

WERKGROEP INKOOP & FINANCIERING

Handreiking Contractering
Thuiszorgtechnologie

Juli 2016



INHOUDSOPGAVE

1	Financiering thuiszorgtechnologie	3
2	Wat te financieren?	5
3	Wijze van bekostiging op dit moment	5
4	Hoe kan het ook? Scenario's voor financiering	6
5	Voorbeeld maatschappelijke businesscase	11
6	Toepasbaarheid	11
	Bijlage 1: Over Vitaal Thuis	13
	Bijlage 2: Voorbeeld maatschappelijke businesscase.....	15

1 FINANCIERING THUISZORGTECHNOLOGIE

Zvw en Wlz: verpleging en verzorging

1.1. Inleiding

Thuiszorgtechnologie is een cruciale sleutel om ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking langer zelfstandig thuis te kunnen laten wonen.

Met één druk op de knop professionele hulp inroepen, slimme sensoren die mensen thuis in de gaten houden, beeldbellen met een verpleegkundige: de voorbeelden zijn legio en de beloften groot. Desondanks is er van grootschalige toepassing nog geen sprake.

Huidige oplossingen zijn veelal versnipperd, incompatibel en kostbaar. De keuzevrijheid is beperkt. Hierdoor is het maatschappelijke potentieel van thuiszorgtechnologie onderbenut.

1.2. Over Vitaal Thuis

Vitaal Thuis is een programma met als doel ouderen en chronisch zieken langer veilig en zelfstandig thuis te laten wonen door eenvoudige en betaalbare thuiszorgtechnologie breed beschikbaar te maken. Gebruikers worden met Vitaal Thuis in staat gesteld zelf keuzes te maken welke zorg- en welzijnsdiensten ze bij welke partij afnemen. De 'klant' kiest en de technologie en omringende organisaties faciliteren die keuze: van aanbodgericht naar vraaggericht.

Vitaal Thuis wil zo vraag en aanbod in de markt voor thuiszorgtechnologie beter op elkaar afstemmen en zo een doorbraak realiseren voor daadwerkelijk grootschalige en betaalbare implementatie.

Een gezamenlijke visie en krachtenbundeling is nodig om hierin een echte doorbraak te realiseren. VitaValley nam daarom het initiatief voor Vitaal Thuis: een coalitie van inmiddels ruim 50 partijen uit de zorg, het bedrijfsleven en kennisinstellingen die, samen met een gebruikerspanel, samenwerken aan de grootschalige implementatie van thuiszorgtechnologie. Voor meer informatie zie: www.vitaalthuis.org.

Meer informatie over de aanleiding, onze visie en het programma Vitaal Thuis vindt u in Bijlage 1.

1.3. Leeswijzer

In enkele werksessies met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, leveranciers, koepelorganisaties en de Vitaal Thuis projectgroep is gesproken over een betere financiering van thuiszorgtechnologie.

In deze handreiking notitie zijn de mogelijkheden beschreven om binnen de huidige regelgeving om tot afspraken te komen.

Hoofdstuk 2 richt zich op dat wat er gefinancierd dient te worden en hoofdstuk 3 en 4 gaan respectievelijk in op het huidige bekostigingsmodel en de mogelijkheden die dit model nog meer geeft.

In hoofdstuk 5 wordt ter voorbeeld een maatschappelijke business case besproken.

1.4. Algemene randvoorwaarden

Voor het daadwerkelijk breed implementeren en opschalen van thuiszorgtechnologie zijn gezonde financiële prikkels voor alle stakeholders van belang. Met stakeholders bedoelen wij patiënten/cliënten, zorgverzekeraars, gemeentes, zorginstellingen en leveranciers. Dat betekent dat

de beleidsregels en/of regelgeving hierin moet(en) faciliteren. Hierbij is het van belang dat het inkoopbeleid van verzekeraars en gemeenten dezelfde lijn aanhoudt als de regelgeving van de NZa. Voor leveranciers moet een gezonde business case bestaan en voor patiënten / cliënten moet het aantrekkelijk zijn om zelf te investeren in thuiszorgtechnologie om hiermee eigen regie te houden en zelf te kiezen uit oplossingen die het beste passen bij hun behoeften¹.

Vanuit Vitaal Thuis perspectief komen we tot de volgende randvoorwaarden voor gezonde financiering:

- De financiering moet aansluiten bij een mensgerichte benadering. Zelfredzaamheid en zo lang mogelijk eigen regie houden, staan hierbij centraal. Maar ook dat de technologie past in het leven van de cliënt/mantelzorger én aansluit bij de waarden en normen van de beroepsgroep.
- Thuiszorgtechnologie die ingezet en gefinancierd wordt, moet voldoen aan specificaties. Naast functionele specificaties zijn hiernaast niet-functionele specificaties van belang op het gebied van schaalbaarheid, veiligheid, betrouwbaarheid, koppelbaarheid en betaalbaarheid. Hiervoor verwijzen wij naar de [Vitaal Thuis specificaties](#).
- De financiering moet minimaal budget neutraal zijn ten opzichte van de huidige budgetten. Uitgangspunt is dat thuiszorgtechnologie de zorg efficiënter en kwalitatief beter maakt.
- Innovatie moet lonen. In het huidige model kan het zo zijn dat de aanbieder zichzelf benadeelt in financiële zin door te investeren in toepassingen die het aantal uren zorg verminderen². Dit betekent dat de kosten die een zorgorganisatie maakt bij de implementatie en opschaling van een innovatie moeten worden gedekt.
- Er moet perspectief zijn op een duurzaam financieringsmodel, waar shared savings of populatiekenmerken een rol kunnen spelen.

¹ [Kamerbrief "Waardig leven met zorg" van 26 februari 2016](#)

² [Rapport Gupta Statégists "Onderzoek bekostiging wijkverpleging" van januari 2016](#)

2 WAT TE FINANCIEREN?

Om te komen tot een goede financiering, is het van belang om te bepalen uit welke elementen de kosten bestaan. Met financieren bedoelen we minimaal kostendekking uit welke financieringsbron dan ook (dus een gezonde financiële prikkel bij alle betrokken partijen, inclusief de cliënt/gebruiker zelf). Daarbij moet er gekeken worden naar de integrale kosten van de toepassing van thuiszorgtechnologie, waarbij optimaal gebruik gemaakt wordt van wat mensen thuis al gebruiken.

