

---

# *Inkoop van innovatie en technologie in de langdurige zorg*

*Definitieve versie  
27 november 2018*



# Inhoudsopgave

1.	Samenvatting	4
2.	Onderzoeksofzet: interviews, documenten en gedachtewisseling	8
2.1.	Interviews met alle Wlz-uitvoerders	8
2.2.	Analyse zorginkoopdocumenten	8
2.3.	Gedachtewisseling en rapportage	9
3.	Beleid hangt af van taakopvatting, kennis is nog in ontwikkeling	10
3.1.	Verschil in taakopvatting leidt tot meer of minder sturend beleid	10
3.2.	Beleid Wlz-uitvoerders op het gebied van technologie nog weinig geconcretiseerd	11
3.3.	Technologie onderbelicht in beleidsdocumenten, maar normenkader technologische innovaties minder gewenst	11
3.4.	Wlz-uitvoerders zoeken afstemming en dialoog bij ontwikkelen beleid	12
4.	Stimuleringsinstrumenten vooral motiverend van aard	14
4.1.	Meerjarencontracten basis voor innovatieruimte	14
4.2.	Bespreken technologische innovaties met aanbieders gebruikelijk instrument	14
4.3.	Verspreiden van best practices vaak genoemd als aantrekkelijk instrument	15
4.4.	Deelname aan of faciliteren van kennisplatform kan technologische innovaties stimuleren	15
4.5.	Organiseren van een competitie: speelse manier om innovatie te stimuleren, maar bewaak de grenzen	16
4.6.	Financiële impuls stuurt de innovatie	16
4.6.1.	Stimuleren van initiatieven door Wlz-uitvoerders uit afzonderlijk ‘fonds’ is uitzondering	17
4.6.2.	Tariefafslag of –opslag is sturend stimuleringsinstrument	17
4.6.3.	Eisen aan initiatieven zijn niet zeer pregnant	17
4.7.	Contractering met andere partijen dan aanbieders als weinig perspectiefrijk instrument gezien	18
4.8.	Interne organisatie bij Wlz-uitvoerders kan een rol spelen bij stimuleren innovatie	19
4.9.	Keuze instrumenten verschilt per Wlz-uitvoerder	19
5.	Financiering technologische innovaties uit meerdere bronnen mogelijk	20
5.1.1.	Huidige contracteerruimte biedt ruimte voor indirecte bekostiging inzet technologie	20
5.1.2.	Extra kwaliteitsmiddelen kunnen inzet technologie faciliteren	20
5.1.3.	De NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten	21
6.	Uitdagingen en hoe deze aan te gaan	22
6.1.	Kennisopbouw bij Wlz-uitvoerders belangrijkste uitdaging	22
6.2.	‘Grens van 15% verpleeghuismiddelen’ vraagt monitoring	23
6.3.	Inzet verpleeghuismiddelen over grenzen heen mogelijk maken	23
6.4.	Regionale contractruimte op jaarbasis strookt niet met meerjarencontracten	24

---

6.5.	Ontwikkeldbudget nog niet beschikbaar	24
6.6.	NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten en onderliggende regelgeving kennen nog enkele aandachtspunten	24
6.7.	Koppeling innovatiemiddelen aan individuele cliënten geen verantwoordingseis	25
6.8.	Slot	25
<hr/>		
A.	Ter inspiratie: de inzet van enkele technologische innovaties	26
<hr/>		
A.1.	ZieMij	26
A.2.	Sensoren en domotica	26
A.3.	Dwaalpreventie	26
A.4.	Smart glasses	26
A.5.	Slimme medicijndispensers	27
A.6.	Rollator met valpreventie en gps	27
A.7.	Sprekende bloempotten	27
A.8.	De eet-app	27
A.9.	Tovertafels	27
A.10.	Robotica	27
A.11.	Aanmeldportaal Breda	28
A.12.	#VGinnovators	28
A.13.	Zwevende ZZP's	28

---

# 1. Samenvatting

## **Waarop zouden Wlz-uitvoerders dienen te letten als zij met hun zorginkoopbeleid optimaal willen bijdragen aan innovatie van de zorg over de boeg van de technologie?**

Of met andere woorden: wat zijn succes- en faalfactoren als Wlz-uitvoerders bij de zorginkoop aandacht willen besteden aan technologische innovatie? Het ministerie stelt deze vraag vanuit de wens om de inzet van technologie en e-health in de langdurige zorg te stimuleren, dit mede in het licht van de steeds krappere wordende arbeidsmarkt in de langdurige zorg en het perspectief op betere en veiliger zorg en minder administratieve lasten.

Om de vraag te kunnen beantwoorden, hebben wij in opdracht van het ministerie een verkennend onderzoek uitgevoerd. Eerder dit jaar is een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd onder zorgverzekeraars, met als onderwerp het inkopen van innovatieve Zvw-zorg. Daar waar mogelijk, zijn in beide onderzoeken dezelfde items aan de orde geweest, zodat we de bevindingen kunnen vergelijken.

Wij hebben alle Wlz-uitvoerders geïnterviewd, dus ook degenen die de zorginkoop aan andere Wlz-uitvoerders hebben gemandateerd. Verder hebben wij gesproken met de NZa, en hebben wij de zorginkoopdocumenten van de Wlz-uitvoerders geanalyseerd.

Bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag moet worden bedacht, dat Wlz-uitvoerders – meer dan zorgverzekeraars – nauw met elkaar samenwerken als het gaat om beleidsbepaling. In de Wlz is er immers geen sprake van concurrentie tussen verzekeraars, maar van een volksverzekering die beoogt alle inwoners van Nederland dezelfde rechten te verlenen. Brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft samen met alle Wlz-uitvoerders het landelijke inkoopbeleid geformuleerd. Wel hebben alle Wlz-uitvoerders die een eigen zorgkantoor hebben, specifieke eigen aanvullingen op het landelijk beleid opgesteld en gepubliceerd. Het zorginkoopbeleid in de langdurige zorg is dus een mix van landelijk uniform beleid en een specifieke aanvulling per Wlz-uitvoerder.

Onder innovatie van de zorg wordt in dit rapport verstaan innovatie in het zorgproces, maar ook innovatie in bijvoorbeeld registratieprocessen, die ervoor zorgen dat professionals meer tijd overhouden voor de cliënt.

### **Stimuleren van innovatie over de boeg van de technologie: een taak voor de Wlz-uitvoerder?**

Voordat we kunnen ingaan op succes- en faalfactoren, is het goed om in te gaan op de opvattingen van de Wlz-uitvoerders over de taakverdeling tussen partijen in de langdurige zorg. Hoewel Wlz-uitvoerders het erover eens zijn dat het stimuleren van innovatie (al of niet via technologie) past bij de taak van Wlz-uitvoerder, verschillen de opvattingen over de exacte rol. De ene Wlz-uitvoerder is van mening dat een actieve en sturende rol vereist is, de andere vindt dat de Wlz-uitvoerder hier meer op de achtergrond moet blijven. Dit verschil in opvatting leidt vanzelfsprekend ook tot verschillen in de praktische invulling. Daar waar de een werkt met concrete instrumenten als projecteisen en tariefopslagen, richt de ander zich alleen op het aan de orde stellen van het onderwerp innovatie in de dialoog met aanbieders. De omvang van de Wlz-uitvoerder lijkt hier geen rol in te spelen. Een vergelijking met de Zvw-zorg leert dat Wlz-uitvoerders over het algemeen een minder sturende rol spelen dan zorgverzekeraars.

Vervolgens denken niet alle Wlz-uitvoerders hetzelfde over specifiek het stimuleren van *technologie* als middel voor innovatie. Daar waar de een vindt dat het niet aan de Wlz-uitvoerder is om te bepalen of innovatie en verbetering in de zorg tot stand komt via technologie of via een andere weg, ziet de ander technologie juist als een belangrijk oplossingsperspectief dat afzonderlijke aandacht verdient. Overigens wordt noch in het gezamenlijk inkoopbeleid noch in de meeste aanvullende documenten per Wlz-uitvoerder de visie hierop echt uitgediept. De meeste Wlz-uitvoerders noemen wel de potentie van technologie om tijd van medewerkers te besparen en daarmee een bijdrage te leveren aan het oplossen van het tekort aan personeel, maar een concretisering van deze opvatting hebben wij zeer beperkt aangetroffen.

---

## **Kennis van technologische innovaties bij Wlz-uitvoerders nog in ontwikkeling**

De Wlz-uitvoerders onderkennen de grote potentie van technologische innovaties en geven aan dat zij zouden willen beschikken over voldoende kennis om deze op de juiste manier te kunnen beoordelen en stimuleren. Dat geldt ook voor de Wlz-uitvoerders die nu aangeven dat ze wat meer op de achtergrond willen blijven. Tegelijkertijd geven zij aan dat de kennisopbouw nog in ontwikkeling is. Zo is er nog weinig kennis over de wijze waarop kan worden beoordeeld of een initiatief perspectiefrijk is, en over de wijze waarop technologie aan de orde zou kunnen komen in de gesprekken met aanbieders of in de contractering. Bovendien zijn er zóveel initiatieven op de markt, dat velen door de bomen het bos niet meer kunnen zien. Sommige Wlz-uitvoerders geven aan dat zij misschien voor een actievere rol zouden kiezen als zij de benodigde kennis wél zouden hebben.

Wlz-uitvoerders geven verder aan, dat zij ook bij zorgaanbieders een veelal nog beperkte kennis over perspectiefrijke technologische innovatie signaleren.

### **Op welke wijze stimuleren Wlz-uitvoerders technologische innovatie?**

De Wlz-uitvoerders die ervoor kiezen om technologische innovatie actief te stimuleren, hanteren hiervoor uiteenlopende methoden:

- in de inkoopgesprekken zorgaanbieders bevragen op dit onderwerp;
- zoeken van samenwerking en afstemming met financiers in de Zvw en Wmo, omdat juist technologische innovaties vaak de grenzen van een financieringsstroom overschrijden;
- delen van best practices in de gesprekken, op de website of via speciaal daarvoor georganiseerde bijeenkomsten;
- deelnemen (door Wlz-uitvoerders) aan kennisplatforms die zich bezighouden met technologie, dan wel faciliteren van dergelijke platforms;
- opzetten van een competitie voor innovaties over de boeg van technologie, waarin de winnaars financieel worden beloond;
- toekennen van tariefopslag voor de inzet van technologische innovaties.

Sommigen kiezen voor een combinatie van twee of meer methoden. Elke Wlz-uitvoerder heeft redenen om bepaalde methoden wel of niet te kiezen. De keuze hangt onder meer samen met de rolopvatting van de Wlz-uitvoerder. Het viel buiten de scope van het onderzoek om na te gaan of de ene methode in de praktijk leidt tot meer innovatie dan de andere.

Het feit dat in de langdurige zorg meestal meerjarige contracten met aanbieders worden gesloten – dit is landelijk beleid – zien de Wlz-uitvoerders als een belangrijke stimulans voor technologische innovaties. De aanbieders hebben dan meer zekerheid dat innovaties ook in latere jaren nog worden vergoed, en dus niet in één jaar moeten worden terugverdiend.

Veel Wlz-uitvoerders noemen de krappere wordende arbeidsmarkt als een factor die aanbieders stimuleert om over inzet van technologische oplossingen in het zorgproces of in administratieve processen te denken. Daarmee zou bij zorgaanbieders een gevoel van urgentie, meestal een belangrijke stimulans voor innovatie, aanwezig zijn ook los van het optreden van Wlz-uitvoerders. In hoeverre dat ook zo is, hebben wij niet onderzocht.

Mede door de taakopvatting van een aantal Wlz-uitvoerders en de beperkte kennis op dit gebied, hebben wij nauwelijks voorbeelden aangetroffen van criteria waaraan inzet van innovaties op het gebied van technologie worden getoetst. Dit betekent ook weer, dat deze projecten door de Wlz-uitvoerders nauwelijks worden gemonitord of geëvalueerd en dat het dus lastig is om uit te maken of een initiatief wel of niet moet worden voortgezet of uitgebreid naar andere aanbieders. Zorgverzekeraars (Zvw-zorg) zijn hier actiever in.

### **Welke barrières zien Wlz-uitvoerders als het gaat om het stimuleren van technologische innovatie?**

Wlz-uitvoerders benoemen een aantal – door hen als zodanig ervaren – barrières.

