



DOOR HENK HUTINK (NICTIZ), JASPER VAN SAMBEEK (SLEUTELNET), JENNY SCHUERMANS (THEBE) EN GERDA WOUDSTRA (KONINKLIJKE VISIO)

---

# De moderne benadering van e-healthbeposting

De opschaling van e-healthtoepassingen in de zorg strandt, ondanks het feit dat e-health zowel door beleidsmakers als -uitvoerders gezien wordt als de toekomst. Eén van de belangrijkste oorzaken is het niet goed van de grond komen van structurele bepostiging voor e-health (RVZ, 2015; Commissie ICT doorbraak, 2015). De auteurs dragen het Bekostigingskompas e-health aan, waarmee initiatiefnemers, betalende partijen en beleidsmakers handvatten aangereikt krijgen om e-health bepostigd te krijgen.

Een belangrijk probleem bij de gangbare benadering van e-healthbeposting is dat potentiële betalende partijen een positieve business case vereisen, die wordt uitgedrukt in euro's. Een investering moet bijvoorbeeld binnen enkele jaren terugverdiend zijn, maar dit is vooraf vaak onvoldoende aan te tonen. Daarom zijn deze business cases vaak niet sluitend. Nog vaker zie je dat een initiatief wel een kans op een pilot krijgt, maar dat opschaling niet van de grond komt vanwege het gebrek aan structurele bepostiging. De auteurs pleiten ervoor de opbrengsten van e-health vanuit een breder dan alleen financieel perspectief te bekijken. ►

De definitie van gezondheid verandert, aangewakkerd door de definitie van 'positieve gezondheid' (Huber, 2009). Huber pleit ervoor om gezondheidszorg minder te richten op bestrijding van ziekte en meer op een kwalitatief hoogwaardig leven. Conform deze benadering kan ook de toegevoegde waarde van e-health breder uitgedrukt worden. Geredeneerd vanuit de waarde van een e-healthtoepassing, kan een koppeling gemaakt worden met de belangen van betalende partijen. Op deze manier verschijnen er tevens nieuwe potentiële betalende partijen op het toneel, wat meer mogelijkheden biedt voor bekostiging en aansluit bij marktwerking in de zorgsector.

De hier gepresenteerde bevindingen zijn het resultaat van een studie naar kansen voor structurele bekostiging van e-health. Conclusies zijn tot stand gekomen door literatuuronderzoek en interviews met sleutelfiguren betrokken bij e-health, werkzaam bij (zorg)consumentvertegenwoordigers, zorgaanbieders, overheden, zorgverzekeraars en leveranciers van e-healthtoepassingen.

**Bekostigingskompas e-health**

Het kompas is een beslisboom waarmee voor e-healthtoepassingen een logische betalende partij en een bekostigingsmodel wordt voorgesteld. In tegenstelling tot de business case benadering, gaat het kompas uit van alle opbrengsten van een e-healthtoepassing. Naast financiële opbrengsten kunnen dit ook immateriële zaken zijn, zoals inzicht, gemak, service of plezier. Vanuit deze opbrengsten worden de belangen, de logische betaler en een bekostigingsmodel afgeleid.

Dit kunnen naast de traditionele betalende partijen (zorginkopers en zorgaanbieders) ook de industrie en (zorg)consumenten zijn, als gevolg van de vermenging van het zorgdomein en de (zorg)consumentenmarkt. Het kompas functioneert daarmee als een navigatiemiddel om initiatiefnemers, beleidsmakers en betalende partijen te helpen met het beantwoorden van de vraag hoe en waarom een toepassing structureel te bekostigen.

**Bekostigingskompas e-health.**

Het doorlopen van het Bekostigingskompas e-health verloopt conform de volgende stappen:

**1. Bepaal opbrengsten**

Identificeer en inventariseer de opbrengsten van de e-healthtoepassing. Door ordening en classificatie zijn veertien mogelijke opbrengsten geïdentificeerd.

**2. Bepaal belangen**

Uit de opbrengsten komen belangen voort die de weg wijzen naar de bijpassende potentiële betaler.

**3. Bepaal logische betaler**

De meest logische betaler is te identificeren door de partij die als hoogste 'aangelicht' wordt in stap 2, dus de hoogste partij waarvan het belang geïdentificeerd is uit de opbrengsten. Dit is de partij waar als eerste verkend kan worden de e-healthtoepassing te laten bekostigen.