De kosten die gemoeid zijn met het ontwikkelen en testen van evidence-based thuiszorgtechnologie vallen buiten de scope van deze notitie. Wij gaan hierbij uit van eHealth toepassingen die reeds evidence-based zijn, dus met bewezen toegevoegde waarde voor de patiënt en die onderdeel zijn van de reguliere behandeling. Dit neemt niet weg dat de onderzoeks- en ontwikkelkosten om te komen tot evidence-based thuiszorgtechnologie aanzienlijk zijn en dat de investeringen hierin momenteel erg versnipperd zijn.

De kosten van het implementeren en toepassen van thuiszorgtechnologie bestaan uit:

- De apparatuur en infrastructuur bij gebruikers thuis (bijvoorbeeld tablet, beeldzorgapplicatie en internetverbinding).

Het Vitaal Thuis uitgangspunt hierbij is dat er zo veel mogelijk gebruik gemaakt wordt van bestaande apparatuur en infrastructuur bij gebruikers thuis. Dus het Bring Your Own Device (BYOD) principe, gebruik maken van consumentenapparatuur en -infrastructuur, mits wordt voldaan aan de specificaties. Wanneer een gebruiker niet zelf kan voorzien in apparatuur of infrastructuur moet er een (tijdelijke) voorziening getroffen worden.

Dit BYOD-principe is niet van toepassing op bijvoorbeeld de functies leefstijlmonitoring en geavanceerde bewaking/passieve alarmering en medicijndispensing, zoals opgenomen in de Vitaal Thuis inkoopspecificaties. Hiervoor is aparte apparatuur nodig.

- De apparatuur en infrastructuur, en het onderhoud en het beheer hiervan bij de zorgorganisatie.

De kosten hiervoor moeten worden meegenomen in de financiering.

- De implementatie van thuiszorgtechnologie, inclusief de koppelingen met bestaande zorginfrastructuur, als onderdeel van het zorgproces en de daarbij behorende scholing van betrokken werknemers en cliënten.

De kosten hiervoor moeten worden meegenomen in de financiering.

- Zorg gekoppeld aan de thuiszorgtechnologie-toepassing.

De kosten hiervoor moeten worden meegenomen in de financiering.

3 WIJZE VAN BEKOSTIGING OP DIT MOMENT

Het huidige bekostigingsmodel kenmerkt zich door een extra vergoeding (in het geval van beeldschermzorg: 4 uur per maand, farmaceutische telezorg 2,5 uur per maand) voor de inzet van telezorg, bovenop de daadwerkelijke uren contacttijd. Voor 2017 is de regelgeving gelijk gebleven. Dit

betekent dat een zorgorganisatie met een contract voor verpleging of verzorging bij een verzekeraar, voor die verzekerden ook zorg op afstand dan wel farmaceutische telezorg mag leveren. Vanuit de beleidsregels is geen specifieke afspraak over de leveringsvorm noodzakelijk.

Er wordt een aantal argumenten door partijen genoemd waardoor deze mogelijkheid nog niet massaal wordt aangegrepen:

- Bij een eenjarige afspraak is er direct minder budget voor het leveren van zorg, terwijl er nog niet efficiënter wordt gewerkt. Er kunnen dan minder klanten worden geholpen.
- Implementatiekosten worden niet goed gedekt.
(door aanloopkosten in jaar 1 is in dat jaar meer nodig dan 'hetzelfde budget als vorig jaar'); wel indirecte vergoeding van infrastructuur en apparatuur.
- Er is weinig intrinsieke prikkel voor zorgaanbieders (innoveren loont niet):
 - Er is geen hoger budget. Dat betekent dat budget voor technologie altijd ten koste gaat van budget wat nu bestemd is voor zorgpersoneel.
 - Er is geen winst / hogere marge (doelmatigheidswinst van minder zorg per patiënt is volledig voor de verzekeraar)
 - Er is hooguit een hogere klant- en medewerkerstevredenheid en een groter marktaandeel (meer patiënten met het zelfde budget). Beide zijn echter lastig voorspelbaar
- Er wordt momenteel niet verwezen naar specificaties (niet open standaarden)
- De regeling geldt alleen voor beeldschermzorg en farmaceutische telezorg. Voor andere toepassingen moet een andere wijze van bekostiging worden gevonden.
- De toepassing van de huidige beleidsregel door zorgverzekeraars is niet consistent. We zien dat de huidige constructie niet door alle verzekeraars gevolgd wordt: ook al zijn de aanvullende uren voor beeldschermzorg en farmaceutische telezorg opgenomen in een beleidsregel, toch accepteert een aantal verzekeraars het declareren van de aanvullende uren voor beeldschermzorg niet of stelt aanvullende eisen. Voor een succesvolle inzet is een organisatiebrede strategie nodig bij de zorgorganisatie. Het vergemakkelijkt implementatie wanneer vanuit verzekeraars geen extra eisen of landelijk gelijke extra eisen worden gehanteerd. Volgbeleid is een mogelijkheid om te voorkomen dat extra eisen met elkaar conflicteren.

4 HOE KAN HET OOK? SCENARIO'S VOOR FINANCIERING

Voor alle partijen is te winnen bij een goede inzet van technologie. In de beleidsregels wordt de mogelijkheid van financiering geboden. Zoals eerder te zien was, zijn er redenen waarom financiering via de reguliere prestaties niet voldoende werkt.

Daarom willen we hieronder omschrijven welke aanvullende mogelijkheden er zijn om binnen de huidige beleidsregels voor de wijkverpleging bekostigingsafspraken te maken. Dit zijn allemaal maatwerkoplossingen die uitgaan van een aanbod van de zorgaanbieder aan de verzekeraar. De

zorgaanbieder zal zich moeten positioneren als verkoper van een nieuw product, en de verzekeraar moeten verleiden tot extra investeringen. In dit aanbod zal dus de meerwaarde voor de verzekeraar, dan wel zijn verzekerden, centraal staan.