1. Wlz-uitvoerders ervaren de eerder aangegeven beperkte kennis over de inzet van technologie in de zorg. Daardoor kunnen zij initiatieven van aanbieders onvoldoende op hun meerwaarde beoordelen.
2. Wlz-uitvoerders geven aan er moeite mee te hebben dat de extra middelen vanuit het kwaliteitskader verpleeghuizen voor niet meer dan 15% ingezet mogen worden voor andere zaken dan zorgpersoneel. Zij stellen dat de arbeidsmarkt voor zorgpersoneel het onmogelijk maakt om voldoende medewerkers te vinden en dat juist dan een ruimere inzet van middelen voor bijvoorbeeld gebruik van technologie nodig is.
3. Daarnaast wordt het als probleem genoemd dat financiële middelen soms gekoppeld zijn aan een financieringsstroom of zorgsector, daar waar juist technologische ontwikkelingen die grenzen overschrijden in het belang van integrale zorg voor de cliënt.
4. Wlz-uitvoerders geven aan dat de gebruiksmogelijkheden van de NZa-beleidsregel zorginnovatie niet duidelijk zijn.
5. Bij Wlz-uitvoerders bestaan vragen over de eisen die gelden voor de productieverantwoording, daar waar zorg wordt geleverd met inzet van technologie. Hoe verhoudt het inzetten van technologie zich met de (vermeende?) verplichting om zorg te verantwoorden in termen van zorgpersoneel per cliënt?
6. Ten slotte noemen Wlz-uitvoerders het feit dat voor de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg het eerder aangekondigde ontwikkelbudget (nog) niet beschikbaar is gekomen.

## **Aanbevelingen**

### **Aanbeveling 1: bouw kennis van en affiniteit met de inzet van technologie op bij de Wlz-uitvoerders**

Onze belangrijkste aanbeveling betreft de opbouw van materiekkennis bij Wlz-uitvoerders. Wlz-uitvoerders staan positief tegenover het uitbreiden van hun kennis, en hier en daar worden ook al concrete initiatieven genomen. Dit is te zien als een belangrijke kans. Het gaat overigens niet om kennis van de techniek op zich, maar wel om de kennis die nodig is om initiatieven van aanbieders te kunnen beoordelen en vertalen in contractafspraken. Dus om kennis die nodig is om de meerwaarde van de inzet van technologie te kunnen inschatten, gecombineerd met kennis over succesfactoren voor de implementatie en inbedding van technologie in de zorg (zie ook aanbeveling 2).

Ons advies is om een landelijk kennisprogramma voor Wlz-uitvoerders op te zetten en hierbij gebruik te maken van al bestaande initiatieven. Mogelijk zijn regionale kennisplatforms een goed vehikel. Wij richten deze aanbeveling aan de Wlz-uitvoerders, mogelijk via ZN. Het ministerie roepen wij op om te bezien hoe hierover afspraken tussen het ministerie en Wlz-uitvoerders kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld via een convenant of als onderdeel van een actieprogramma.

Wij sluiten bepaald niet uit dat ook Wlz-uitvoerders die op dit moment kiezen voor een rol wat meer op de achtergrond, deze keuze heroverwegen als zij meer kennis hebben opgebouwd. Tenslotte is voor de taakinfilling van Wlz-uitvoerders de behoefte van cliënten leidend, en als aanbieders daar nog onvoldoende aan tegemoet kunnen komen, ligt een actieve opstelling van Wlz-uitvoerders in de rede.

### **Aanbeveling 2: ontwikkel een beperkte set met procesmatige eisen aan innovatie-initiatieven**

Een landelijke (beperkte) set met basiseisen om initiatieven van aanbieders te kunnen beoordelen op procesmatige aspecten kan een snelle eerste aanzet geven tot een betere beoordeling van initiatieven. Wij adviseren ZN om een dergelijke set te ontwikkelen/completeren/concretiseren. Daarvoor kunnen de in de Zvw gebruikelijke eisen een leidraad vormen. Denk hierbij aan:

- de eis om aan te geven voor welk probleem de beoogde innovatie een oplossing is en – indien relevant – in welke mate de innovatie tijd kan besparen of kan vrijmaken;
- de eis om de eindgebruikers (vaak de cliënten of hun vertegenwoordigers) en de professionals bij de ontwikkeling te betrekken;
- de eis om een concreet implementatie- en toepassingsplan op te stellen;
- de eis om het inzet van technologische innovaties te monitoren en te evalueren;
- de eis om de resultaten met anderen te delen, zoals andere aanbieders en Wlz-uitvoerders.

---

Het ontwikkelen van een landelijk normenkader voor het beoordelen van de meerwaarde van gebruik van technologische innovaties in de zorg, een in theorie denkbare oplossing, bevelen wij niet aan. Daarvoor is het risico van een bureaucratie en administratieve lasten te groot. Bovendien gaan de ontwikkelingen in de technologie zo snel, dat normen al snel verouderd zullen zijn of erger: dat perspectiefrijke initiatieven niet worden gehonoreerd omdat de normen daar nog niet op zijn berekend.

**Aanbeveling 3: monitor eventuele problemen bij de verdeling van de verpleeghuismiddelen uit het kwaliteitskader over inzet zorgpersoneel en overige doelen**

De verdeling van de extra verpleeghuismiddelen (kwaliteitskader) in 85% voor zorgpersoneel en 15% voor andere doeleinden heeft een voorgeschiedenis die het lastig maakt om hierin verandering aan te brengen. Op zijn minst zal daarvoor nodig zijn dat Wlz-uitvoerders hard kunnen maken tot welke problemen dit in de praktijk leidt, ook in relatie tot de andere innovatiemiddelen die beschikbaar zijn, zoals bekostiging als onderdeel van reguliere prestaties, of de middelen in het kader van het programma Waardigheid & Trots. Wij bevelen Wlz-uitvoerders aan om dergelijke voorbeelden te documenteren, en VWS om de vinger hier aan de pols te houden.

**Aanbeveling 4: combineer stimuleringsmiddelen voor (technologische) innovatie**

De koppeling van innovatiemiddelen aan specifieke zorgsectoren of bekostigingsstromen maakt dat er sprake is van een ongewenste versnippering. Vaak is het uiteindelijk wel mogelijk om een oplossing te vinden, maar kost dit tijd en energie. Wij bevelen VWS en de NZa aan om te bezien hoe bekostigingsstromen voor innovatie kunnen worden gecombineerd, zodat het stimulerende karakter meer tot uiting kan komen en administratieve lasten kunnen worden verminderd.

Overigens raden wij alle Wlz-uitvoerders aan kennis te nemen van de NZa-publicatie *Wegwijzer bekostiging e-health*, te vinden op de website van het NZa.

**Aanbeveling 5: neem het verantwoordingsvraagstuk expliciet mee in de communicatie naar aanbieders**

Wij bevelen de NZa aan om in de communicatie aandacht te besteden aan de blijkbaar gevoelde onduidelijkheid over de verantwoordingseisen. Naar wij begrepen hebben, hoeven zich geen problemen voor te doen, maar wellicht is hierover nog te weinig bekend bij de Wlz-uitvoerders.

**Aanbeveling 6: schep duidelijkheid over het ontwikkelbudget**

Wij raden VWS aan duidelijkheid te scheppen over het beschikbaar komen van het zogeheten ontwikkelbudget voor met name de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Ook al zijn er wellicht andere bekostigingsmogelijkheden, het is goed om geen onduidelijkheid te laten bestaan.

**Aanbeveling 7: onderzoek of budgetonzekerheid innovaties belemmert**

Wlz-uitvoerders geven aan dat zij soms worden gehinderd in het maken van meerjarenafspraken door het feit dat zij het regionale budget voor de komende jaren nog niet weten. Wij bevelen ZN aan om dit punt verder te concretiseren.

**Aanbeveling 8: maak geïntegreerde portefeuilles voor inkopers mogelijk**

Wij bevelen Wlz-uitvoerders aan om – voor zover zij dat nog niet doen - te bezien of het mogelijk is om te werken met **gemengde portefeuille** van Wlz- en Zvw-zorg voor de inkopers. Zij kunnen dan ervaringen vanuit de Zvw gebruiken in de Wlz en andersom, en op die manier geïntegreerd inkopen, zeker als het gaat om een integraal perspectief op ouderen(zorg) thuis.

---

## 2. *Onderzoeksopzet: interviews, documenten en gedachtewisseling*

Het ministerie van VWS heeft ons in juni 2018 verzocht een kort onderzoek uit te voeren naar de inkoop van innovatieve zorg onder de Wlz. Het betreft specifiek innovaties over de boeg van technologie/e-health (in het vervolg van dit rapport verder aangeduid als technologie). Doel is handvatten te formuleren voor het stimuleren en contracteren van technologische innovaties.

Eerder dit jaar is, ook door ons, een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd voor de Zvw-zorg. Daar konden diverse succes- en faalfactoren in kaart worden gebracht. Om de onderzoeksbevindingen te kunnen vergelijken, is de onderzoeksopzet gelijk gehouden en is zoveel mogelijk gevraagd naar dezelfde onderwerpen.

### *2.1. Interviews met alle Wlz-uitvoerders*

Wij hebben gesproken met alle (10) Wlz-uitvoerders. Dat zijn de vier grote:

- CZ;
- Menzis;
- VGZ;
- Zilveren Kruis;

de vier kleinere met eigen zorgkantoor/zorgkantoren:

- De Friesland;
- DSW;
- ENO;
- Zorg en Zekerheid;

en de beide Wlz-uitvoerders die de zorginkoop hebben gemandateerd aan andere uitvoerders:

- ASR (De Amersfoortse);
- ONVZ.

Daarnaast hebben we gesproken met enkele vertegenwoordigers van de NZa. Interviews met aanbieders of gemeenten hebben we niet gehouden. Niet omdat hun mening niet belangrijk zou zijn, maar omdat het tijdsbestek niet toeliet om een representatief aantal aanbieders en gemeenten te spreken.

### *2.2. Analyse zorginkoopdocumenten*

Als tweede onderdeel van het onderzoek hebben we de zorginkoopdocumenten<sup>1</sup> van brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en van de Wlz-uitvoerders<sup>2</sup> bestudeerd en gescreend op passages over technologische innovaties of innovatie in het algemeen. Met zorginkoopdocumenten bedoelen we de documenten waarin ZN en de Wlz-uitvoerders hun inkoopbeleid en –voorwaarden hebben vastgelegd, inclusief de Nota's van Inlichtingen waarin vragen van aanbieders naar aanleiding van de inkoopdocumenten worden beantwoord.

De basis van het zorginkoopbeleid in de langdurige zorg is door de Wlz-uitvoerders gezamenlijk geformuleerd en vastgelegd in publicaties van ZN. Om voor de aanbieders zoveel mogelijk zekerheid te creëren, is een meerjarig inkoopkader opgesteld, dat geldt van 2018 tot en met 2020. ZN publiceert jaarlijks een aanvullend kader, met actualisaties die nodig zijn op grond van bijvoorbeeld wet- en regelgeving of kabinetsbesluiten. Zo is

---

<sup>1</sup> Voor zover betrekking hebbend op de inkoop van 2019.

<sup>2</sup> In het vervolg van dit rapport worden met Wlz-uitvoerders bedoeld de uitvoerders met een of meer zorgkantoren, tenzij in de tekst anders vermeld.



---

in het aanvullend kader 2019 informatie opgenomen over de extra kwaliteitsmiddelen voor de verpleeghuiszorg, informatie die nog niet beschikbaar was toen het meerjarig kader verscheen.

Wlz-uitvoerders stellen in aansluiting op het inkoopkader van ZN een eigen inkoopkader vast. Ook dat zijn meerjarige kaders, vaak – maar niet altijd – ook over 2018 tot en met 2020. Evenals ZN stellen Wlz-uitvoerders jaarlijks een aanvullend kader vast. De inkoopkaders van individuele Wlz-uitvoerders bevatten de eigen accenten die de Wlz-uitvoerders in het inkoopbeleid willen aanbrengen. Soms gaat het om specifieke regionale situaties, zoals regionale experimenten of de zorg op de Waddeneilanden, maar vaak ook om accenten die zijn ingegeven door de eigen beleidsvisie. In de individuele inkoopkaders geven de Wlz-uitvoerders ook aan welke tarieven zij in het komende jaar zullen hanteren. De individuele inkoopkaders zijn voor de aanbieders de basis van hun jaarlijkse zorgoffertes. Sommige Wlz-uitvoerders hanteren binnen een meerjarig kader een vereenvoudigde jaarlijkse offerteronde voor aanbieders met een meerjarig contract.

Naast de zorginkoopdocumenten hebben we als beleidsdocumenten van het ministerie het kwaliteitskader verpleeghuizen 2017, het bijbehorende Programmaplan *Thuis in het verpleeghuis – waardigheid en trots op elke locatie (2018)* en het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017 – 2022 gescreend. Wij hebben deze documenten gezien op passages over technologische innovaties. Tot slot hebben wij gebruik gemaakt van de informatie uit de NZa-publicatie *Wegwijzer bekostiging e-health 2018 voor 2019*<sup>3</sup>.

