

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

5.1.2e

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

**Ontworpen door**

5.1.2e

Coördinerend

Beleidsmedewerker

M 5.1.2e

5.1.2e@minvws.nl

# nota

(ter voorbereiding van een overleg)

**Datum**

3 juni 2020

**Kenmerk****Zaaknummer**

Betreft Overleg 5.1.2e (NZa) & 5.1.2e  
Stimulering digitale zorg (tenzij)  
Vergaderdatum en -tijd 9 juni 2020 – 15.00-16.00 uur  
Vergaderplaats 5.1.2e

Paraaf 5.1.2e

Paraaf 5.1.2e

## 1 Aanleiding en doel overleg

Aanleiding voor het overleg is een oproep aan 5.1.2e om bij het opstarten van reguliere zorg in te zetten op versnelling van opschaling digitale zorg en op de implementatie niet zinnige zorg.

Daarnaast een mail van 5.1.2e met de oproep aan VWS om 'dwingend dan voorheen' aan koepelorganisaties en individuele zorgverleners duidelijk te maken dat zij moeten doorgaan in digitale zorg en JZOJP, met als uitgangspunt: 'wat digitaal kan, blijft digitaal en wat extramuraal kan, dat blijft extramuraal'.

Zie voor beide dialogen bijlage 1.

## 2 Deelnemers overleg

NZa:

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

(tot 15.45 uur)

VWS: 5.1.2e – Innovatie & Zorgvernieuwing

### 3 Te bespreken punten

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

Kernvraag:

Hoe kan meer gestuurd worden op 'digitale zorg tenzij' bij herstart reguliere zorg.

Kenmerk

Voor suggesties zie ook de notitie die vorige week is opgesteld voor het overleg van minister MZS en 5.1.2e met NZa van 28 mei jl. met aanknopingspunten voor sturing op 'digitale zorg tenzij' bij herstart reguliere zorg. (bijlage 2)

Tijdens het overleg met NZa bespreken **welke accenten te leggen** bij opdracht aan NZa over zinnige en digitale zorg bij herstart van zorg zoals besproken in het overleg met mMZS van 28 mei jl. (concept wordt nagezonden)

Ook is samen met collega's van de NZa een oproep opgesteld aan ROAZ-en (en andere partijen) om bij de herstart van zorg in te zetten op 'digitale zorg tenzij' om de zorg organiseerbaar te houden. (concept in bijlage 3). Tijdens het overleg kunt u afspreken wanneer deze oproep met de ROAZ-en gedeeld en vervolgens in overleggen met de NZa verder besproken wordt.

### 4 Advies en toelichting

Zoals in eigen toelichting, stukken vanuit I&Z over e-health/digitale zorg, maar ook de beweging naar juiste zorg op de juiste plek, de contourennota etc. komt naar voren dat er urgentie is om de zorg anders te organiseren, meer in hybride vormen van fysieke en digitale zorg op maat. De Covid-19 crisis is een kans 'die eens in de 20 jaar voorkomt' om deze transformatie onomkeerbaar te maken.

Gerichte actie is nu nodig, met meer regie van de overheid, maar zonder de verantwoordelijkheid over te nemen van koepels en veldpartijen en rekening houdend met de regionale context.

NB. De suggestie van 5.1.2e voor een 'transformatieopslag' is niet haalbaar omdat vrije tarieven van toepassing zijn. Wel kunnen zorgverzekeraars hiervoor kiezen en/of kan verkend worden of de nieuwe beoogde Facultatieve Prestatie in de Msz hier mogelijkheden toe biedt.

5.1.2e

5.1.2e

Bijlage 1: Dialogen met 5.1.2e en 5.1.2e

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

**Van:** 5.1.2e <5.1.2e@nza.nl>

**Verzonden:** maandag 4 mei 2020 10:57

**Aan:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minfin.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**CC:** 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>; 5.1.2e <5.1.2e@minvws.nl>

**Onderwerp:** Re: Never waste a bad crisis

Dag 5.1.2e

Dit staat uiteraard iedere dag op onze agenda. We schakelen direct met de ROAZ'ers, aanbieders, NVZ en NFU. Digitale zorg neemt een vlucht en ja we denken na (met ZN) over sturing door middel van bekostiging. Komende week nemen we weer, gezamenlijk, flinke stappen,  
Groet,

5.1.2e

Op 4 mei 2020 om 09:55:16 CEST schreef 5.1.2 5.1.2e )

<5.1.2e@minvws.nl>::