**4. Bepaal aantal betalende partijen**

Als de bekostiging volledig gedekt wordt door de hoogste aangelichte partij, kan er doorgedaan worden naar stap 5. Wanneer dit niet het geval is, wordt gekeken of er door de partij een plek lager in de rangorde van aangelichte partijen bekostigd kan worden, enzovoorts. Indien betaling wel deels maar niet volledig door één partij geregeld kan worden, adviseren de auteurs te onderzoeken of andere partijen ook een deel willen bekostigen. Wanneer er na het belang onderaan de rangorde nog steeds geen volledige bekostiging mogelijk blijkt, zijn er alsnog kansen in innovatieve bekostigingsmodellen.

**5. Kies bekostigingsmodel**

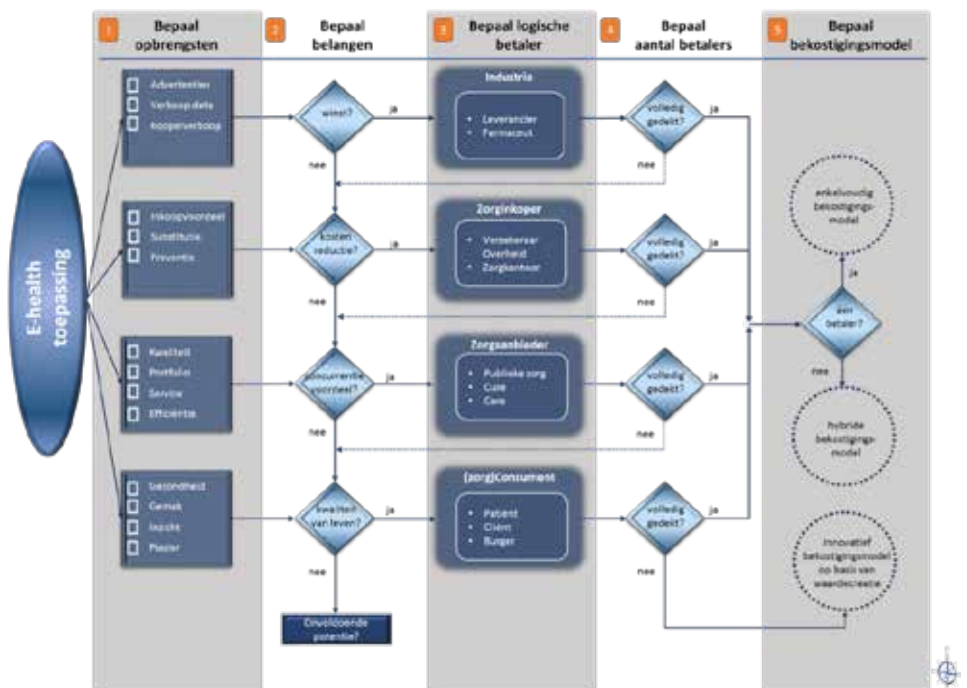
Wanneer het gelukt is één partij te vinden die de volledige bekostiging wil dragen, is er een enkelvoudig bekostigingsmodel. Als meerdere bekostigende partijen gevonden zijn, kan een hybride bekostigingsmodel ontwikkeld worden. Indien bij stap 4 duidelijk wordt dat volledige bekostiging niet mogelijk is, maar de toepassing wel opbrengsten oplevert voor één of meer betalende partijen, adviseren de auteurs een verkenning te doen naar innovatieve bekostigingsmodellen op basis van value cases (Kemperman, 2013; Jonker, 2014). Hierbij wordt een andere dan financiële

waarde gecreëerd voor initiatiefnemers van e-healthtoepassingen. Er ontstaat waarde door te vergoeden middels andere kapitaalgoederen, zoals producten of informatie. Momenteel komen hybride en innovatieve modellen nog niet of nauwelijks voor. Uit het kompas vloeit voort dat deze meer ingezet moeten worden om opschaling van e-health te realiseren.

**Rangorde**

In de rangorde in stap 3 staat de industrie bovenaan en de (zorg)consument onderaan. De betekenis van de rangorde is dat indien er een belang wordt gediend van een bovenliggende potentiële betaler, eerst wordt verkend of daar bekostiging mogelijk is. Pas daarna wordt interesse voor bekostiging verkend bij een partij lager in de rangorde, wier belang ook wordt gediend. Met deze volgorde beogen de auteurs de snelste weg naar bekostiging. De auteurs hebben de rangorde als de meest logische bestempeld vanuit de volgende overwegingen:

- Kwalitatief is het Nederlandse zorgstelsel koploper, maar het is ook één van de duurste. Wanneer de industrie er winst mee kan maken en dit acceptabel is voor de betrokkenen, dan kunnen de traditionele zorgpartijen ontzien worden van betaling. Dit is de meest rigoureuze vorm van beperking van macro zorgkosten.
- In het Nederlandse zorgstelsel ligt de zorgplicht bij de zorginkoper. Wanneer het belang van de zorginkoper wordt gediend, ligt het dus voor de hand om eerst met hen de betaling te verkennen, voordat zorgaanbieder of -consument wordt aangesproken.