### **2.3. Gedachtewisseling en rapportage**

De resultaten van dit verkennende onderzoek hebben wij vastgelegd in een conceptrapport, dat aan geïnterviewden is voorgelegd. Tot slot hebben de geïnterviewden in een bijeenkomst op 23 oktober 2018 met elkaar van gedachten gewisseld over stellingen die waren gebaseerd op bevindingen uit het onderzoek en over de beste manier om verder te gaan. Aan de bijeenkomst werd deelgenomen door Wlz-uitvoerders, het ministerie van VWS, de NZa, de Twentse Zorgacademie en onderzoeksbureau Jester.

Koraal, een aanbieder van gehandicaptenzorg, jeugdzorg, speciaal onderwijs en arbeidsparticipatie, heeft een initiatief op het gebied van technologische innovatie gepresenteerd.

De resultaten van de rapportconsultatie en van de bijeenkomst op 23 oktober hebben wij in het rapport meegenomen.

---

<sup>3</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_240745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_240745_22/2/)

---

## **3. *Beleid hangt af van taakopvatting, kennis is nog in ontwikkeling***

In dit hoofdstuk gaan wij in op het beleid dat de Wlz-uitvoerders ten aanzien van technologische innovaties hebben geformuleerd, en de instrumenten die zij inzetten om dit beleid in de praktijk te brengen.

Het is goed om vooraf aan te geven dat de meeste Wlz-uitvoerders de contracteringsgesprekken met de aanbieders vooral zien als dialoog, gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Wlz-uitvoerders gaan ervan uit dat aanbieders en financiers in principe hetzelfde doel nastreven – in dit geval optimaal benutten van de mogelijkheden van technologie in de langdurige zorg. Uit het eerder uitgevoerde onderzoek in de Zvw bleek dat de contracteringsgesprekken daar meer het karakter van onderhandelingen hebben. Het viel buiten de scope van het onderzoek om na te gaan of de ene insteek leidt tot meer en effectievere innovatie dan de andere.

### **3.1. *Verskil in taakopvatting leidt tot meer of minder sturend beleid***

De eerste vraag die in de interviews aan de Wlz-uitvoerders is gesteld, is of zij in hun inkoopbeleid specifieke aandacht besteden aan technologische en andere innovaties met het doel die te stimuleren. Aanvullend hebben wij de zorginkoopdocumenten hierop gescreend.

We kunnen constateren dat alle Wlz-uitvoerders op dit punt bewuste keuzes maken. Die keuzes lopen echter uiteen, waarbij er twee hoofdstromingen lijken te onderscheiden:

Een deel van de Wlz-uitvoerders is van mening dat sturend stimuleren van het gebruik van (technologische) innovaties in de zorg niet zozeer aan de orde is. Zij gaan ervan uit dat het aan de aanbieders is om te bepalen of er innovaties nodig zijn en zo ja, om die uit te voeren. Zij vertrouwen erop dat de aanbieders dit ook zullen doen, en dat de rol van de Wlz-uitvoerder dan ook bescheiden is. Als er overduidelijk sprake is van tekortschietende kwaliteit, zal de Wlz-uitvoerder ingrijpen. Voor het overige beperken zij zich tot het stellen van vragen over de inzet van technologische innovaties in de zorg tijdens de inkoopgesprekken, of hooguit het noemen van goede voorbeelden. In de inkoopdocumenten noemen zij technologie en andere innovatie alleen als een van de mogelijke bestedingsdoelen van de kwaliteitsmiddelen voor verpleeghuizen of de transitie-innovaties. Vaak vinden zij dat de aanbieders over technologische innovaties in elk geval meer weten dan zichzelf. Zij voelen zich op dit punt geen gesprekspartner voor de aanbieders.

Een ander deel van de Wlz-uitvoerders is van mening dat sturend stimuleren van het gebruik van technologische innovaties in de zorg juist essentieel en nodig is. Zij zetten bewust instrumenten in (zie hoofdstuk 4) om aanbieders te bewegen meer na te denken over de rol van technologie in de langdurige zorg, en hier ook daadwerkelijk mee aan de slag te gaan. In de inkoopdocumenten van deze groep Wlz-uitvoerders is dan ook een iets uitgebreidere tekst over de rol van technologie te vinden. Bij deze groep hoort ook de Wlz-uitvoerder die innovatie en kwaliteitsverbetering in het algemeen wel sturend stimuleert, maar het aan de aanbieders wil overlaten of zij dit over de boeg van technologie of op een andere wijze willen realiseren.

De verschillen in taakopvatting werken door in de contractering, zie hiervoor de volgende paragraaf. De reikwijdte van het onderzoek liet niet toe om na te gaan wat de effecten zijn van verschil in taakopvatting op de mate waarin aanbieders technologische innovaties toepassen of de mate waarin daardoor de kwaliteit van zorg of de efficiency verbetert.

De verschillen in taakopvatting lijken niet samen te hangen met de omvang van de Wlz-uitvoerder. De groep die sturend stimuleert omvat grote en kleine Wlz-uitvoerders, en dat geldt ook voor de groep die minder sturend wil zijn. Er zijn kleine Wlz-uitvoerders die hun omvang noemen als reden om minder actief te kunnen zijn, maar er zijn ook kleine Wlz-uitvoerders die vinden dat zij juist door hun omvang effectief te werk kunnen gaan.

Onze algemene indruk is echter dat een concrete visie op het gebruik van technologische innovaties in de zorg op een enkele uitzondering na niet sterk is ontwikkeld. Dit terwijl de potentie van technologie in de langdurige

---

zorg juist zeer in de publieke belangstelling staat: de eigen regie van de cliënt zou erdoor kunnen worden versterkt, de zorg zou veiliger kunnen worden, medewerkers zouden door betere ICT-facilitering tijd kunnen besparen die ze dan weer in kunnen zetten voor de cliënt, en langs die weg zou technologie zelfs een (deel)oplossing kunnen vormen in de huidige krappe arbeidsmarkt. Over dit alles is maar weinig terug te vinden in de inkoopdocumenten, en ook in de meeste gesprekken wordt de visie weinig concreet. Wel worden in de inkoopdocumenten soms concrete voorbeelden van technologische innovaties benoemd, maar het blijft onduidelijk wat daarvan precies de effecten zijn en waarom ze als goed voorbeeld kunnen gelden.

### **3.2. *Beleid Wlz-uitvoerders op het gebied van technologie nog weinig geconcretiseerd***

Wij hebben ons afgevraagd hoe het te verklaren is dat er relatief weinig concreet beleid op het punt van technologische innovaties is geformuleerd. Wlz-uitvoerders noemen inzet van technologie wel als wenselijk en onderkennen de potentie, maar zetten dit niet om in concreet beleid. Dat geldt dus ook, zij het in mindere mate, voor de Wlz-uitvoerders die kiezen voor een meer sturend beleid.

Als een van de redenen zien wij het feit dat de gerichte *kennis* bij Wlz-uitvoerders nog in ontwikkeling is. Een groot aantal Wlz-uitvoerders heeft dit in de interviews genoemd, en ook in de afsluitende bijeenkomst kwam dit punt naar voren. De meeste Wlz-uitvoerders zouden er behoefte aan hebben om hun kennis te versterken. De meesten hebben hiervoor echter nog geen concrete plannen. Zij signaleren dat er op internet weliswaar veel informatie te vinden is over technologische innovaties, maar dat het erg lastig is om die informatie op waarde te schatten, omdat daar ook weer kennis voor nodig is. Het is niet eenvoudig om door de bomen het bos te zien, zeker niet als er ook commerciële belangen gemoeid zijn met de initiatieven, en de informatie daardoor gekleurd kan zijn. Veel Wlz-uitvoerders geven aan dat zij behoefte hebben aan kennis van best practices, maar het is onduidelijk wat een initiatief tot best practice maakt.

Aanbieders en daarmee ook soms Wlz-uitvoerders worden soms overspoeld met plannen voor technologische innovaties, en de een belooft nog meer dan de ander. Soms lijkt het afhankelijk van toeval – persoonlijk netwerk, toevallig op een symposium een initiatief gezien - of een technologische innovatie door een aanbieder wordt omarmd en wordt meegenomen in de zorgcontractering. Wlz-uitvoerders signaleren ook bij aanbieders een beperkte kennis.

Bij dit alles speelt ook een rol dat technologische innovaties zich zo snel ontwikkelen, dat kennis ook weer snel verouderd is. Dit alles maakt dat Wlz-uitvoerders het zekere voor het onzekere nemen en zich meestal beperken tot algemene uitspraken en een zeer globale beoordeling van initiatieven.

Het meest opvallend vonden wij het feit dat ook de inkoopdocumenten van ZN niet dieper ingaan op technologie. Het zou denkbaar zijn dat daar technologische kennis geconcentreerd is en proactief ingebracht wordt in het landelijk inkoopbeleid.

Een enkele Wlz-uitvoerder gaat wél dieper in op technologie als mogelijkheid om betere of efficiëntere zorg te verlenen. Deze uitvoerder onderscheidt bijvoorbeeld verschillende typen innovatie en geeft een aanzet voor de bijdrage die deze typen kunnen leveren aan de kwaliteit van zorg of de besparing van arbeid of tijd. Met name de bijdrage van technologie aan de eigen regie van cliënten krijgt aandacht: cliënten (in de gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg maar ook in de ouderenzorg) kunnen met behulp van technologie meer zelf doen en zijn minder afhankelijk van zorgverleners. Dit kan bijdragen aan de kwaliteit van leven.

### **3.3. *Technologie onderbelicht in beleidsdocumenten, maar normenkader technologische innovaties minder gewenst***

Er is geen landelijk geaccepteerd en hanteerbaar kader voor de Wlz-uitvoerders om initiatieven te beoordelen. Technologie heeft – zo ervaren de Wlz-uitvoerders dit – geen duidelijke plaats in bijvoorbeeld beroepsstandaarden of kwaliteitskaders. Het kwaliteitskader verpleeghuizen 2017 bijvoorbeeld besteedt alleen op hoofdlijnen en zeer beknopt aandacht aan technologie; in het kwaliteitskader gehandicaptenzorg 2017 –

---

2022 komen de begrippen technologie en zelfs innovatie in het geheel niet voor. Daar waar bijvoorbeeld bejegening van cliënten is uitgewerkt in doelen en gedrag, ontbreekt een dergelijke uitwerking voor technologie.

Dit lijkt nu te veranderen. Het uitvoeringsplan kwaliteitskader - *Thuis in het verpleeghuis* - voorziet in een eerste invulling. Zo heeft het ministerie hierin vermeld dat het de bedoeling is dat iedere aanbieder in 2021 innovatieve technologie gebruikt bij het verlenen van zorg. Ook wordt genoemd dat in het kwaliteitsplan van elke aanbieder aandacht besteed moet worden aan technologie; daarmee worden aanbieders aangesproken op dit punt. Het uitvoeringsplan maakt duidelijk dat technologie in het kader van de kwaliteitsmiddelen (als onderdeel van de '15%') niet alleen kan worden ingezet voor toepassingen in de directe zorg voor de cliënt, maar ook voor het verbeteren van werkprocessen, waardoor zorgverleners meer tijd kunnen vrijmaken voor de cliënt. Het uitvoeringsplan geeft aan dat het ministerie in kaart wil brengen in hoeverre technologie ervoor kan zorgen dat hulpverleners meer tijd hebben voor de cliënt. Daartoe worden een nulmeting in 2018 en een éénmeting in 2021 aangekondigd.

Het bovenstaande leidt tot een dilemma. Aan de ene kant signaleren wij dat er weinig gereguleerd is op het punt van inkoop en toepassing van technologische innovaties in de langdurige zorg. Dit zou kunnen leiden tot de aanbeveling om in deze lacune te voorzien door bijvoorbeeld het opstellen van een landelijk normenkader en een lijst met technologische innovaties die volgens dit kader de kwaliteit en/of efficiency in de zorg verbeteren. Op die manier zouden de middelen voor technologische innovaties gerichter kunnen worden ingezet en zouden de Wlz-uitvoerders technologische innovaties beter kunnen stimuleren. Ook zou met een landelijk kader worden voorkómen dat het beleid van Wlz-uitvoerders te zeer uit elkaar groeit en dat daarmee voor de burger in de ene regio de zorg op dit punt anders is ingericht dan in de andere regio, zonder dat daarvoor specifieke regionale oorzaken zijn aan te wijzen.

Echter: regulering kan leiden tot bureaucratie en hogere administratieve lasten. Dat is ongewenst. Daar komt bij dat juist als het gaat om innovaties normenkaders al snel belemmerend kunnen gaan werken. Een innovatie moet ook kunnen mislukken. Ten slotte: de ontwikkelingen zeker in de technologie gaan snel, en dat betekent dat normen of een overzicht met best practices alweer verouderd kunnen zijn op het moment dat ze worden gepubliceerd.