In de werkgroep zijn twee mogelijkheden omschreven om de afspraken vorm te geven. Beide varianten passen binnen de huidige wet en regelgeving en bieden (deels) een oplossing voor de genoemde drempels.

4.1. Scenario 1

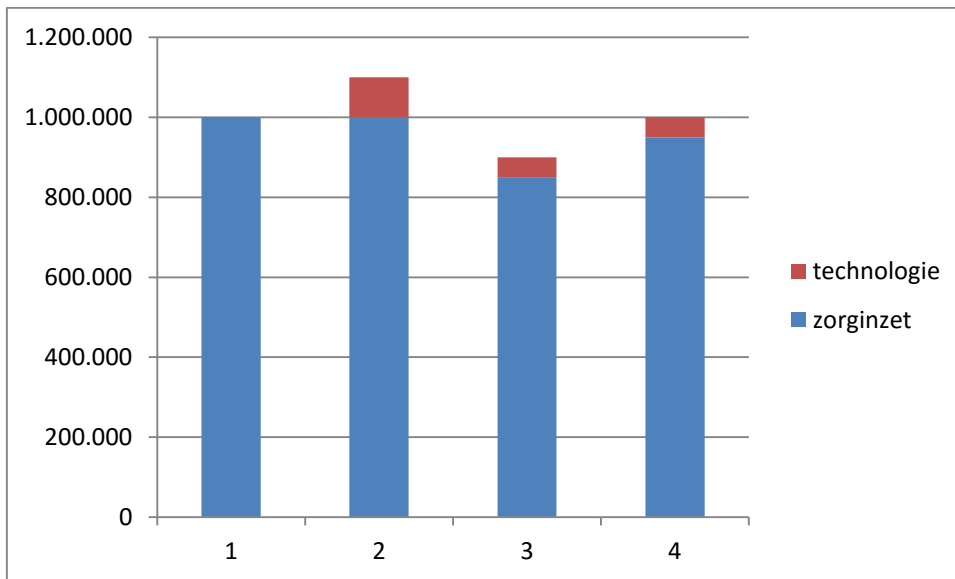
GESPLITSTE BUDGETTEN OVER MEERDERE JAREN

Dit scenario gaat uit van het huidige bekostigingsmodel, maar met twee aparte budgetten. Eén voor zorglevering, en één voor de kosten van inzet van technologie. Hiervoor geldt dan een apart budgetplafond. Substitutie kan plaatsvinden tussen de twee plafonds, de voorwaarden worden afgesproken in de contractvoorwaarden. Dit levert de mogelijkheid om investeringsgeld vrij te maken voor technologie.

Door een meerjarenafpraak te maken, kan voorzien worden in de opstartkosten, de doelmatigheidswinst vloeit (deels) terug bij de zorgverzekeraar. Hierdoor wordt het aantrekkelijk voor de verzekeraar om deze voorinvestering te doen. Door de meerjarenafpraak hoeft de zorgaanbieder niet in te teren op zijn huidige reserves en is er de tijd om toe te groeien naar een nieuwe personeelsbezetting en een nieuw klantenbestand.

In verband met de financiële afhandeling moet een kostendrager worden geformuleerd. Dit kan op diverse manieren. Via de "Beloning op maat" prestatie kan een tarief worden afgesproken. Dit kan bijvoorbeeld een maandtarief per aangesloten cliënt zijn of een jaartarief per cliënt in zorg. Daarnaast kan gewerkt worden met een hogere uurprijs, zie hiervoor ook scenario 2. Tot slot kan ook afgesproken worden dat de reguliere prestaties beeldschermzorg en farmaceutische telezorg in rekening worden gebracht bij deze vormen van thuiszorgtechnologie.

Een voorbeeld zou kunnen zijn (met volkomen fictieve bedragen):



Jaar 0

1 mln voor zorginzet.

Jaar 1

1 mln voor zorginzet, 1 ton voor technologie.

De zorgaanbieder hoeft voor die extra ton geen productie-uren te draaien, dit is puur apparatuur, infrastructuur en implementatie. De zorgomvang blijft gelijk.

Jaar 2

8,5 ton voor zorginzet, 0,5 ton voor technologie (terugverdienjaar voor verzekeraar).

De zorgaanbieder moet dit jaar productiever werken om dezelfde hoeveelheid klanten te houden als in jaar 0 en jaar 1. Met de investering van het jaar ervoor is het mogelijk om het klantenbestand te behouden, omdat de zorginzet doelmatiger is geworden. Tevens is er geld gereserveerd voor het voortzetten van de voorziening en het onderhoud hiervan (0,5 ton).

Jaar 3

9,5 ton voor zorginzet, 0,5 ton voor technologie. Omdat overgegaan is op een doelmatiger wijze van werken, is dit in effect een klantengroei voor de zorgaanbieder. De winst voor de verzekeraar is een grotere zorgcapaciteit tegen dezelfde kosten om stijgende zorgvraag (vergrijzing, extramuralisering, meer mensen die langer thuis wonen) op te vangen. In dit laatste jaar zou men zelfs de verschillende budgetten al kunnen loslaten, omdat het aan de zorgaanbieder is om zowel zorginzet als de nieuwe voorziening in de lucht te houden.

Om te komen tot een dergelijke afspraak, zal er vanuit de zorgaanbieder een businesscase moeten worden voorbereid. Hierin zijn kosten van de inzet van technologie en de verwachte productiviteitswinst opgenomen. Ook is er een plan van aanpak over de tijd uitgezet om aannemelijk te maken dat de investering en de besparing gelijk lopen met de afgesproken budgetten. In deze businesscase zal aannemelijk gemaakt moeten worden:

- Welke kosten gemoeid zijn met de implementatie van de innovatie in de reguliere bedrijfsvoering
- Welke implementatieperiode voorzien wordt, en wat hiervoor in grote lijnen het plan van aanpak is
- Hoe groot men verwacht dat de doelmatigheidswinst zal zijn
- Welke kwalitatieve opbrengsten er zijn voor de verzekerden.

Als verkoopvoorwaarde kan worden opgenomen dat de grootste verzekeraars allemaal meedoen, om te voorkomen dat de nieuwe voorziening slechts voor een deel van de patiënten beschikbaar zal komen. Hoewel verzekeraars aangegeven hebben geïnteresseerd te zijn in een dergelijk aanbod, is het natuurlijk raadzaam om in gesprek te gaan alvorens veel te investeren in het uitwerken van de businesscase.