Beste mensen, ik weet dat jullie hier al hard mee bezig zijn, maar wil toch graag nog even in het bijzonder aandacht vragen voor het volgende. In het kader van opstarten van reguliere zorg zijn we ons er allemaal van bewust dat hier unieke kansen liggen als het gaat om versnelling opschaling digitale zorg en de implementatie niet zinnige zorg (gewoon niet meer opstarten). Belang hiervan was al groot in het kader van bouwen aan toekomstbestendig zorgstelsel/oplossen arbeidsmarkt probleem en is met Corona alleen maar groter geworden. Daarbij draagt digitale zorg tenzij ook nog bij aan het voorkomen van onnodige fysieke contacten tussen patient en behandelaar (1,5 meter zorg). Op papier/in de plannen die in kader van opstarten reguliere zorg worden geschreven zitten deze punten er goed in. Maar gaan we er ook in slagen daadwerkelijk voor 100% het ontstane momentum te benutten? Dus NUL niet zinnige zorg meer opstarten, alles wat op beter niet doen lijst staat ook niet meer GAAN doen? En alles wat digitaal kan ook digitaal doen? Zijn er voldoende drempels opgeworpen om te voorkomen dat we straks achterom kijken en moeten constateren dat er toch weer onnodig veel is teruggevallen in oude patronen? Dat zijn vragen waar ik mee zit. Wellicht al door jullie voldoende over nagedacht dan hoor ik het graag. Zo niet, laten we snel zorgen dat de drempels hoog genoeg worden. Ik denk ook dat we de zorgverzekeraars GEZAMENLIJK daarvoor nodig hebben. En dat we wellicht versneld (NZA) de bekostiging moeten aanpassen in de zin dat niet zinnige zorg en niet digitale zorg (als digitaal mogelijk is) niet meer gefinancierd worden.

Met vriendelijke groet,

Kenmerk

5.1.2e

5.1.2e

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

Kenmerk

Prima wat mij betreft

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

--

**Van:** 5.1.2e <5.1.2e@nza.nl>

Ik ook! Is het een idee dat we dit eens bespreken? Jij met 5.1.2e, mijn directeur regulering en ik? Misschien, voor de verandering, op anderhalve meter een fysieke ontmoeting bij jou op kantoor? Kan enorm helpen denk ik,

5.1.2e

5.1.2e

--

Ter inspiratie ik voel zelf veel voor deze suggestie.

Met vriendelijke groet,

5.1.2e

--

Geachte heer 5.1.2e beste 5.1.2e

Nogmaals dank voor je bezoek aan het Mediq Fulfillment center in Bleiswijk vanmiddag en dank voor het prettige overleg! Zoals toegezegd, zend ik bijgevoegd onze slides na.

Zoals vanmiddag besproken, deel ik volledig de noodzaak en kans dat de digitalisering en extramuralisering van de zorg – waarvan de mogelijkheid is aangetoond in deze coronacrisis – maximaal in stand blijft ook na corona. In mijn optiek is nu het moment om ervoor te zorgen dat alle zorgaanbieders, bij het herstarten van niet-acute zorg, niet terugvallen in het oude proces maar op de vernieuwing moeten doorgaan en zelfs verdere stappen zetten. De zorg volgt het geld. Ik denk daarom dat het nu de kans is om vanuit VWS aan koepelorganisaties en individuele zorgverleners duidelijk te maken dat zij moeten doorgaan in digitale zorg en JZOJP, met als uitgangspunt: wat digitaal kan, blijft digitaal en wat extramuraal kan, dat blijft extramuraal. (Met dat laatste zeg ik niet dat het geen ziekenhuiszorg mag zijn, maar het hoeft niet meer tussen de vier muren van het ziekenhuis).

VWS mag dit 'dringender dan voorheen' uitdragen (gesteund door zorgverzekeraars) en tegelijk vragen/zorgen van zorgaanbieders hierover wegnemen. "Blijft de tijdelijke vergoeding voor beeldzorg in stand, blijft het niet nodig eerst fysiek een (poort)consult te starten", etc. ... "ja blijft en wordt verder verruimd".