Alles afwegende is ons advies om niet zozeer de regulering, als wel de kennisopbouw bij Wlz-uitvoerders centraal te stellen. Wij komen hierop terug in hoofdstuk 5. Het opstellen van een landelijk normenkader bevelen wij dan ook niet aan.

### **3.4. Wlz-uitvoerders zoeken afstemming en dialoog bij ontwikkelen beleid**

Aan alle Wlz-uitvoerders is de vraag voorgelegd, hoe het beleid (bedoeld is het specifieke beleid per Wlz-uitvoerders) ten aanzien van technologische innovaties tot stand is gekomen en hoe het wordt geactualiseerd. Eerder is al benoemd dat alle Wlz-uitvoerders aansluiten bij het in ZN-verband ontwikkelde beleidskader en daar alleen eigen aanvullingen op publiceren. Dit aanvullend beleid wordt per Wlz-uitvoerder opgesteld en is vervolgens voor alle zorgkantoren van deze uitvoerder identiek, met uitzondering van specifiek regionale aspecten.

Voor zover wij konden nagaan, geven alle Wlz-uitvoerders de aanbieders de gelegenheid om vragen te stellen naar aanleiding van de (concept-)inkoopkaders die zij publiceren. Naar aanleiding van deze vragen worden soms aanpassingen in de kaders doorgevoerd. Op die wijze is er sprake van invloed van aanbieders op de kaders. Een deel van de Wlz-uitvoerders geeft aan dat het beleid vooral organisch wordt ontwikkeld, namelijk in de permanente dialoog met de aanbieders. Wlz-uitvoerders die meer sturend bezig zijn met technologische innovaties, zijn meestal ook actiever in het zoeken van afstemming met andere partijen dan de aanbieders. Zij consulteren bijvoorbeeld vooraf cliëntenorganisaties of kennispartners<sup>4</sup>.

Breed onderschreven is de gedachte dat zorginnovaties in het algemeen, maar ook het gebruik van technologische innovaties zich niet houdt aan de grenzen van de Wlz. Juist technologische toepassingen lenen

---

<sup>4</sup> Met kennispartners bedoelen wij bijvoorbeeld onderwijsinstellingen of regionale samenwerkingsplatforms die zich specifiek op toepassing van technologie richten.

---

zich ervoor om bij te dragen aan zorg over de grenzen heen. Zo kunnen domotica, gefinancierd vanuit de Wmo of de Zvw, ervoor zorgen dat cliënten niet of pas veel later een beroep hoeven te doen op de Wlz. De grens tussen Zvw, Wmo en Wlz wordt vooral diffuus als het gaat om cliënten met een Wlz-indicatie die thuis wonen en de zorg ontvangen in de vorm van een VPT of MPT. Het feit dat technologische innovaties grensoverschrijdend zijn, verhoogt de noodzaak voor aanbieders maar ook voor Wlz-uitvoerders om samenwerking te zoeken met gemeenten en met de zorgverzekeraars. Een aantal Wlz-uitvoerders doet dit dan ook. Dat dergelijke grensoverschrijdende zorg kan leiden tot vraagstukken bij de financiering, die immers grotendeels gebonden is aan het domein van de Wlz dan wel Zvw of Wmo, zal geen verbazing wekken. We komen hierop terug in hoofdstuk 5.

---

## 4. *Stimuleringsinstrumenten vooral motiverend van aard*

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal, welke instrumenten Wlz-uitvoerders inzetten om het gebruik van technologische innovaties in de langdurige zorg te stimuleren. In zijn algemeenheid geldt dat in de langdurige zorg minder concrete instrumenten worden ingezet dan in de Zvw-zorg.

### 4.1. *Meerjarencontracten basis voor innovatieruimte*

In ZN-verband is afgesproken, dat Wlz-uitvoerders met de aanbieders in hun regio's in principe meerjarige contracten afsluiten. Dit biedt de aanbieders zekerheid en maakt het in principe mogelijk om te investeren in langer lopende innovatieprojecten.

Alle Wlz-uitvoerders bieden, getuige de inkoopdocumenten, daadwerkelijk meerjarencontracten aan. Meestal voor een periode van drie jaar, een enkeling vijf jaar.

Uitzonderingen op het principe van meerjarencontracten zijn nieuwe aanbieders en aanbieders die niet aan de basiseisen van kwaliteit of bedrijfsvoering voldoen. Nieuwe aanbieders krijgen vaak eerst een éénjaarscontract, en bij een positieve evaluatie een meerjarencontract. Een aantal Wlz-uitvoerders heeft in zijn inkoopkader aangegeven dat zij contractering met nieuwe aanbieders zien als een mogelijkheid om innovatie te stimuleren. Met aanbieders die niet aan de basiseisen van kwaliteit of bedrijfsvoering voldoen, wordt eveneens een éénjaarscontract gesloten. Aan de hand van een verbeterplan beziet de Wlz-uitvoerder of een meerjarencontract (weer) in beeld komt.

### 4.2. *Bespreken technologische innovaties met aanbieders gebruikelijk instrument*

De meeste Wlz-uitvoerders geven aan dat zij in de inkoopgesprekken met aanbieders het onderwerp gebruik van technologische innovatie of in elk geval innovatie aan de orde stellen. De intensiteit varieert. Sommige vragen alleen de aanbieders wat zij op dit punt naar voren willen brengen, anderen volgen actief de voortgang van initiatieven of spreken de aanbieders erop aan als initiatieven uitblijven. Sommigen wachten de plannen van aanbieders af, anderen roepen aanbieders op om plannen in te zenden. Wel ligt het accent veelal op het inspireren en motiveren van de aanbieders, voor zover nodig. De gesprekken hebben ook op dit punt minder dan in de Zvw het karakter van echte onderhandelingen en het stellen van te behalen doelen.

Veel Wlz-uitvoerders benoemen dat de gesprekken met aanbieders in hun regio gebaseerd zijn op vertrouwen. Zij gaan ervan uit dat aanbieders zelf wel komen met plannen voor wat het beste is voor hun cliënten.

Wij onderschrijven dat vertrouwen onmisbaar is in de relatie tussen Wlz-uitvoerder en aanbieder. Tegelijkertijd blijven de rollen verschillend en is het ook in het belang van de zorg om de eigen rol te spelen en elkaar scherp te houden om ieders rol. We zagen in de Nota's van Inlichtingen, waarin Wlz-uitvoerders vragen van aanbieders over het inkoopkader beantwoorden, dat sommige aanbieders zich duidelijk kritisch uitlaten over onderdelen van de kaders, ook over het beleid ten aanzien van technologische innovaties, of juist het ontbreken van onderbouwd beleid hierin.

Naar onze mening past in een gezonde relatie tussen Wlz-uitvoerders en aanbieder een professionele dialoog, waarin het gebruik van technologische innovaties expliciet naar voren komt, de aanbieder gevraagd wordt naar zijn ambities op dit onderwerp en ook concrete afspraken worden gemaakt. Dat moet dan wel een gesprek zijn tussen gesprekspartners die qua kennis aan elkaar gewaagd zijn en voldoende kennis hebben om de juiste keuzes te kunnen maken. Eerder is al benoemd dat op het punt van technologische innovaties de kennis van Wlz-uitvoerders nog in ontwikkeling is (en naar de mening van Wlz-uitvoerders de kennis van sommige aanbieders ook).

### 4.3. *Verspreiden van best practices vaak genoemd als aantrekkelijk instrument*

Veel Wlz-uitvoerders zijn op zoek naar best practices, goede voorbeelden van het gebruik van technologische innovaties. Zij vragen die bijvoorbeeld op in de inkoopgesprekken, of nodigen de aanbieders uit om ter voorbereiding daarvan initiatieven in te sturen. Er zijn ook Wlz-uitvoerders die specifiek bijeenkomsten met aanbieders organiseren om best practices te verspreiden.

In de interviews die wij in het kader van dit onderzoek hielden, bleek dat Wlz-uitvoerders van dit verspreiden van best practices veel verwachten. Zij geven aan dat aanbieders hierdoor niet steeds opnieuw het wiel hoeven uit te vinden en van elkaar kunnen leren: wat werkt en wat niet? Daarnaast verwachten de Wlz-uitvoerders dat zichzelf op deze manier eveneens hun kennis kunnen vergroten.

Ontegengesteld is het inspirerend om goede voorbeelden met elkaar te delen. Toch moeten de verwachtingen niet te hoog worden gesteld. Er is immers geen beoordelingskader waaruit naar voren komt wanneer een initiatief een goed voorbeeld is en wanneer niet. Daardoor kan het gebeuren dat initiatieven als goed voorbeeld worden gepresenteerd, die op termijn toch niet blijken te werken of zeer kostbaar blijken te zijn, terwijl initiatieven die misschien veel perspectiefrijker en goedkoper zijn, onopgemerkt blijven. Soms worden best practices te snel gekopieerd, zonder rekening te houden met specifieke omstandigheden die bij een andere aanbieder gelden. Of andersom: soms is er weerstand tegen innovaties, omdat aanbieders ze liever zelf ontwikkelen (not invented here). Kortom: het is naar onze mening verstandig om best practices niet als een panacee te beschouwen.

Het kan nuttig zijn om voorbeelden waar aanbieders en vooral eindgebruikers enthousiast over zijn, met elkaar te delen, als dit maar niet los van verdere kennisopbouw gebeurt. Als het dan gaat om concrete goede voorbeelden van het gebruik van innovaties, bevelen wij aan om via bijvoorbeeld een bestaand kennisplatform een digitale raadpleegfunctie te creëren, waarop Wlz-uitvoerders kunnen zien welk vraagstuk met welke technologische innovatie kan worden aangepakt, hoe de innovatie in de praktijk is geïmplementeerd en hoe de ervaringen op de langere termijn zijn. Niet uitsluitend een verzameling voorbeelden dus, maar voorbeelden uitdrukkelijk gekoppeld aan een op te lossen vraagstuk en zo mogelijk aan succesfactoren (en aan contactgegevens om meer informatie te kunnen vragen). Belangrijk is dat een dergelijke raadpleegfunctie een level playing field biedt aan alle initiatieven, en geen verkapte reclame wordt. Wlz-uitvoerders zijn zich er overigens van bewust dat de aanbieder er met alleen een goede technologische ontwikkeling nog niet is, omdat een groot deel van het succes ook ligt in de implementatie in de organisatie, de inbedding in en aanpassing van de werkprocessen en het kunnen en willen werken met de techniek.

“Elkaar inspireren met concrete voorbeelden is goed, maar maak er nooit een copy-paste van”. *Uitspraak tijdens de bijeenkomst op 23 oktober 2018.*

De vraag kan worden gesteld hoe het delen van best practices zich verhoudt met de mededingingsregels. De NZa geeft in zijn *Wegwijzer bekostiging e-health 2018 voor 2019* (zie paragraaf 4.5) aan dat het toegestaan is om best practices te delen. Dat geldt niet alleen voor de Wlz-uitvoerders, maar ook voor de zorgverzekeraars. Zij mogen in elk geval wat e-health betreft het volgebeleid hanteren: de ene verzekeraar sluit zich aan bij beleidskeuzes van de andere verzekeraar; meestal gaat het om initiatieven van een aanbieder die zijn bedoeld voor alle patiënten van de betreffende aanbieder, niet alleen voor patiënten die bij één bepaalde verzekeraar zijn verzekerd. In het volgebeleid geldt wel dat er contracteervrijheid moet blijven en ruimte voor individuele profilering van verzekeraars; elke verzekeraar moet expliciet een eigen beslissing nemen en zelf prijsafspraken maken. Wat niet is toegestaan, is af te spreken dat bepaalde initiatieven buiten de contractering worden gelaten.

### 4.4. *Deelname aan of faciliteren van kennisplatform kan technologische innovaties stimuleren*

Enkele Wlz-uitvoerders kiezen ervoor om, vanuit de gedachte dat kennisopbouw over succesvolle technologische innovaties belangrijk is, in te zetten op regionale kennisplatforms. Dit zijn platforms waaraan meerdere partijen deelnemen, zoals cliëntenorganisaties, onderwijsinstellingen, aanbieders en gemeenten. Via

deze platforms kan kennis worden verspreid. Wlz-uitvoerders nemen aan deze platforms deel, of faciliteren ze door bijvoorbeeld ruimte op de website van de Wlz-uitvoerder aan te bieden.

Wij onderschrijven dat deze platforms een geschikt instrument kunnen zijn om technologische innovaties te stimuleren. De samenwerking tussen verschillende partijen is een pré en aangezien het onderwerp technologische innovaties centraal staat, kan ook de nodige kennis worden opgebouwd.