4.2. Scenario 2:

HOGERE UURPRIJS

Op dit moment wordt door vrijwel geen enkele verzekeraar het maximale NZa-tarief benut. Ook bestaat de prestatie 'Beloning op maat' waarmee een percentage bovenop de uurprijs kan worden afgesproken. Dit betekent dat er afdoende mogelijkheden zijn om de uurprijs omhoog te schroeven wanneer men met elkaar de voorwaarden overeenkomt.

Het staat aanbieders vrij om een aanbod aan de verzekeraar te doen voor een zorgvorm en zorgwijze en daarvoor een opslag te vragen. Wanneer afdoende de meerwaarde kan worden aangetoond, zeker wanneer dit in doelmatigheidstermen is, is er bij verzekeraars interesse om hierin mee te gaan. Het aanbieden van een zogenoemde maatschappelijke businesscase die op basis van te kwantificeren opbrengsten tegenover de kosten een positief resultaat laat zien voor de verzekerden en daarmee voor de zorgverzekeraar is – net als bij scenario 1 – hiervoor essentieel.

De opslag biedt een vaste vergoeding voor de kosten die gemaakt worden voor de apparatuur, infrastructuur, onderhoud en beheer. De zorgaanbieder doet hierbij een aanbod aan de verzekeraar voor een kostendekkende opslag. De verzekeraar plukt de vruchten van de doelmatiger levering (per klant worden minder, maar duurdere uren geleverd), de zorgaanbieder heeft meer en tevredener klanten. In het eerste jaar kan mogelijk implementatiekosten meegenomen worden in de opslag.

Om het aanbod aantrekkelijk te maken, zal duidelijk gemaakt moeten worden wat de verwachte doelmatigheidswinst is via een maatschappelijke businesscase. Om een hoger uurtarief te rechtvaardigen, zullen er minder uren per cliënt geleverd moeten worden. Zeker bij nieuwe technologie zal dit soms lastig aan te tonen zijn. Een mogelijkheid is om een (gefundeerde) voorspelling te doen, maar tevens afspraken te maken over het moment en de wijze van evalueren. Het betrekken van hogeschole dan wel universiteiten kan meerwaarde hebben om onafhankelijkheid in de evaluatie te waarborgen. Wanneer er sprake is van investeringskosten, is een duiding welk deel

van de opslag dit betreft en over welke periode deze kosten gemaakt moeten worden, wellicht gewenst.

Voor deze bekostigingswijze geldt dat, wanneer sprake is van investeringskosten of van onderzoek naar de meerwaarde, het verstandig zal zijn om een meerjaren (deel-)contract te maken. Dit omdat de resultaten vaak niet in het eerste jaar worden behaald. Dit is natuurlijk lastig bij wijzigende bekostigingsvoorwaarden in de wijkverpleging. Een mogelijkheid kan zijn om een deelcontract af te spreken waarin afgesproken wordt dat er bijvoorbeeld gedurende drie jaar een xx bedrag budget beschikbaar zal zijn voor deze zorg. Dit wordt, na vaststelling van de productieafspraken op basis van de nieuwe beleidsregels en inkoopvoorwaarden, omgerekend worden naar een opslag op het tarief.

5 VOORBEELD MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE

In beide scenario's voor de Zvw en voor de Wlz is het door een zorgorganisatie presenteren van een positieve maatschappelijke businesscase aan een zorgverzekeraar respectievelijk zorgkantoor een essentieel onderdeel. Een dergelijke maatschappelijke businesscase toont de meerwaarde aan voor de verzekerden van de zorgverzekeraar en laat zien hoe groot de doelmatigheidswinst is. In Bijlage 2 is een recente maatschappelijke businesscase opgenomen, afkomstig uit het project "Leefstijlmonitoring in de zorg in Friesland (juli 2016)", een project onder het programma "De zorg ontzorgd met ICT"³. De businesscase is gebaseerd op uitgebreid evaluatieonderzoek door Vilans.

De maatschappelijke businesscase gaat (nog) niet in op de voorziene implementatieperiode van de thuiszorgtechnologie en het globaal plan van aanpak, zoals wel nodig is voor een compleet aanbod vanuit de zorgorganisatie(s) naar de zorgverzekeraar/zorgkantoor.

6 TOEPASBAARHEID

Tot slot willen wij de geschetste mogelijkheden in perspectief plaatsen. De geschetste scenario's zijn zeker niet de enige mogelijkheid.

De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van prestaties en tarieven. Dus aantal euro's per uur / prestatie. Hoewel hier wellicht nog mogelijkheden liggen, valt de tariefstelling van thuiszorgtechnologie toepassingen en de bijbehorende infrastructuur buiten de scope van deze notitie. Deze notitie beperkt zich tot de principes voor het bepalen van de tarieven.

Vanuit de notitie is gekeken voor zowel Zvw als Wlz. Voor de Wlz geldt in bijzondere mate dat de zorgverzekeraar bereid is om hogere tarieven te betalen als aantoonbaar de kwaliteit van leven van een cliënt (en hopelijk ook de zorg) wordt verbeterd. Hiervoor zijn extra middelen beschikbaar gesteld en wordt nog steeds met prijsopslagen gewerkt.

- VPT (Volledig Pakket Thuis): In theorie is het mogelijk om de kosten voor thuiszorgtechnologie te bekostigen uit het VPT-dagtarief. Om dit voor elkaar te krijgen, moet het onderwerp worden meegenomen als thema in het landelijke inkoopbeleid. Omdat volgens de zorgkantoren op dit moment echter nog onduidelijk is of inzet van thuiszorgtechnologie echt leidt tot verbetering van kwaliteit van leven, is er voor 2017 voor gekozen om betreffende passage niet als 'verplichte' tekst op te nemen in het landelijke inkoopbeleid. Maar er is ook nog een regionaal inkoopbeleid, waarbij zorgkantoren speerpunten voor de eigen regio's kunnen formuleren.

De werkgroep van Vitaal Thuis pleit ervoor dat zorgkantoren hun mogelijkheden benutten om goede afspraken te maken.