- In Nederland zijn (zorg)consumenten niet gewend te betalen voor zorgproducten. Daarnaast is 'business to consumer' een intensieve en lange route om voldoende betalende te realiseren, vandaar hun laagste 'rang'.

De auteurs beseffen dat deze rangorde aanleiding kan geven tot morele vragen als 'wie zou eerst moeten betalen' of 'wie is verantwoordelijk'. De volgorde impliceert enkel een advies met welke partij eerst te gaan praten vanwege de grootste kans op bekostiging en bevat geen morele stellingname.

### Innovatieve bekostigingsmodellen

Uit het kompas en onderbouwing daarvan vloeien hybride modellen als volwaardige optie voort. Het derde type bekostigingsmodel dat voortvloeit uit het kompas, zijn de innovatieve bekostigingsmodellen. Om opschaling van e-health te kunnen realiseren, zullen er meer hybride en innovatieve modellen ingezet moeten worden. Bij deze modellen is een punt van aandacht dat ze nog beperkt operationeel zijn in de zorg en er mogelijk nog een aantal fundamentele wijzigingen in de financiering van de zorg nodig is voordat ze ingezet kunnen worden.

### Toepasbaarheid van het Bekostigingskompas

Het Bekostigingskompas is vernieuwend op vier vlakken: 1) er wordt niet beredeneerd vanuit betalende, maar vanuit opbrengsten; 2) deze opbrengsten worden veel breder uitgedrukt dan alleen in euro's; hieruit vloeien zowel 3) nieuwe potentiële betalende als 4) nieuwe bekostigingsmodellen voort. Hiermee wordt de route naar potentiële betalende en bekostigingsmodel gewezen, inclusief de onderbouwing daarvoor.

Het bekostigingskompas e-health wijst de weg naar de relevante gesprekspartners en kan als leidraad gebruikt worden bij deze gesprekken tussen initiatiefnemers en potentiële betalende. Het doel is dat in de toekomst vanuit een breder perspectief gekeken wordt naar opbrengsten én betalende en dat bekostiging van e-health op creatieve wijze wordt vormgegeven, met nieuwe modellen. Zo beogen de auteurs een stimulans te geven voor meer opschaling van e-health. ■

De studie die ten grondslag ligt aan deze publicatie hebben de auteurs uitgevoerd in het kader van hun opleiding 'Master of Health Business Administration' aan het Erasmus Centrum voor Zorgbestuur.

Een voorbeeld: een online screenende vragenlijst met beslisondersteuning. Als een patiënt deze vragenlijst online thuis invult, dan helpt dit de huisarts om te bepalen waar de patiënt het beste voor zijn klachten behandeld kan worden. Bij deze toepassing kunnen de volgende opbrengsten worden onderscheiden met tussen haakjes het belang dat gediend wordt:

- Substitutie: zonder de vragenlijst verwezen huisartsen bij twijfel patiënten door naar de tweedelijns GGZ. Nu wordt dit in veel gevallen voorkomen. (kostenreductie) (Leidsch Dagblad, 2015)
- Efficiëntie: de huisarts bespaart tijd door de vragen niet zelf te stellen (concurrentievoordeel)
- Gemak: zorgconsumenten kunnen thuis, lekker snel de vragenlijst beantwoorden (kwaliteit van leven)

Met deze toepassing worden drie belangen gediend en conform de rangorde kan de initiatiefnemer het beste eerst verkennen of zorginkopers bereid zijn te betalen (in dit geval zorgverzekeraars omdat het huisartsenzorg betreft). Wanneer dit volledig lukt, spreken we van een enkelvoudig bekostigingsmodel. Zo niet, is het denkbaar om de toepassing deels door de verzekeraar en deels door de huisarts te laten betalen. Een innovatief model ontstaat bijvoorbeeld wanneer patiënten een vergoeding moeten betalen voor het gebruik, maar hiervoor in ruil een gratis basisverzekering ontvangen



### Referenties

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVS). (2015). Financiering en bekostiging van e-health. Den Haag: Flim Projectmanagement en Consultancy.

Commissie ICT doorbraak. (2015). De zorg ontzorgd met ICT. Ministerie van Economische zaken (EZ), het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ECP en ZonMw.

Huber, M. (2009). Invitational conference 'Is health a state or an ability. Towards a Dynamic Concept of Health. Report of Meeting December.

Kemperman, J., Geelman, J. & Hoog op 't, J. (2013). Brijante business modellen (1st ed.). Den Haag: Academic Service.

Jonker, J. (2014). Nieuwe business modellen: Samen werken aan waardecreatie. Den Haag: Academic Service.