De Twentse Zorgacademie richt zich op het ondersteunen van technologische innovaties. Het is een coöperatieve vereniging, waarvan cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten, onderwijsinstellingen en de Wlz-uitvoerder Menzis lid zijn. Op deze wijze is een platform gecreëerd met korte lijnen tussen de partijen. Dat is belangrijk, omdat technologische innovaties alleen succesvol kunnen zijn als alle partijen hun bijdrage leveren. Zo kunnen onderwijsinstellingen ervoor zorgen dat in de zorgopleidingen meer aandacht wordt besteed aan de rol van technologie in de zorg; op die manier wordt, als de afgestudeerden in de zorg gaan werken (en ook al tijdens stages), de verankering van technologie in de praktijk vanzelfsprekender. De Twentse Zorgacademie heeft bijvoorbeeld een modelappartement ingericht voorzien van nieuwe zorgtechnologie, waarmee de werking van technologie meer zichtbaar en overdraagbaar wordt gemaakt. De Twentse Zorgacademie verzorgt verder cursussen voor professionals die al in de zorg werken, en begeleidt de implementatie van concrete projecten en zorgt voor bundeling van kennis van alle partijen. Menzis kan door zijn lidmaatschap van de Twentse Zorgacademie zijn eigen kennis vergroten.

#### **4.5. Organiseren van een competitie: speelse manier om innovatie te stimuleren, maar bewaak de grenzen**

Sommige Wlz-uitvoerders organiseren competities om aanbieders te stimuleren met innovatieve projecten te komen. De aanbieders kunnen dan strijden om de prijzen, vaak een financiële impuls of bijvoorbeeld de mogelijkheid om het initiatief te presenteren op een bijeenkomst of audiovisueel vast te leggen en via internet te verspreiden. We troffen een voorbeeld aan van een competitie waarin aanbieders hun stem kunnen uitbrengen op innovatie-initiatieven, waarna de projecten met de meeste stemmen financiële ondersteuning ontvingen.

Het organiseren van een competitie kan een speelse en 'luchtige' manier zijn om met innovatie bezig te zijn. Het wedstrijdelement kan sterk stimuleren. Wel moet altijd in gedachten worden gehouden dat de innovaties waar het om gaat, uiteindelijk ten goede moeten komen aan de cliënt. Het kan niet zo zijn dat cliënten die langdurige zorg ontvangen van aanbieders die niet in de prijzen zijn gevallen, structureel minder mogelijkheden hebben om van technologische innovaties te profiteren. Tenzij natuurlijk veel wordt verwacht van het overstappen van cliënten in de langdurige zorg naar andere aanbieders, als zij of hun familie niet tevreden zijn met de zorg. Daarnaast hebben de Wlz-uitvoerders (intentie-)afspraken gemaakt over het beperken van bijzondere regels en afspraken (over bijvoorbeeld bijzondere activiteiten of klantgroepen). Dit om de administratieve lasten van aanbieders te verminderen en uiting te geven aan de waarde die Wlz-uitvoerders hechten aan een vertrouwen als basis voor de relatie met aanbieders.

#### **4.6. Financiële impuls stuurt de innovatie**

Een aantal Wlz-uitvoerders maakt gebruik van een financiële impuls om technologische innovaties te stimuleren.

Voor het stimuleren van technologische innovaties door middel van een financiële impuls hanteren Wlz-uitvoerders verschillende vormen:

- vormen van een 'stimuleringspotje';
- opleggen van een tariefafslag wanneer een aanbieder onvoldoende innoveert of toekennen van een tariefopslag ter honorering van concrete initiatieven.

Een financiële impuls is in feite het meest sturende van alle instrumenten. Als nadeel is wel genoemd dat aanbieders in het geval van een financiële impuls te veel bezig zouden zijn met het nakomen van de afspraken dan met het werkelijk implementeren en inbedden van de innovatie, maar die mening wordt door anderen niet gedeeld.



---

#### **4.6.1. Stimuleren van initiatieven door Wlz-uitvoerders uit afzonderlijk ‘fonds’ is uitzondering**

Binnen de Wlz is het niet gebruikelijk om middelen uit de contracteerruimte of uit andere fondsen af te zonderen voor speciale doeleinden, voor zover die niet in regelgeving vastliggen. Dit zou zich niet verhouden met de afspraken over het hanteren van integrale tarieven. Toch is er een enkele Wlz-uitvoerder die dit wel doet of heeft gedaan. Doel is dan om een specifiek regionaal knelpunt aan te pakken, of om een overbrugging te creëren naar een toekomstige structurele oplossing. Voor zover wij hebben kunnen nagaan, gaat het eerder om uitzonderingen dan om regulier beleid.

#### **4.6.2. Tariefafslag of –opslag is sturend stimuleringsinstrument**

In paragraaf 4.5 is al genoemd, dat Wlz-uitvoerders (intentie-)afspraken hebben gemaakt over het hanteren van integrale tarieven. Sommige Wlz-uitvoerders baseren hierop hun beleid dat zij met de aanbieders een vast tarief afspreken (als percentage van het maximum-NZa-tarief), onafhankelijk van de prestaties op het gebied van – in dit geval – technologische innovaties.

Andere Wlz-uitvoerders hebben dit beleid verfijnd in die zin, dat aanbieders die geen enkel initiatief nemen op het gebied van technologische innovaties of die geen kwaliteitsplan of (in de ggz) geen kwaliteitsstatuut indienen, te maken krijgen met een tariefafslag of een onvolledige uitbetaling van het afgesproken tarief dan wel terugbetaling door de aanbieder. Tariefafslag wordt gezien als een ultiem middel, dat niet snel zal worden toegepast. De Wlz-uitvoerders verwachten meer van positief stimulerende instrumenten. Verder wijzen zij erop dat van een tariefafslag meestal alleen de cliënten en de professionals de dupe worden, en dit zijn nu net niet de mensen die bepalen of er wel of geen kwaliteitsplan/innovatie-initiatieven komen.

Enkele Wlz-uitvoerders hanteren een systeem van tariefopslagen, waarin aanbieders opslagen kunnen verdienen als zij met plannen voor technologische innovaties komen. Tariefopslagen kunnen worden gezien als een sterk sturend instrument, zeker als de opslagen materieel zijn. Eén uitvoerder hanteert concrete honoreringslijsten met typen technologische innovaties die voor tariefsopslag in aanmerking kunnen komen.

#### **4.6.3. Eisen aan initiatieven zijn niet zeer pregnant**

Financiële instrumenten – competities, subsidies en tariefopslagen – zijn meestal gekoppeld aan eisen waaraan de in te dienen initiatieven moeten voldoen. Dat kunnen procedurele eisen zijn, zoals het indienen van een plan en periodieke verantwoording, of inhoudelijke eisen, zoals het beschrijven van de bijdrage die de innovatie beoogt te leveren aan efficiëntere zorg of betere zorg voor dezelfde middelen.

De meeste Wlz-uitvoerders geven aan dat zij deze eisen, als zij ze al hanteren, niet zeer strikt interpreteren. Dit ondanks het feit dat in ZN-verband een stappenplan is opgesteld met elementen die in de beoordeling van initiatieven kunnen worden betrokken. Ook hier werd weer het basisprincipe van vertrouwen genoemd, dat wordt vertaald in het achterwege laten van eisen. Maar ook speelt mee, dat Wlz-uitvoerders de aanbieders ruimte willen geven voor experimenten. Zij onderkennen dat experimenten kunnen mislukken.

Het feit dat niet zeer strikte eisen worden gehanteerd, betekent ook dat Wlz-uitvoerders de voortgang en de effecten van het gebruik van technologische innovaties niet zwaar monitoren en evalueren. Dat biedt vrijheid en beperkt de administratieve lasten, maar impliceert ook dat weinig bekend wordt over de effecten en de voor- en nadelen van het betreffende initiatief.

Het betekent ook dat moeilijk na te gaan is of het gebruik van technologische innovaties werkelijk een vervanging zijn voor tot dan toe gebruikte methoden, of dat zij ‘erbovenop’ komen. Anders gezegd: het adagium ‘nieuw voor oud’, in de Zvw vaak genoemd, is in de langdurige zorg lastig te toetsen. Daarmee ontstaat het risico dat medewerkers naast reguliere methoden ook nog nieuwe technologie moeten toepassen, en dat zij daardoor juist zwaarder worden belast in plaats van worden ontlast. Door het ontbreken van eisen is het ook lastig om uit te maken of een initiatief wel of niet moet worden voortgezet of uitgebreid naar andere aanbieders (opschaling).

In het onderzoek naar de inkoop van innovatieve zorg in de Zvw, dat wij eerder dit jaar uitvoerden, bleek dat zorgverzekeraars als het gaat om innovatieprojecten duidelijk strengere eisen stellen. Daar was zelfs een vrij uniform basispakket aan eisen te benoemen:

1. Het project moet aantoonbaar voorzien in de behoefte van patiënten en/of van zorgverleners op de werkvloer.
2. De ‘markt’ moet rijp zijn voor het project, het moet duidelijk zijn dat de gebruikers ervoor openstaan;
3. Het project moet de kwaliteit van zorg en/of de efficiency verhogen.
4. Het project moet – op den duur – reguliere zorg gaan vervangen en dus niet additioneel blijven aan reguliere zorg mag zijn (nieuw voor oud);
5. Het project moet voorzien zijn van een sluitende business case;
6. Het project moet potentieel opschaalbaar zijn.

Naast deze basis-kpi's die bij elke verzekeraar in enige vorm wel deel uitmaken van de selectieprocedure hanteren verzekeraars ook eigen, meer specifieke kpi's, zoals:

7. Het project moet de eigen regie of zelfredzaamheid van cliënten verhogen.
8. Het project moet voorzien in een voldoende professioneel projectmanagement om het project te laten slagen.
9. De aanbieder die het project aanvraagt, moet het project ook echt aankunnen (er moet voldoende personeel zijn om het uit te voeren, er moet voorzien zijn in goede inbedding in de organisatie). Het project moet voorzien in actieve betrokkenheid van de eindgebruiker, vaak de cliënt, en de professionals op de werkvloer.
10. Het project moet een concreet en haalbaar implementatieplan bevatten.
11. Het project moet voorzien in een intern communicatieplan waarin is geregeld is dat alle betrokkenen aangesloten zijn.
12. Het project moet voorzien in een extern communicatieplan waarin is geregeld is dat opgedane ervaringen worden gedeeld.
13. Het project moet het niveau van één individuele aanbieder overstijgen (ketensamenwerking).
14. Het project de verzekeraar in staat stellen zich te profileren ten opzichte van andere verzekeraars.
15. Het project moet elders al succesvol zijn uitgevoerd.
16. Of juist: het project moet iets nieuws bieden in de regio en niet de herhaling zijn van een ander project.

Bij de Wlz-uitvoerders ontbreken deze eisen grotendeels. Wel hebben wij gezien dat één Wlz-uitvoerder een specifieke tariefsopslag hanteert voor een van de genoemde eisen, namelijk het delen van ervaringen die aanbieders met technologische innovaties opdoen.

De meeste eisen die in de Zvw worden gesteld, kunnen ook in de Wlz relevant zijn<sup>5</sup>. Wij komen later nog terug op de wijze waarop dit zou kunnen. Wel tekenen wij aan dat de kpi's de innovatie niet in de weg moeten staan. Om echt verder te komen, zal bijvoorbeeld de eis dat een project elders al succesvol moet zijn uitgevoerd, niet altijd gesteld kunnen worden.

#### **4.7. Contractering met andere partijen dan aanbieders als weinig perspectiefrijk instrument gezien**

In de interviews met de Wlz-uitvoerders hebben wij enkele malen gesproken over het idee om als Wlz-uitvoerder ook andere partijen dan zorgaanbieders te kunnen contracteren. Dit vanuit de constatering dat aanbieders soms ook te weinig kennis bezitten om op een goede manier met technologische innovaties om te gaan. Ligt het dan niet voor de hand om dan contracten af te sluiten met partijen die deze kennis wél bezitten, bijvoorbeeld ICT-leveranciers? Deze partijen zouden dan de taak krijgen om in een regio bepaalde technologische innovaties te implementeren.

De Wlz-uitvoerders die wij hiernaar vroegen, vroegen zich af of dit een zinvol instrument zou kunnen zijn. Het risico zou kunnen zijn dat aanbieders het idee krijgen dat hen iets wordt opgedrongen, en dat het vervolgens lastig zou worden om de innovatie echt te implementeren. Daarnaast wijzen zij erop dat zij dan contracten zouden moeten afsluiten met commerciële partijen, en dat dit op gespannen voet staat met de geest van de Wlz.