Het zou stimulerend werken om tevens de digitalisering en

extramuralisering te stimuleren door de traditionele zorg minder te laten vergoeden (en groeien) dan de digitale/extramurale zorg. Bijvoorbeeld door een digitale en/of extramurale medisch specialistische prestatie meer te laten stijgen dan dezelfde prestatie volgens het oude proces. Bijvoorbeeld door medio 2020 een 'transformatieopslag' (twv klein percentage van DOT bedrage of percentage shared saving) toe te voegen indien de msz-behandeling op afstand of buiten het ziekenhuis plaatsvindt. Deze transformatieopslag is wellicht te financieren uit het huidige budget/restant transformatiegelden. In 2021 blijft de opslag in stand (plus evt. indexering) en daalt het DOT-maximum van dezelfde prestatie conform het traditionele proces. Een model van zowel de wortel als de stok dus. Waarbij niet alleen de verzekeraars de sleutel tot transformatiegelden bieden, maar de ziekenhuizen zelf direct aanspraak erop kunnen maken. Gupta heeft al eens (ism Mediq) in kaart gebracht welke ziekenhuiszorg buiten het ziekenhuis kan plaatsvinden (46-55%), dus die meer dan 100 therapiesoorten zijn – ism NZa – tot een scope van zorgprestaties aan te wijzen waarop de transformatieopslag van toepassing kan worden.

Een vergelijkbare stimulerings/digitaliseringsopslag kan ook voor financiering van huisartsenzorg, wijkverpleging, etc. worden ontwikkeld.

Ik denk dat een deel uit het niet-aangesproken transformatiebudget en subsidiebudgetten (nu vaak voor onderzoek) kan worden gefinancierd. Een ander deel verdiend zich terug uit de meerkosten die anders benodigd zijn mbt personeel in het traditionele zorgproces de komende jaren. Digitalisering en extramuralisering zal er ook voor zorgen dat meer mensen inzicht krijgen in hun gezondheid(s waarden) en daarmee – ook middels shared decision making – meer zelf de regie kunnen nemen voor hun zorg en leefstijl. Dat zal op de langere termijn besparend zijn.

Tot zover mijn gedachtenspinsel van vanmiddag. Uiteraard ben ik tot nadere gedachtenvorming bereid.

Tot ziens!

Met vriendelijke groet, ook namens mijn collega

5.1.2e

5.1.2e

Mediq Nederland BV

--

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

Kenmerk

Bijlage 2:**Aanknopingspunten voor sturing op 'digitaal tenzij' bij herstart reguliere zorg.***Context*

- Koplopers bewegen en bewogen al.
- Gaat nu vooral om de 'silent majority' die onverhoopt kan terugvallen naar 'het oude normaal'.
- Voor de te nemen hordes zijn geen quick fixes (ICT infrastructuur basis op orde, gebruik PGO's, zorgpaden en organisatie aanpassen naar hybride fysiek/virtueel, afspraken met verzekeraar etc). De majority is niet voor niets silent.
- Tijdelijke impuls op digitale zorg t.g.v. COVID nu omzetten naar een structurele transformatie is 'once in a lifetime' kans én noodzaak.

*Het moet **urgent en noodzakelijk** blijven. Daarom:*

- In alle communicatie-uitingen van *VWS, NZa, verzekeraars* momentum maximaal benutten: o Voor een aanzienlijke periode zal het onwenselijk en onmogelijk zijn om 'voor alles' naar de zorg toe te gaan.
  - o Oftewel: je moet een hele goede reden hebben om fysiek naar het ziekenhuis of de huisarts te gaan.
  - o Ook (en misschien wel vooral): maximaal inrichten op zorg op afstand is noodzakelijk om optimaal geprepareerd zijn op volgende uitbraak.
- COVID-19 is een wake up call. De arbeidsmarktkrapte was dat in sommige regio's ook al. Maar lang niet overal (!) Er moet ook actief ingezet worden op het wegnemen van het comfort van (en het verlangen naar) het oude normaal. Daarom: o *Verzekeraars (vanuit VWS en Nza)* aansporen om obsoleete zorg lager / niet meer te vergoeden en zorg op afstand hoger. Groei MSZ zorg op chronische aandoeningen moet vooral thuis gebeuren. (NB alles vrije prijzen dus kan niet vanuit overheid rechtstreeks).
  - o *Verzekeraars (vanuit VWS en Nza)* aansporen om kunnen verzekerden bewust te maken van mogelijkheden voor digitale zorg.