³ <http://www.doorbraakmetdezorg.nl/home>

- MPT (Modulair pakket Thuis): Hiervoor kan men aansluiten op de scenario's in de wijkverpleging. Dit omdat de prestatiecodes voor beeldzorg en farmaceutische zorg van de Nza ook van toepassing zijn in de langdurige zorg (via prestatie VP). Ook hier geldt dat max. 4 resp. 2,5 uur per maand aan telezorg / farmaceutische zorg geleverd mag worden, mits dit passend is binnen het totale budget van de indicatie.

Om te zorgen dat er meer wordt geïnnoveerd in de langdurige zorg wil VWS de ontwikkeling van Health Impact Bonds ondersteunen. Uitgangspunt is hierbij dat investeringen zich uitbetalen als de uitkomsten worden gerealiseerd en dat hier afspraken over gemaakt worden.

Mogelijk zijn er fiscale instrumenten te bedenken om de aanschaf van apparatuur en infrastructuur t.b.v. telezorg door patiënten en cliënten te stimuleren. Bijvoorbeeld door de kosten van een tablet en / of internetverbinding fiscaal aftrekbaar te maken. Ter vergelijking: werkelijke kosten voor vervoer naar een arts of ziekenhuis zijn nu ook aftrekbaar. Ook kan gedacht worden aan publiek-private samenwerkingen om ouderen tegen lagere kosten de infrastructuur beschikbaar te stellen (tablet, internet). Hiervoor kan samenwerking gezocht worden met bijvoorbeeld een bank, provider of supermarkt. Dit moet verder onderzocht worden en valt buiten de scope van deze notitie.

BIJLAGE 1: OVER VITAAL THUIS

Vitaal Thuis staat voor langer zelfstandig, veilig en verzorgd thuis wonen door de slimme inzet van technologie. Een gezamenlijke visie en krachtenbundeling is nodig om hierin een echte doorbraak te realiseren. Vitaal Thuis is een brede coalitie van inmiddels ruim 50 partijen uit de zorg, het bedrijfsleven en kennisinstellingen die, samen met een gebruikerspanel, samenwerken aan de grootschalige implementatie van thuiszorgtechnologie. Het Vitaal Thuis [visiedocument](#) wordt door veel zorgorganisaties inmiddels gebruikt om beleid op thuiszorgtechnologie te formuleren.

Daarnaast zijn er door de Vitaal Thuis coalitie gezamenlijke [inkoopspecificaties](#) geformuleerd, met als uitgangspunten: open, interoperabel, toekomstvast, schaalbaar en betaalbaar. De eerste set inkoopspecificaties richt zich op alarmering en alarmopvolging, beeldzorg, sociale participatie en veilige toegang tot de woning.

Het doel van Vitaal Thuis is de landelijke opschaling van thuiszorgtechnologie, deze voor iedereen beschikbaar maken en keuzevrijheid te bieden op basis van acceptabele consumentenprijzen, transparantie en toegankelijke (inkoop)kanalen. Thuiszorgtechnologie dient een interoperabel karakter te hebben, waardoor verschillende 'devices' koppelbaar zijn aan het Persoonlijke Gezondheidsdossier (PGD) van een burger en met de systemen van zorgverleners.

De opschalingsdoelen en ambities voor eind 2016 zijn⁴:

- 10 implementaties met 10.000+ gebruikers van Vitaal Thuis gecertificeerde oplossingen (focus op alarmering, alarmopvolging, beeldzorg en slimme sleutel oplossingen) die hiermee daadwerkelijk langer, veilig, vertrouwd en vitaal thuis kunnen wonen.
- Open specificaties op het gebied van thuiszorgtechnologie die erkend en gebruikt worden door (eind)gebruikers en leveranciers.
- Opname van Vitaal Thuis specificaties in inkoopgidsen van zorgverzekeraars, woningcorporaties en gemeenten.
- Ingericht proces van certificering voor thuiszorgtechnologie.
- Borging van kennis in zorg- en technische opleidingen.
- Leren van Vitaal Thuis implementaties en hieruit best practices formuleren en delen.
- Een bruikbare en gemakkelijk toegankelijke keuzegids voor gebruikers van thuiszorgtechnologie.

De werkgroep inkoop & financiering is een onderdeel van het landelijke [Vitaal Thuis](#) programma. De doelen van de werkgroep voor 2016 zijn:

1) Opname van (financiering van) thuiszorgtechnologie in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars en gemeenten:

- Zvw: financiering thuiszorgtechnologie als onderdeel van wijkverpleging en chronische zorg eerstelijns
- Wlz: financiering thuiszorgtechnologie als onderdeel van verzorging, begeleiding of verpleging in de thuissituatie (Volledig Pakket Thuis en/ of Modulair Pakket Thuis)
- Wmo: financiering thuiszorgtechnologie als onderdeel van ondersteuning

⁴ Zie ook www.vitaal thuis.org

Hierbij wordt er ten behoeve van de focus bewust voor gekozen om de Wlz intramuraal niet mee te nemen. Wlz extramuraal behoort wel tot de focus. Ondersteuning van zelfzorg en zelfmanagement producten valt buiten de scope. Hiervoor verwijzen wij expliciet naar het [Zelfzorg Ondersteund](#) programma.

2) Het stimuleren van inkoop / investeren in thuiszorgtechnologie door consumenten / patiënten zelf. Hiervoor de mogelijkheden en voordelen van thuiszorgtechnologie breed onder de aandacht brengen, i.s.m. Werkgroep Keuzegids en bestaande kanalen en initiatieven.

3) Het ontwikkelen van een doorkijk naar een duurzaam financieringsmodel (waar shared savings en/of populatiekenmerken een rol kunnen spelen) met een horizon in 2020. Hierbij kan aangesloten worden bij de 'Scenario's Beeldzorg' (door ECP).