---

<sup>5</sup> De eis dat het project de verzekeraar in staat moet stellen zich te profileren, is in de Wlz minder van toepassing omdat daar geen concurrentie geldt.

Vaak gaven zij aan dat zij deze optie nooit verder hadden doordacht, omdat het op dit moment in de regelgeving onmogelijk is om financiële afspraken te maken met een andere partij dan een zorgaanbieder.

#### **4.8. Interne organisatie bij Wlz-uitvoerders kan een rol spelen bij stimuleren innovatie**

Ten slotte kan de wijze waarop Wlz-uitvoerders de inkoop intern organiseren, een instrument zijn om innovatie te stimuleren. Wij hebben hieraan in de interviews aandacht besteed.

In het eerder uitgevoerde Zvw-onderzoek bleek het als een succesfactor te worden beschouwd als een duidelijke verbinding werd gelegd tussen inkopers en innovatiemanagers of -afdelingen binnen de organisatie van de zorgverzekeraar. Bij Wlz-uitvoerders is meestal geen specifieke innovatiemanager of -afdeling aanwezig, zodat deze verbinding hier minder aan de orde is. Wij kunnen ons voorstellen dat een innovatiemanager of -afdeling intern wel een stimulerende werking zou kunnen hebben. Deze gedachte wordt bevestigd door ervaringen van Wlz-uitvoerders waar de innovatiemanager van de zorgverzekeraar expliciet ook aandacht besteedt aan de langdurige zorg.

“Wij hebben als verzekeraar een soort intern expertisecentrum opgericht voor zowel Zvw- al Wlz-inkoop. Wij ondersteunen onze inkopers bij vragen over technologische innovaties waar zij zelf niet uitkomen.”  
*Uitspraak tijdens de bijeenkomst op 23 oktober 2018.*

In dit verband noemen wij nog dat enkele Wlz-uitvoerders er bewust voor hebben gekozen om hun inkopers een gemengde portefeuille van Wlz- en Zvw-zorg te geven. Bijvoorbeeld de portefeuille verpleging en verzorging en wijkverpleging. Dit wordt als een succesfactor gezien vanwege wederzijdse leerervaringen, maar ook omdat het op die manier beter mogelijk wordt om integrale zorginkoop te realiseren. Als bijvoorbeeld afbouw in de ene vorm van zorg aan de orde is, kunnen compenserende maatregelen in de andere zorgvorm worden afgesproken.

#### **4.9. Keuze instrumenten verschilt per Wlz-uitvoerder**

Eerder is al benoemd dat de keuze van stimuleringsinstrumenten kan samenhangen met de taakopvatting van de Wlz-uitvoerder: wel of niet sturend optreden. Maar ook los daarvan maken Wlz-uitvoerders verschillende keuzes. Zo zijn er uitvoerders die het zoeken van verbinding met andere bekostigingsstromen (Zvw, Wmo) beschouwen als een stimuleringsinstrument dat pas in een later stadium aan de orde komt, terwijl anderen vinden dat ze daar nu al actief in kunnen en moeten zijn.

In de sessie van 23 oktober hebben wij de aanwezigen gevraagd hoe nuttig zij verschillende instrumenten voor de stimulatie van technologische innovatie vinden door punten te verdelen over de volgende zes instrumenten:

1. In de inkoopgesprekken zorgaanbieders bevragen op dit onderwerp;
2. Samenwerking zoeken met financiers in de Zvw en Wmo, omdat dit soort projecten vaak grensoverschrijdend is;
3. Delen van best practices in de gesprekken, op de website of via speciaal daarvoor georganiseerde bijeenkomsten;
4. Deelnemen aan of faciliteren van kennisplatforms;
5. Een competitie organiseren en de beste innovatieprojecten belonen;
6. Tariefopslag toekennen voor technologische innovatie;

Verreweg de meeste punten werden toegekend aan het eerste instrument, het bevragen van aanbieders in de inkoopgesprekken. Het delen van best practices (instrument 3) wordt daarna als het meest nuttig ervaren. De minste punten werden toegekend aan het organiseren van een competitie voor het belonen van de beste innovatieprojecten.

## 5. *Financiering technologische innovaties uit meerdere bronnen mogelijk*

In het vorige hoofdstuk spraken we over het inzetten van financiële middelen als sturingsinstrument voor technologische innovaties. Maar hoe wordt het gebruik van technologische innovaties bekostigd, los van het feit of dit loopt via integrale tarieven dan wel via tariefsopslag?

### 5.1.1. *Huidige contracteerruimte biedt ruimte voor indirecte bekostiging inzet technologie*

In de eerste plaats biedt de huidige reguliere contracteerruimte de mogelijkheid voor inzet van technologie. De huidige productieomschrijvingen laten daar de ruimte voor.

De NZa heeft een publicatie uitgebracht die alle mogelijkheden in kaart brengt om technologische innovaties/e-health zorgbreed te bekostigen: de Wegwijzer bekostiging e-health<sup>6</sup>. De meest recente versie betreft de zorginkoop 2019. Hoofdboodschap van de wegwijzer is dat er meer mogelijk is dan velen denken. De NZa beschouwt e-health als een leveringsvorm van zorg, en langs die weg kan de inzet van veel e-health-initiatieven binnen de reguliere tarieven indirect worden vergoed als onderdeel van contracteringsafspraken met zorgfinanciers. Zorg die zou worden vergoed als ze door mensen wordt geleverd, wordt in principe ook vergoed als ze met inzet van e-health wordt geleverd. Voor de Wlz dus vergoeding binnen de ZZP's. Voor de Wlz en voor de wijkverpleging geldt bovendien dat additioneel aan de uurtarieven per maand per cliënt maximaal 4 uur beeldschermcommunicatie kan worden gedeclareerd en maximaal 2,5 uur farmaceutische telegzorg.

### 5.1.2. *Extra kwaliteitsmiddelen kunnen inzet technologie faciliteren<sup>7</sup>*

Voor de verpleging en verzorging zijn de middelen vanuit het kwaliteitskader verpleeghuiszorg van belang. De middelen moeten voor 85% worden gebruikt voor het aantrekken van nieuw zorgpersoneel, maar mogen voor (maximaal) 15% worden gebruikt voor kwaliteitsverbetering in een andere vorm: inzet van technologie wordt in het kwaliteitskader als een van de mogelijkheden hiervoor genoemd. De aanwending van middelen voor technologie is niet verplicht; wel brengt het kwaliteitskader onder de aandacht dat de inzet van ICT een (deel)oplossing kan zijn voor het tekort op de arbeidsmarkt<sup>8</sup>. Voor 2019 is een totaalbedrag van € 600 miljoen aan kwaliteitsmiddelen beschikbaar, waarvan dus 15%, € 90 miljoen, voor andere doeleinden dan formatieversterking. Overigens geldt de aangegeven verdeling 85%/15% op landelijk niveau (zorgkantoorgebied) en niet op het niveau van individuele aanbieders. Op dat niveau kan de Wlz-uitvoerder van het verdelingspercentage afwijken, als dit elders maar wordt gecompenseerd. De middelen zijn beschikbaar voor intramurale verpleeghuiszorg en geclusterd aangeboden VPT's (Volledig Pakket Thuis)<sup>9</sup>; over inzet in het kader van MPT's (Modulair Pakket Thuis) moet nog een besluit worden genomen; daarmee zijn de middelen dus ook voor een beperkte groep thuiswonende cliënten beschikbaar.

Als onderdeel van deze kwaliteitsmiddelen is er verder het transitiebudget van € 50 miljoen per jaar beschikbaar voor knelpunten bij de implementatie van kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het gaat om knelpunten die niet door individuele aanbieders kunnen worden opgelost. De middelen zijn niet specifiek bedoeld voor technologische innovaties, maar sommige Wlz-uitvoerders wijzen er wel expliciet op in dit

<sup>6</sup> [https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC\\_240745\\_22/2/](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_240745_22/2/)

<sup>7</sup> In de bijeenkomst op 23 oktober werd erop gewezen dat de middelen voor een financiële innovatie-impuls, hoe welkom en belangrijk ook, altijd nog maar een klein percentage vormen van het totale budget van een aanbieder.

<sup>8</sup> Het valt op dat deze relatie wel in vele regionale inkoopkaders wordt aangehaald, maar bijna nergens wordt uitgewerkt, terwijl toch de verwachting dat technologie arbeid kan vervangen en dus het tekort aan zorgpersoneel kan helpen oplossen, wordt gezien als een belangrijke aanjager van technologische innovatie.

<sup>9</sup> Aanvullende Nota van Inlichtingen 2019, Zorgverzekeraars Nederland 9 juli 2018.

---

verband, omdat juist technologische innovaties soms wel een brede toepassing kennen, maar ook hoge investeringen vragen, die niet door één aanbieder kunnen worden opgebracht. Sommige Wlz-uitvoerders hanteren de regel dat elke aanbieder 6 à 7% van zijn totale budget moet reserveren voor kwaliteitsverbetering.

Tot slot noemen wij nog de middelen uit het programma Waardigheid & Trots in de sector verpleging en verzorging, en de transitie-middelen. Ook hiervoor geldt dat het niet specifiek gaat om technologie, maar dat sommige Wlz-uitvoerders deze middelen wel speciaal noemen als het gaat om technologische innovaties. Ook het ministerie wijst in het programmaplan van het kwaliteitskader verpleeghuizen op deze middelen.

Veel Wlz-uitvoerders spreken in hun beleidskader over het zogeheten ontwikkelbudget, dat beschikbaar zou kunnen komen voor de oplossing van regionale knelpunten met name in de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Zij geven aan hoe ze de middelen zullen inzetten, als duidelijk is dat deze beschikbaar komen. Meestal wordt technologie hierbij niet expliciet genoemd. Op dit moment is nog onduidelijk wanneer het ontwikkelbudget beschikbaar zal komen.

### *5.1.3. De NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten*

De NZa-beleidsregel voorziet in het toekennen van extra middelen voor innovaties in de zorg. NB dus niet specifiek voor gebruik van technologische innovaties. Het gaat dan om het oplossen van knelpunten die niet binnen de reguliere financiering van de betreffende aanbieder kunnen worden opgelost.

Deze middelen zijn bedoeld om voor drie jaar en in sommige gevallen vijf jaar een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg zoals met behulp van e-health. De innovatie moet zijn gericht op een van de volgende verbeteringen:

- een nieuwe of vernieuwende vorm van zorglevering met een betere prijs/kwaliteitsverhouding;
- een efficiëntere zorgorganisatie;
- betere kwaliteit van zorg.

Een aanvraag moet worden ingediend door een aanbieder en een Wlz-uitvoerder.

De geormerkte middelen ten behoeve van innovatie in 2019 (evenals in 2018) € 5 miljoen additioneel aan de contracteerruimte, met een maximum van € 0,5 miljoen per project.

## 6. *Uitdagingen en hoe deze aan te gaan*

In dit slothoofdstuk besteden wij aandacht aan de zaken die in de ogen van de Wlz-uitvoerders het stimuleren van technologische innovaties in de weg kunnen staan, en aan de mogelijke aanpak daarvan. Voor een samenvatting van de aanbevelingen verwijzen wij graag naar de samenvatting voorin het rapport.

### 6.1. *Kennisopbouw bij Wlz-uitvoerders belangrijkste uitdaging*

Het feit dat de Wlz-uitvoerders aangeven dat zij graag hun kennis (en handelingsperspectief) over gebruik van technologische innovaties in de zorg zouden uitbreiden, zien wij als een belangrijke kans om te komen tot een effectievere stimulering van technologische innovaties. Op dit moment is die kennis nog niet overal in voldoende mate aanwezig, en vragen wij ons af of Wlz-uitvoerders wel allemaal klaar zijn om met de aanbieders sluitende afspraken te maken over de concretere eisen die het uitvoeringsplan *Thuis in het verpleeghuis* stelt aan de toepassing van technologie in de langdurige zorg.

Daarbij is het niet de bedoeling om zorginkopers om te scholen tot ICT-deskundigen. ‘Je hoeft het niet zelf te kunnen, maar je moet weten waar je moet zoeken en wie je kan helpen’.