*Het moet **lonen** voor alle betrokkenen. Daarom:*

- *Verzekeraars (vanuit VWS en Nza)* aansporen om vrees voor productie- en omzetverlies waar mogelijk weg te nemen.
- *Verzekeraars (vanuit VWS en NZa)* aansporen om voorinvesteringen te ondersteunen, onder andere door voortvarende(r) inzet transformatiegelden.
- *Verzekeraars (vanuit VWS en NZa)* aansporen om tijdelijke contractuele verruiming in zorg op afstand structureel te maken en uit te bouwen.
- *Nza* kan uitzicht geven op structureel maken tijdelijke verruiming mogelijkheden zorg op afstand.
- *Nza* kan verdere verruiming regels zorg op afstand onderzoeken (bijv. registratieregels voor prestaties -> declaraties).
- *VWS/Nza* kunnen bezien of het voluit en aantoonbaar inzetten op digitale zorg voorwaardelijk gemaakt kan worden voor andere tegemoetkomingen vanuit de overheid (bijv. garantstellingen). Kan ook via verzekeraarsroute.

*Het moet als voldoende **safe en beheersbaar** ervaren worden. Daarom:*

- Ondersteunen bij keuzes en afgewogen risicomanagement. Binnen instellingen nog vaak onduidelijkheid of iets wel of niet mag en kan (reële zorg dan wel dankbaar excuus). Lat ligt daarbij voor het nieuwe hoger dan voor het bestaande. Vraagtekens m.b.t. aansprakelijkheid en mededinging, risicomijdend gedrag van medewerkers kwaliteit, security, financiën, ICT. Lang niet altijd is een eenvoudig antwoord mogelijk.
- Voorstel om daarom met *NZa, Zin, IGJ en VWS* praktische beslisbomen te ontwikkelen (in Zorgvoorinnovieren-verband) om risicomijding om te zetten in risicomanagement. Nog meer meedenken en 'comfort' vanuit overheden en toezichthouders helpt.

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

Kenmerk

### Bijlage 3 Oproep aan ROAZ-en:

5.1.2e

Innovatie en Zorgvernieuwing

Kenmerk

- **Benut de mogelijkheden van digitale zorg bij het herstarten van de zorg.**
- **Bestendig digitale zorg zodat het tijdens en na de covid-19 crisis integraal onderdeel van de zorg blijft, zodat de zorg ook in de toekomst organiseerbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft.**

#### Toelichting:

- De zorg loopt op dit moment meerdere marathons tegelijk:
  - Het afhandelen van de (eerste) piek van covid-19-zorg; het opstarten van de reguliere zorg; het klaarmaken voor een langere periode van covid-19- en het geven van een passende invulling aan de 1,5-meter zorgverlening; het omgaan met financiële onzekerheid rond extra kosten en het wegvallen of inhalen van productie.
  - Reeds bestaande problemen in de zorg, waar de principes van Juiste Zorg op de Juiste Plek voor bedoeld zijn, zoals de schaarste op de arbeidsmarkt, de stijgende kosten en het toenemende aantal ouderen en chronisch zieken ook nog niet verholpen.
- Digitale zorg heeft zich bewezen tijdens de covid-19-crisis
- Beeldbellen en onlinebehandelingen, controles en monitoring voor patiënten van chronische aandoeningen als IBD, COPD en hartfalen zijn hier duidelijke voorbeelden van. Maar ook bij zorg voor andere (chronische) aandoeningen is het heel goed mogelijk gebleken digitale zorg in te zetten om de druk op het personeel en bijvoorbeeld beschermingsmiddelen te verminderen. Daarnaast geeft het prima invulling aan de nieuwe inrichting van de 1,5-meter zorgverlening.
- Het blijft uiteraard mogelijk fysieke zorg te bieden aan patiënten/cliënten waarvoor dat echt wenselijk of noodzakelijk is. Het inzetten van digitale zorg is en blijft een middel; geen doel.
- We moeten dit moment van herstart en nieuwe inrichting gebruiken om de zorg blijvend slimmer en flexibeler te organiseren. Gepaste zorg waar def centraal staat, in een optimale mix van fysieke en digitale zorg.
- Door '*digitale zorg, tenzij...*' als uitgangspunt te nemen kunnen we er samen voor zorgen dat de zorg, nu en in de toekomst, organiseerbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit blijft.
- De landelijke overheid, met name NZa en VWS, doen dan ook een oproep aan de leden van de ROAZ-overleggen om vol in te zetten op digitale zorg. Waar mogelijk en gewenst staan de NZa en VWS klaar om u op regionaal of landelijk niveau te ondersteunen en om te helpen deze ambitie te realiseren. Juist nu, bij de herstart van de zorg en juist nu, tijdens de covid-19 crisis.