BIJLAGE 2: VOORBEELD MAATSCHAPPELIJKE BUSINESSCASE

Leefstijlmonitoring Friesland

*Vilans, Kenniscentrum voor de Langdurende Zorg voor consortium leefstijlmonitoring Friesland
Juli 2016*

Inleiding

Deze businesscase is een eindproduct van het project Leefstijlmonitoring in de zorg, Friesland onder het programma "De zorg ontzorgd met ICT". Dit programma is gefinancierd door de Ministeries VWS en Economische Zaken met als doel het opschalen van bewezen technologie. Het project heeft gelopen van maart 2015 tot en met juni 2016 en omvatte de implementatie van maximaal 100 systemen voor leefstijlmonitoring – product Livind – in de Provincie Friesland vanuit een groter samenwerkingsverband onder andere bestaande uit TinZ, de overkoepelende organisatie voor ketenzorg/casemanagement dementie en 3 Friese zorgorganisaties.

Een opschaling is alleen mogelijk met een positieve maatschappelijke businesscase. Een maatschappelijke businesscase zet kwantitatieve en kwalitatieve opbrengsten voor de maatschappij tegenover de kosten gedurende een bepaalde exploitatieperiode. Voor de "maatschappij" gaat het dan om opbrengsten die uiteindelijk landen bij de zorgcliënt zelf, mantelzorg, gemeentelijke overheid, zorgverzekeraar, zorgkantoor en/of zorgorganisatie. Bij de drie genoemde partijen gemeente, zorgverzekeraar en zorgkantoor gaat het om de verantwoordelijken/budgethouders voor respectievelijk de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet Langdurende Zorg (Wlz). Uiteindelijk is daadwerkelijke opschaling pas mogelijk als ook de businesscase voor een leefstijlmonitoring aanbiedende zorgorganisatie of andere type aanbiedende organisatie positief is.

Voor de maatschappelijke opbrengsten – zowel kwantitatief en kwalitatief - is dit document gebaseerd op het evaluatieonderzoek in Friesland, maar ook op eerder en parallel lopend onderzoek naar leefstijlmonitoring.

Het project in Friesland heeft als doelgroep van de leefstijlmonitoring alleenwonende mensen met dementie, die onder de Zvw vallen in Friesland. De cliënten hebben of casemanagement dementie en/of thuiszorg.

Voor nadere informatie over leefstijlmonitoring: zie webdossier leefstijlmonitoring op www.doticawonenzorg.nl.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het businessmodel dat in Friesland is gevolgd. Dat heeft gevolgen voor de berekeningen in de businesscase.

Hoofdstuk 3 geeft de kosten weer van de inzet van het systeem Livind gedurende een exploitatieperiode van 7 jaar en andere kosten gedurende deze periode

Daartegenover zet hoofdstuk 4 de opbrengsten, waarna in hoofdstuk 5 de finale berekening/afweging volgt afgesloten met conclusies.

Businessmodel

Leefstijlmonitoring volgt tot nu toe meestal en ook in Friesland het volgende businessmodel: systemen worden door de leverancier verkocht aan een zorgorganisatie⁵. De zorgorganisatie zet het vervolgens in bij een cliënt. Als deze cliënt overlijdt of alsnog wordt opgenomen in het verpleeghuis wordt het systeem verplaatst naar de volgende cliënt binnen de afschrijvingstermijn van het systeem. Dit wordt het businessmodel business-to-business, business-to-consumer (b-to-b, b-to-c) genoemd, waarbij een zorgorganisatie ook een 'business' is, evenals het producerende bedrijf.

Er is echter ook een ander businessmodel: het bedrijf verkoopt het systeem voor leefstijlmonitoring direct aan de mantelzorg, waarbij de mantelzorg voorlopig de enige gebruiker is op een moment tijdens het dementieproces dat er nog geen professionele zorg nodig is (business-to-consumer, b-to-c). Is er op enig moment toch professionele zorg nodig, dan sluit de professionele zorgverlening aan op het door de mantelzorg aangeschafte systeem. Licentiekosten voor deze toegang voor de zorgprofessionals is in dit businessmodel het enige onderdeel dat door een zorgorganisatie wordt aangeschaft van de technologie⁶. De kosten voor de zorgorganisatie worden hiermee beperkt. Het volledige businessmodel heet business-to-consumer, consumer-to-business (b-to-c, c-to-b).

In de berekening in deze businesscase wordt uitgegaan van het model business-to-business, business-to-consumer. Dit is het model dat in principe gevolgd is in Friesland tijdens het project. Livind biedt het systeem ook aan in de business-to-consumer lijn, directe verkoop aan de mantelzorg⁷. De maatschappelijke businesscase wordt dan anders, evenals de businesscase voor de zorgorganisatie.

Bij het model business-to-business, business-to-consumer is het uitgangspunt een technische levensduur van circa 7 jaar. De exploitatieperiode van het systeem in gebruik via een zorgorganisatie wordt ook op 7 jaar gezet.

Gedurende deze exploitatieperiode wordt het systeem gemiddeld geplaatst bij 2 cliënten en dus verplaatst van cliënt naar cliënt. Deze verplaatsing is aan de orde als de cliënt bijvoorbeeld is overleden of opname in het verpleeghuis toch onvermijdelijk wordt. De kosten hiervan worden meegenomen.

⁵ In het project Leefstijlmonitoring in de zorg Friesland gefinancierd onder het project.

⁶ Uitgaande van het Livind-systeem, waarbij zowel de mantelzorg als de zorgprofessional hetzelfde userinterface gebruikt. De mantelzorger ziet alleen de naaste, de zorgprofessional kan meerdere cliënten tegelijk monitoren.

⁷ Livind biedt het systeem ook aan in de business-to-consumer lijn, directe verkoop aan de mantelzorg.

<http://www.livind.nl/nl/bestellen>.

Kosten

Uitgaande van het Livind-systeem bij plaatsing bij 2 cliënten gedurende de levensduur/exploitatieperiode van 7 jaar, kosten in het business-to-business, business-to-consumer model^{8,9} :

Tabel 1: Kosten Livind-systeem gedurende 7 jaar, businessmodel business-to-business, business-to-consumer

Kostenpost	Prijs per maand	Enmalige kosten per stuk	Totaal
7 jaar (84 maanden) software/hardware lease	75,-		6300,-
7 jaar (84 maanden) in-standhouding & service	15,-		1260,-
2 installaties		155,-	310,-
2 de-installaties		35,-	70,-
Training per dagdeel, maximale groeps-grootte 15 personen		375,-	(omgerekend voor 2 cliënten) 50,-
Totaal			7990,-

Totaal: € 7990,- gedurende 7 jaar ex BTW
 € 9667,- inc BTW

Dit is exclusief een internetverbinding bij een cliënt.

