerde de Raad een uitgebreide praktijkverkenning uit (Inkoopsafari). Inzichten opgedaan tijdens deze verkenning zijn ook in dit briefadvies verwerkt. Het volledige advies over zorginkoop en sturing wordt in de eerste helft van 2017 verwacht.

Adviesvoorbereiding

Vanuit de RVS is dit advies voorbereid door een commissie bestaande uit de Raadsleden Greet Prins (commissievoorzitter), Bas Leerink, José Manshanden en Daan Dohmen en de adviseurs Bart van de Gevel en Albertine van Diepen.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) is een onafhankelijk strategisch adviesorgaan. De RVS heeft tot taak de regering en de Eerste en Tweede Kamer van de Staten-Generaal te adviseren over hoofdlijnen van de beide beleidsterreinen.

Samenstelling Raad
Voorzitter: Pauline Meurs.
Raadsleden: Daan Dohmen, Jan Kremer, Bas Leerink, José Manshanden, Liesbeth Noordegraaf-Eelens, Greet Prins, Dick Willems, Loek Winter.
Directeur/algemeen secretaris a.i.: Luc Donners.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Parnassusplein 5
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
T +31 (0)70 340 5060
mail@raadrvs.nl
www.raadRVS.nl
Twitter: @raadRVS

Publicatie 17-01
Niets in deze uitgave mag worden openbaar gemaakt of verveelvoudigd, opgeslagen in een dataverwerkend systeem of uitgezonden in enige vorm door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder toestemming van de RVS.

U kunt deze publicatie downloaden via onze website.