Eigenlijk is het allerbelangrijkste misschien niet eens de kennis van, maar de affiniteit met de toepassingsmogelijkheden van technologie en innovatie. Je moet ervoor openstaan. *Uitspraak tijdens de bijeenkomst op 23 oktober 2018.*

Waar het om gaat is niet dat Wlz-uitvoerders doorgronden hoe de technologie precies werkt, maar dat ze de kennis ontwikkelen die nodig is om perspectiefrijk gebruik van technologische innovaties te onderkennen en daar de passende afspraken bij te maken. Denk aan kennis over:

- basisprincipes voor gebruik van technologische innovaties, bijvoorbeeld ‘sta voldoende stil bij de vraag welk probleem het project moet oplossen’
- aspecten van projectmanagement: welke elementen in een projectplan vergroten de kans op een succes (denk aan elementen als betrekken van de eindgebruiker en de medewerkers bij de ontwikkeling, zorgen voor een goed implementatie- en communicatieplan, zorgen voor ambassadeurs in de organisatie enzovoorts, zie ook hoofdstuk 4.6)
- inzicht in het identificeren van best practices (waar zijn betrouwbare voorbeelden te vinden, bij wie is meer informatie beschikbaar, wie kan helpen om tot een afweging te komen).

In de bijeenkomst op 23 oktober is benadrukt dat het waardevol is om bij de opbouw van kennis over de grenzen van afzonderlijke zorgsectoren heen te zien. Dit geldt voor aanbieders en voor Wlz-uitvoerders.

Wij bevelen aan om een landelijk kennisprogramma op te zetten dat het handelingsperspectief van Wlz-uitvoerders vergroot. ZN zou hierin het voortouw kunnen nemen, of een van de Wlz-uitvoerders die affiniteit met het onderwerp heeft.

Tegelijkertijd raden wij aan om op korte termijn al te starten met kennisopbouw, om het momentum niet te missen. Wlz-uitvoerders willen hun kennis graag uitbreiden en problemen op de arbeidsmarkt vragen om een voortvarende aanpak van mogelijke oplossingen. Bovendien vraagt ook het uitvoeringsplan *Thuis in het verpleeghuis* om actie. Om een snelle start te kunnen maken, is het raadzaam om zo mogelijk aan te sluiten bij al lopende initiatieven voor kennisopbouw, zoals de initiatieven van de Twentse Zorgacademie. Wij bevelen het ministerie van VWS aan om te bezien welke concrete afspraken er over een dergelijk kennisprogramma kunnen worden gemaakt, om een snelle voortgang te borgen.

'Innovatie heeft een landingsbaan nodig'. Vanuit die gedachte heeft een zorgaanbieder in de gehandicaptenzorg een programma opgezet om ervoor te zorgen dat iedere medewerker beschikt over digitale basisvaardigheden. Het is een programma met een breed aanbod van praktische leermiddelen, waaronder de inzet van persoonlijke coaches. Minder vaardige medewerkers worden een-op-een gecoacht door collega's. Dit concept kan ook bruikbaar zijn bij het opleiden van inkopers. *Reactie op conceptrapport.*

## 6.2. 'Grens van 15% verpleeghuismiddelen' vraagt monitoring

Wlz-uitvoerders ervaren het als een knelpunt dat de extra middelen vanuit het kwaliteitskader verpleeghuizen voor niet meer dan 15% ingezet mogen worden voor andere zaken dan zorgpersoneel (en dus voor onder meer technologische innovaties). Zij melden dat uit de gesprekken met aanbieders blijkt dat het hen vaak niet lukt om voldoende invulling te geven aan de 85% extra middelen die alleen aan extra zorgpersoneel mogen worden uitgegeven.

De verdeling 85-15, zoals die in de praktijk is gaan heten, is door de minister vastgelegd, om recht te doen aan de wensen van de Tweede Kamer. Het is dus niet, zoals soms wordt verondersteld, een bepaling van het NZa of van de Wlz-uitvoerders zelf.

Wlz-uitvoerders onderkennen dat ook binnen de tarieven voor de reguliere zorgproducten (ZZP's) afspraken over technologische innovaties kunnen worden gemaakt en dat de kwaliteitsmiddelen slechts een relatief gering deel van het totale budget vormen, maar zij vinden dat juist de extra middelen de aanbieders ruimte geven voor innovatie, en dat hier nu te snel een rem op wordt gezet. Zij pleiten voor loslaten van de verplichte verdeling in 85% middelen voor zorgpersoneel en 15% middelen voor andere zaken.

Het feit dat de verdeling 85-15 alleen geldt op regionaal niveau en dat er op het niveau van individuele zorgaanbieders van dit percentage kan worden afgeweken, lost naar de mening van de Wlz-uitvoerders het punt niet op. Zij geven aan dat omdat alle aanbieders op hetzelfde moment contractafspraken maken, bij afwijken van het verdeelpercentage feitelijk pas na afloop duidelijk of op regionaal niveau de verdeling volgens de voorgeschreven 85-15% is gemaakt. Bovendien is het naar hun mening in de gegeven omstandigheden bijna niet denkbaar dat veel aanbieders komen met voorstellen om meer dan 85% in te vullen met zorgpersoneel, gezien de situatie op de arbeidsmarkt. Dit betekent dat er dan ook geen aanbieders kunnen zijn die meer dan 15% inzetten voor andere doelen dan zorgpersoneel.

De Wlz-uitvoerders realiseren zich dat het loslaten van de verdeling politiek lastig zo niet onbespreekbaar is, gezien de voorgeschiedenis van de kwaliteitsmiddelen. Juist het perspectief van meer persoonlijke aandacht voor de cliënt gaf de impuls voor het beschikbaar komen van kwaliteitsmiddelen. De politiek en de media zullen er op zijn minst van overtuigd willen worden dat bij het loslaten van de verdeling het geld niet wordt besteed aan zaken waar de cliënt te weinig baat bij heeft.

Wij adviseren het ministerie van VWS om de praktijkervaringen met de verdeling 85-15 goed te volgen. Mocht een beleidswijziging in de zin van het loslaten van deze verdeling mogelijk zijn, dan zullen in ieder geval harde en duidelijke voorbeelden beschikbaar moeten zijn van situaties waarin deze grens inderdaad heeft geleid tot onoplosbare problemen.

## 6.3. Inzet verpleeghuismiddelen over grenzen heen mogelijk maken

Vervolgens noemen de Wlz-uitvoerders als knelpunt de strikte koppeling in het kwaliteitskader verpleeghuizen van de kwaliteitsmiddelen aan uitsluitend verpleeghuiszorg. Technologische innovaties overschrijden juist vaak de grens van een financieringsstroom of de grens van intramuraal en extramuraal. Dan is het niet voldoende dat de middelen ook mogen worden ingezet voor verpleeghuiscliënten met een geclusterd aangeboden VPT.

Weliswaar gaat het hier om thuiswonende cliënten, maar het betreft een relatief kleine groep. Waar het de Wlz-uitvoerders om gaat, is dat technologische innovaties ook moeten kunnen worden ingezet om opnames in het verpleeghuis te voorkómen. Daar kunnen juist technologische oplossingen in de thuisituatie uitermate geschikt voor zijn.

## **6.4. Regionale contractruimte op jaarbasis strookt niet met meerjarencontracten**

Wlz-uitvoerders sluiten bijna altijd meerjarencontracten af met de aanbieders in hun regio. Doel daarvan is meerjarige zekerheid te bieden, zodat ook investeringen kunnen worden gedaan die niet in één jaar terug te verdienen zijn.

Echter: het volume aan middelen dat voor de regio beschikbaar is, wordt per jaar vastgesteld. En hoewel de verschuivingen nooit fundamenteel zijn, blijft er naar de mening van Wlz-uitvoerders altijd een onzekerheid die ongewenst is. Dat is een van de redenen waarom Wlz-uitvoerders jaarlijks komen met geactualiseerde kaders.

Wlz-uitvoerders onderkennen dat er altijd omstandigheden kunnen zijn die effect hebben op de budgetruimte, en dat de buitenwereld en de politiek niet te maken hebben met een andere dynamiek. Toch geven Wlz-uitvoerders aan dat zij een grotere mate van zekerheid op prijs zouden stellen. Zij geven aan te willen voorkomen dat innovaties met meerjarige kosten het ene jaar vergoed worden, en het volgende jaar door een budgetkorting niet meer. Zij geven daarbij aan dat juist (afzonderlijk bekostigde) innovaties dit risico lopen, omdat korten op reguliere zorg lastiger zou zijn.

Wij bevelen ZN aan dit punt nader te verkennen en te concretiseren.

## **6.5. Ontwikkelbudget nog niet beschikbaar**

Het voor de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg eerder aangekondigde ontwikkelbudget is op het moment waarop wij dit rapport opleveren, (nog) niet beschikbaar gekomen. Daarmee worden naar de mening van Wlz-uitvoerders juist in deze sectoren – waar geen kwaliteitsmiddelen vergelijkbaar met die in de verpleeghuiszorg voor gelden - mogelijk innovaties vertraagd. Weliswaar kunnen innovaties ook uit reguliere middelen worden bekostigd, maar de Wlz-uitvoerders geven aan dat specifieke stimuleringsmiddelen de drempel wel verlagen.

## **6.6. NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten en onderliggende regelgeving kennen nog enkele aandachtspunten**

Een aantal Wlz-uitvoerders benoemt dat het relatief veel werk is om een beroep te doen op de NZa-beleidsregel innovatie kleinschalige experimenten. Dit komt omdat de regeling eisen stelt aan de in te dienen projecten, zoals de aanwezigheid van een projectplan met meetbare doelen. Overigens geven de Wlz-uitvoerders wel aan dat de NZa de indieners wel concreet terzijde staat als zij een aanvraag willen indienen en dat zij dit als plezierig ervaren.

Zonder een uitspraak te kunnen doen over de exacte eisen die de NZa in het kader van deze regeling stelt, merken wij op dat het kunnen monitoren van de effecten van het gebruik van technologische innovaties ook voor Wlz-uitvoerders zelf en voor de aanbieders van waarde kan zijn.

Enkele Wlz-uitvoerders geven aan dat het maximum van € 500.000 per initiatief een knelpunt kan zijn. Juist omdat de regeling is bedoeld voor initiatieven die het niveau van één aanbieder overstijgen, gaat het vaak om grotere initiatieven. Naar wij begrepen hebben, onderzoekt de NZa of het mogelijk en wenselijk is dit maximum los te laten.

Een tweede aandachtspunt dat door Wlz-uitvoerders naar voren wordt gebracht, is het feit dat bij de verantwoording van middelen die op grond van deze beleidsregel worden ingezet, een splitsing moet worden aangebracht naar Wlz en Zvw. Technologische innovaties overstijgen echter vaak die grenzen, zoals bij initiatieven om de werkprocessen van hulpverleners te verbeteren door inzet van technologie. Welk gedeelte moet dan in het kader van de Wlz worden verantwoord en welk gedeelte in het kader van de Zvw. Aanbieders die zowel Wlz- als Zvw-zorg bieden - en dat zijn er vele - vinden het daarom ingewikkeld om een beroep op deze beleidsregel te doen voor projecten die hun hele organisatie ten goede komen.



---

De NZa onderkent dit knelpunt, maar geeft aan dat oplossen alleen mogelijk is door aanpassingen in de Wlz en Zvw.

Wij bevelen het ministerie aan om in overleg met de NZa te bezien hoe deze beleidsregel kan worden aangepast. Wij trekken deze aanbeveling zelfs breder, omdat wij zowel in dit onderzoek als in het eerdere Zvw-onderzoek hebben geconstateerd dat het verantwoorden van de middelen over de grenzen van een financieringsstroom heen nog altijd ingewikkeld is. Dat geldt overigens nog sterker voor zorg waarbij Wmo-financiering is betrokken.

Wij bevelen VWS aan om hiervoor een oplossing te zoeken. Feitelijk omvat een dergelijke oplossing ook de mogelijkheid om innovatiemiddelen uit bestaande bronnen eenvoudig te combineren, zonder gehinderd te worden door niet te verenigen voorschriften of complexe verantwoordingseisen per financieringsbron.

## **6.7. Koppeling innovatiemiddelen aan individuele cliënten geen verantwoordingseis**

Meerdere Wlz-uitvoerders hebben aangegeven dat er een knelpunt ontstaat bij de externe verantwoording van het gebruik van technologische innovaties. De verslaggevingsregels zouden niet toelaten dat innovaties die niet direct aan een individuele cliënt kunnen worden gekoppeld, als zorgproductie kunnen worden verantwoord. Daardoor zou een probleem kunnen ontstaan bij de rechtmatigheidstoetsing (is zorggeld ook aan zorg besteed?).

De NZa is van mening dat dit probleem zich niet kan voordoen, omdat de wijze van zorglevering (door personeel of in de vorm van e-health) niet van belang is voor de rechtmatigheidstoetsing. Investerings- of afschrijvingskosten van technologie kunnen dus gewoon binnen het reguliere tarief worden gebracht, ook als het gaat om investeringen die niet direct aan individuele cliënten kunnen worden toegerekend. Investerings- of afschrijvingskosten die worden gefinancierd uit specifieke regelingen zoals de 15% kwaliteitsmiddelen voor verpleeghuizen of de beleidsregel Innovatie kleinschalige experimenten worden buiten deze reguliere prestaties om verantwoord volgens de voorschriften in deze regelgeving. De NZa beveelt overigens wel aan om voorafgaand aan innovaties zeker te stellen dat geen strijd met de rechtmatigheidstoets kan ontstaan.