Naast de bovenstaande kosten voor de technologie, zijn er nog de volgende kosten Kosten inzet persoon die bijvoorbeeld casemanagement uitvoert en leefstijlmonitoring gebruikt: € 6321,- voor 7 jaar.

Als volgt berekend:

- 1 uur per maand per cliënt voor het bijhouden van de leefstijlmonitoring, inclusief het volgen van instructie
- 75,25 per uur: het (maximale)¹⁰ tarief per uur voor wijkverpleging 2016
- X 12 maanden x 7 jaar
- = € 6321,-

⁸ De kosten van het business-to-consumer model zijn bij Livind anders: zie <http://www.livind.nl/nl/bestellen>

⁹ Per medio 2016 is één ander systeem voor leefstijlmonitoring op de markt in Nederland en op een aantal plaatsen in gebruik (onder andere voor Volledig Pakket Thuis). Het betreft het systeem Sensara. Deze heeft een andere prijsstelling dan Livind. Zie www.mysensara.com. Er worden in de loop van dit jaar/volgend jaar in ieder geval nog 2 systemen op de Nederlandse markt verwacht in uitrol.

¹⁰ In de praktijk worden tussen zorgverzekeraar en zorgorganisatie lagere tarieven per uur afgesproken. In de berekening wordt het maximale tarief aangehouden.

Dit zijn de kosten van de uren die het casemanagement per cliënt besteed aan het regelmatig kijken naar de schermen van de leefstijlmonitoring, inclusief het incidenteel kijken na een "rode" melding en inclusief de tijd besteed aan het volgen van instructie.

Een laatste kostenpost is de projectleiding, organisatorische/logistieke kosten en communicatie aan de kant van de zorgorganisatie bij de implementatie. Een schatting van deze kosten:

- 1 dag per week voor implementatie van circa 100 systemen
- 75,- per uur, 2400,- per maand
- X 12 maanden x 7 jaar
- = € 201.600,-
- Omgerekend naar 1 systeem voor 2 cliënten gedurende de exploitatieperiode van 7 jaar: € 2016,-
- Totaal kosten gedurende 7 jaar voor 2 cliënten gedurende de exploitatieperiode van 7 jaar: € 18.004,-

Opbrengsten

HYPOTHESE UITSTEL VAN OPNAME

De belangrijkste resultaten zoals die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen zijn een verminderde subjectieve stress van de betrokken mantelzorg en een verbetering van de kwaliteit van leven van de mantelzorg. De aangetoonde vermindering van de subjectieve stress bij de mantelzorg is een herhaalde aantoning van dit effect: in een gebruiksonderzoek naar leefstijlmonitoring bij de zorgorganisatie Proteion (Noord-Limburg) in de periode 2008 – 2010 is dit effect ook gevonden¹¹. Evenals in een pilot in Twente, beschreven in de studie "Monitoring technology at home, an evaluation of preventive sensor technology for dementia care" (Nienke Nijhof e.a., 2013)¹².

Uit het kwalitatieve deel van het onderzoek in Friesland is daarnaast naar voren gekomen dat verder weg wonende mantelzorgers (kinderen) de dichterbij wonende mantelzorgers kunnen ontlasten door monitoring op afstand. Bijvoorbeeld op de momenten dat de dichterbij wonende kinderen afwezig zijn. Andersom geeft dat de verder weg wonende kinderen een mogelijkheid een grotere bijdrage te kunnen leveren aan de zorg van vader of moeder, wat vaak een wens is van deze verder weg wonende kinderen.

De stelling is dat door deze effecten de mantelzorg het langer volhoudt: de overschrijding van de draaglast van de mantelzorg is later tijdens het dementieproces. Het overschrijden van de draaglast van de mantelzorg is meestal het moment dat de mantelzorg een indicatie voor opname aanvraagt. Een uitstel van het overschrijden van de draaglast van de mantelzorg leidt tot een uitstel van de opname, die in principe tijdens het dementieproces onvermijdelijk is. Tenzij men aan een ander ziektebeeld overlijdt.

In de genoemde studie in Twente (Nijhof e.a. 2013) wordt deze indirecte indicatie voor uitstel van de opname ook beschreven en opbrengsten juist op dit punt berekend.

In 4.2.2. anticipatie op crisissituaties vanuit het dementieproces is er ook sprake van een aspect dat leidt tot uitstel van de opname. Dit aspect wordt in deze opbrengst meegenomen.

In deze businesscase wordt op basis van deze indirecte indicatie een uitstel van opname verondersteld van 2 maanden bij deze doelgroep. Dit is een inschatting, die door verder onderzoek onderbouwd moet worden¹³.

De berekening is dan als volgt:

- Uitgaande van ZZP 5, tarief 2016: €188,11 per dag inclusief behandeling, uitstel 2 maanden, 60 dagen: € 11.286,- min de kosten voor zorg aan huis.
- Gebaseerd op een businesscase voor ketenzorg dementie (Erasmusuniversiteit, R. Huijsman, 2010) zijn deze kosten voor zorg aan huis gedurende 2 maanden en gecorrigeerd

¹¹ [Rapportage Zorg op maat door Leefstijlmonitoring. Gebruikersonderzoek 2008-2010 \(pdf\)](#). Loek van der Heide, Marieke Spreeuwenberg, Charles Willems; Hogeschool Zuyd, Lectoraat Technologie in de Zorg, juli 2011. Dit betrof het Amerikaanse systeem Quiet Care.

¹² Opgenomen in de dissertatie "eHealth for people with dementia in home-based and residential care", april 2013, Universiteit van Twente.

¹³ Dit vergt langjarige onderzoekstrajecten. De onderzoeken – ook deze in Friesland gedurende ruim 1 jaar – zijn tot nu toe te kort geweest. Ook het langstlopende onderzoek in Noord-Limburg (2008 – 2010) was in feite hier te kort voor. De onderzoeksduur wordt nu vooral bepaald door de looptijd van de financiering voor de pilots of projecten voor eerste opschaling.

voor andere effecten van leefstijlmonitoring te bepalen op: € 8180,- per 2 maanden uitstel van opname¹⁴.