Wij bevelen de NZa aan om aan dit punt expliciet aandacht te besteden in de communicatie en voorlichting.

## **6.8. Slot**

Met dit hoofdstuk hebben wij in feite ook de hoofdvraag van dit onderzoek beantwoord. Deze luidt: *waarop zouden Wlz-uitvoerders dienen te letten als zij met hun inkoopbeleid optimaal willen bijdragen aan innovatie van de zorg over de boeg van technologie?* Vanuit de ambitie om technologische innovaties in de langdurige zorg effectief te stimuleren, zouden Wlz-uitvoerders de meerwaarde van initiatieven moeten kunnen beoordelen. Daarvoor is verdere kennisopbouw nodig, en zou het goed zijn als de in dit hoofdstuk aangegeven aandachtspunten door de genoemde partijen worden opgepakt.

---

# A. *Ter inspiratie: de inzet van enkele technologische innovaties*

In deze bijlage benoemen we ter inspiratie kort enkele (typen) technologische innovaties die in het onderzoek naar voren zijn gekomen.

## A.1. *ZieMij*

In de bijeenkomst van 23 oktober heeft Koraal – een zorginstelling gespecialiseerd in gehandicaptenzorg, jeugdzorg, onderwijs en arbeidstoeleiding – het project ZieMij- gepresenteerd. Dit initiatief is bedoeld om mensen met lage taalvaardigheden waaronder mensen met een licht verstandelijke beperking te ondersteunen bij het lezen van formele brieven die zij ontvangen van bijvoorbeeld de gemeente, overheden of andere instanties. Omdat dat het taalniveau in veel van deze brieven niet aansluit op wat zij kunnen lezen, moeten zij een beroep doen op hun begeleiders of de brief blijft ongelezen. Daardoor kunnen zij allerlei problemen ondervinden, doordat ze niet (tijdig) reageren op bijvoorbeeld oproepen om zich bij een instantie te melden. ZieMij pakt dit probleem op meerdere fronten aan. De cliënt krijgt de beschikking over een app die:

- brieven vertaalt en verkort weergeeft in Taal voor allemaal ( een taal die 95% van alle Nederlanders begrijpt);
- brieven omzet in concrete acties voor de cliënt en deze ook direct in de agenda plaatst; inclusief een overzicht van wat de cliënt mee moet nemen, de route enzovoorts.

De app maakt gebruik van een feedbackfunctie, waarmee gemeenten en andere instanties kunnen leren welke begrippen voor cliënten ingewikkeld zijn en hoe ze vertaald kunnen worden Taal voor Allemaal.

Bij de ontwikkeling van de ZieMij app zijn cliënten en medewerkers van de werkvloer uitdrukkelijk betrokken, en de eerste ervaringen zijn zeer positief. De cliënt ervaart meer zelfstandigheid. Medewerkers besparen tijd en organisaties hebben minder last van telefoontjes naar de klantenservice.

## A.2. *Sensoren en domotica*

Meerdere Wlz-uitvoerders noemden tijdens de interviews de mogelijkheden van sensoren en domotica, die cliënten in staat stellen thuis te blijven wonen en toch 24 uur per dag de zekerheid hebben dat het wordt opgemerkt als er iets gebeurt.

Ook intramuraal kunnen sensoren en camera's of inluistersystemen veel tijd besparen. Zo kan de organisatie toe met minder nachtdiensten als ook via de monitor kan worden gezien of er iets aan de hand is. Cliënten hoeven niet onnodig te worden gewekt als een sensor aangeeft of het nodig is om incontinentiemateriaal te verwisselen.

## A.3. *Dwaalpreventie*

Voor mensen met dementie is het traumatisch om steeds weer gesloten deuren te vinden. Er zijn tal van technologische oplossingen beschikbaar, die dit probleem helpen oplossen. Zo zijn er sensoren die een signaal geven als een cliënt een bepaalde zone verlaat. Als er toch gesloten deuren nodig zijn, is het voor cliënten die zich nog wel daarbuiten kunnen begeven, traumatisch om te worden tegengehouden door deuren die nodig zijn voor medebewoners. Voor hen zijn er *smart key-oplossingen*, die maken dat zij probleemloos de deur kunnen openen.

## A.4. *Smart glasses*

Een bril, die direct verbinding maakt met iemand die op afstand meekijkt. De meekijkende persoon ziet precies hetzelfde als de persoon die de bril op heeft, en de personen kunnen met elkaar communiceren.

Op die manier wordt het mogelijk om bijvoorbeeld iemand die aan huis is gebonden, toch te laten 'meegaan' met een uitstapje. Maar ook kan een arts of verpleegkundige meekijken met een verzorgende of mantelzorger;

---

de arts of verpleegkundige ziet dan precies hetzelfde als de verzorgende of mantelzorger, die bovendien de handen vrij heeft. Het is dan veel minder vaak nodig dat de arts of verpleegkundige zelf de cliënt bezoekt. Een derde toepassing is die van supervisie op medewerkers op afstand. De supervisor kan de handelingen van de medewerker precies volgen, en ook zien of die adequaat zijn gezien de situatie van de cliënt. De bril wordt zelfs gebruikt door het CIZ als hulpmiddel bij indicatiestelling en als gedeeltelijke vervanging van fysieke bezoeken aan de cliënt.

<https://www.youtube.com/watch?v=wOm6C2NBnxc>

<https://www.youtube.com/watch?v=rlWygR46eww>

<https://www.youtube.com/watch?v=VzaoLyN4fio>

## **A.5. Slimme medicijndispensers**

Medicijndispensers bestaan in alle soorten en maten, maar er zijn nu ook 'slimme' versies die geautomatiseerde controles uitvoeren op onder meer de doses. De cliënt loopt minder risico, maar het systeem kan bovendien tijd besparen in situaties waarin twee verpleegkundigen moeten controleren of het juiste medicijn aan de juiste cliënt wordt verstrekt. Onder voorwaarden kunnen slimme dispensers een van de verpleegkundigen vervangen.

## **A.6. Rollator met valpreventie en gps**

Rollators kunnen worden uitgerust met allerlei apparatuur die de cliënt helpt om zich zelfstandiger te bewegen. Zo zijn er rollators met een ingebouwde camera, waardoor de cliënt wordt gewaarschuwd bij obstakels. Een andere toepassing is het inbouwen van gps, zodat de cliënt een route kan inplannen, de weg kan terugvinden als hij verdwaalt, of in elk geval getraceerd kan worden.

## **A.7. Sprekende bloempotten**

Cliënten vergeten soms welke afspraken zij in de agenda hebben staan, of wanneer zij ook weer welke medicijnen moeten innemen. Een digitale sprekende assistent herinnert hen aan de afspraken. Om het er niet te technisch uit te laten zien, hebben de apparaatjes min of meer de vorm van bloempotten. Het scheelt de verzorgenden veel tijd als zij dit werk niet meer hoeven te doen, terwijl de cliënt het gevoel heeft dat hij zelf kan redden.

Een variant – niet in de vorm van een bloempot maar als app op een tablet – waarschuwt cliënten of hun familie als de cliënt wordt opgehaald voor bijvoorbeeld de dagopvang of voor therapie. Cliënten kunnen er dan voor zorgen dat ze klaarstaan. Dit bespaart vervoerskosten, omdat momenteel veel tijd gemoeid is met wachten tot de cliënt in kan stappen. De app geeft concrete aanwijzingen en vermeldt ook de naam van de chauffeur, met foto, zodat de cliënt weet wat er gaat gebeuren.

## **A.8. De eet-app**

De eet-app is bedoeld voor cliënten die zelfstandig wonen en zelf hun maaltijd willen bereiden, maar daarbij wel steun nodig hebben. Op de app kan de cliënt aanklikken wat hij die avond wil gaan koken (met behulp van foto's). De app maakt dan een boodschappenlijst (in de vorm van plaatjes) die de cliënt desgewenst in de winkel kan laten zien. De app begeleidt de cliënt vervolgens stap voor stap bij het bereiden van de maaltijd.

## **A.9. Tover tafels**

Al bijna geen innovatie meer, naar wij begrepen: de tafels die via lichtprojecties verschillende beelden kunnen laten zien en die reageren op bewegingen van de cliënt. Ze brengen de cliënt in beweging en bieden afleiding. Zo zijn er bewegende herfstbladeren, die je bij elkaar kunt vegen, groepsspellen, raadsels enzovoorts. Er zijn tover tafels voor ouderen met dementie, maar ook voor autistische jongeren of voor kinderen met een verstandelijke beperking.

## **A.10. Robotica**

Het viel ons op dat in de gesprekken met de Wlz-uitvoerders over het gebruik van technologie in de zorg relatief weinig werd gewezen op de inzet van robots. Het bleek dat de meerwaarde van robots zeker wel wordt gezien,

---

maar dat het relatief veel kennis van medewerkers vergt om de robots de programmeren, gebruiken en onderhouden. Dit zou een drempel zijn voor een bredere toepassing van robots.

Deze constatering is te koppelen aan de constatering van Wlz-uitvoerders dat professionals op de werkvloer lang niet altijd voldoende kennis hebben om optimaal gebruik te maken van de technologie. Dit leidt ertoe dat sommige Wlz-uitvoerders met de aanbieders expliciet afspraken maken over bijscholing van medewerkers, en zelfs dat zij met onderwijsinstellingen spreken over het opnemen van technologische modules in de zorgopleidingen. Ook stimuleren sommige Wlz-uitvoerders aanbieders om in hun organisatie een technologie-ambassadeur aan te stellen. Spijtig is dan wel weer dat ook een dergelijke ambassadeur niet snel gerekend zal worden tot het zorgpersoneel, en dus ook niet gefinancierd kan worden uit de extra verpleeghuismiddelen die voor zorgpersoneel beschikbaar zijn gekomen.

### ***A.11. Aanmeldportaal Breda***

Een initiatief van andere aard is het aanmeldportaal Breda. Dit is een portaal waaraan eerstelijns hulpverleners, Wlz-voorzieningen en ziekenhuizen meewerken. Het portaal is bedoeld om snel te kunnen voorzien in spoedhulp voor kwetsbare ouderen. Het portaal biedt een actueel overzicht van beschikbare plaatsen in bijvoorbeeld het eerstelijnsverblijf. Door op regioniveau de bezetting van alle capaciteit te monitoren, is altijd direct duidelijk waar de cliënt terecht kan. Hierdoor worden onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en kan de cliënt sneller worden geholpen.

In Twente is een enigszins vergelijkbaar initiatief genomen, door de oprichting van een zogeheten transferunit. Deze biedt plaats aan ouderen die met spoed moeten worden opgenomen, maar niet naar een ziekenhuis hoeven. De transferunit biedt plaats zonder onderscheid te maken naar financieringsstroom. Vanuit de unit kan de cliënt dan doorstromen naar een definitieve verblijfplaats, of terugkeren naar huis.

### ***A.12. #VGinnovators***

Onder die naam is een platform van aanbieders in de gehandicaptenzorg actief, dat zich vooral richt op het laten landen van technologische innovaties op de werkvloer. Ook aanbieders signaleren de noodzaak om in de zorgopleidingen veel meer aandacht te besteden aan technologie in de langdurige zorg. Omdat de kennis op de werkvloer ontbreekt, duurt het lang voordat innovaties werkelijk zijn verankerd. Een sta-op-bed bijvoorbeeld, dat cliënten helpt bij het opstaan, kan medewerkers veel tijd en fysieke inspanning besparen. Maar omdat medewerkers het lastig vinden om met deze innovatie om te gaan, wordt het bed nog steeds als innovatie gezien, terwijl het inmiddels al jaren op de markt is.

### ***A.13. Zwevende ZZP's***

Niet (uitsluitend) technologie maar wel innovatie: zwevende ZZP's (zorgzwaartepakketten). Het gaat om bijvoorbeeld jongere dementerenden of patiënten met ALS, die verpleeghuiszorg nodig hebben maar nog wel een thuissituatie waar veel mantelzorg kan worden geboden. Soms ook nog een gezin met thuiswonende kinderen. Als zich nu de situatie voordoet dat Zvw-zorg of een VPT niet voldoende is omdat er ook iets aan de huisvestingssituatie moet gebeuren, dan kan een zwevend ZZP een oplossing zijn.

In zo'n situatie wordt letterlijk een woonunit bij het huis van de cliënt geplaatst, waar de cliënt veilig kan wonen en verantwoord verzorgd kan worden.