- Opbrengst per uitstel van opname netto: circa € 3106,-
Bij 2 cliënten gedurende 7 jaar: € 6213,-

BESPARING OP (THUIS)ZORG DOOR ONDER ANDERE ANTICIPATIE OP CRISISSITUATIES

ANTICIPATIE OP KORTDURENDE CRISISSITUATIE

Het gaat hier om kortdurende crisissituaties ten gevolge van bijvoorbeeld een niet-vroegtijdig ontdekte infectie. Een voorbeeld hiervan is de bij ouderen relatief veel voorkomende urineweginfectie. Een niet tijdig ontdekte urineweginfectie kan leiden tot een delier (extreme verwardheid), dat op zijn beurt een negatieve invloed heeft op het dementieproces. Een goed werkende therapie voor een dergelijke infectie is een antibiotica kuur.

Een oudere kan binnen enkele uren een delier krijgen en verergert naarmate het langer duurt voordat de infectie is herkend.¹⁵ Bij een behandeling van een urineweginfectie kan het delier binnen een paar dagen verdwijnen, maar bij ouderen kan het herstel tegenvallen¹⁶.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft in haar richtlijn delier aan dat continue opvang en intensieve zorg nodig is. "Laat iemand met een delier zo min mogelijk alleen"¹⁷.

Een urineweginfectie uit zich onder andere in een vaker naar het toilet gaan dan gebruikelijk. Leefstijlmonitoring kan dit signaleren als een afwijking van het normale dagelijkse leefpatroon en dit specifiek melden bij de (mantel)zorg. In het project in Friesland maar ook in andere projecten met leefstijlmonitoring is het meerdere malen voorgekomen dat de leefstijlmonitoring een verhoogd toiletgebruik liet zien, gevolgd door een actie bij de mantelzorg waarbij via de huisarts urineonderzoek werd uitgevoerd. Dit onderzoek liet een urineweginfectie zien, gevolgd door een therapie, een antibiotica kuur.

De veronderstelling is dat in het project in Friesland hierdoor meerdere malen een delier bij de persoon met dementie is voorkomen of is voorkomen dat een delier zich kon doorontwikkelen. Zoals aangegeven is dan continue toezicht nodig en hoogstwaarschijnlijk tijdelijke extra inzet van thuiszorg en andere vormen van ondersteunende zorgverlening. Deze extra inzet wordt berekend als 1 week (38 uur) inzet van de wijkverpleging. Dit vertegenwoordigt dan de kosten van de extra inzet in de praktijk van de huisarts, praktijkondersteuner huisarts, tijdelijke (extra) huishoudelijke hulp en wijkverpleging/casemanager dementie.

De inschatting is dat tijdens de exploitatieperiode van het systeem 1 keer een dergelijke crisis kan worden voorkomen.

De opbrengst is dan 38 uur x 75,25 per uur = € 2860,-

¹⁴ De gebruikte gegevens voor de zorgkosten voor thuiswonende mensen met dementie zijn van 2010, waarbij wel een (groot) verschil kan zijn met de actuele situatie. Meer recente gegevens zijn echter niet voorhanden.

¹⁵ Platform ouderenzorg voor praktijkverpleegkundigen en praktijkondersteuners

¹⁶ Huisarts.nl van het Nederlands Huisartsen Genootschap. <https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/delier>

https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/images/m77-sk.jpg

¹⁷ Huisarts.nl van het Nederlands Huisartsen Genootschap

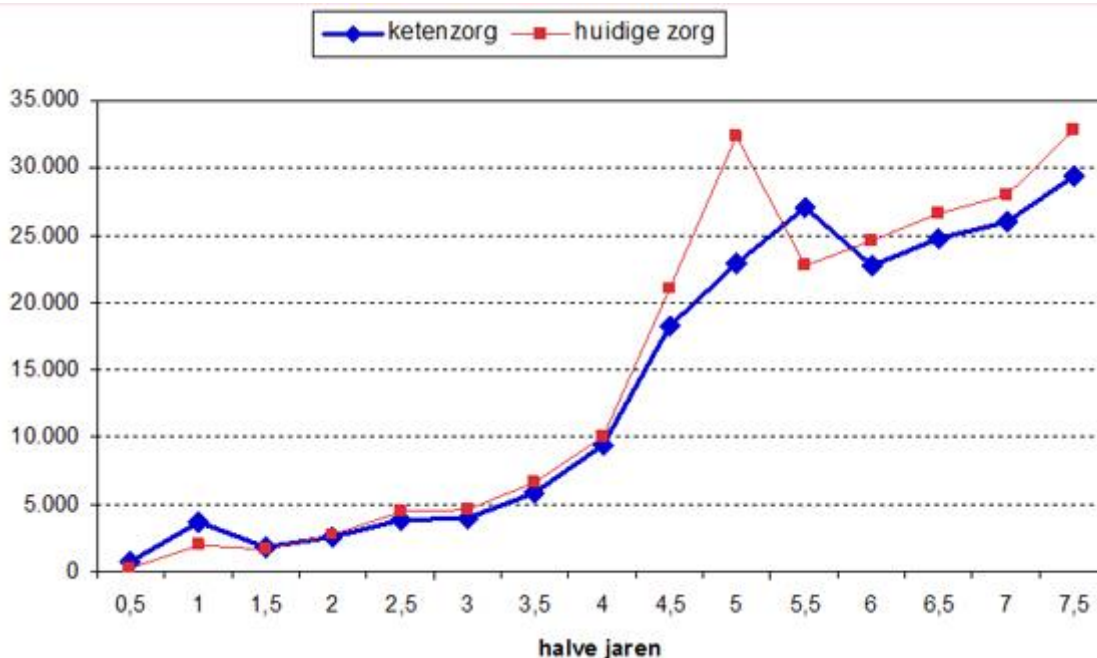
Het voorkomen of vroegtijdig opvangen van een delier ontziet ook de mantelzorg. Zoals aangegeven is continue opvang nodig. Iemand met een delier moet zo min mogelijk alleen worden gelaten. Dat trekt een zware wissel op de mantelzorg. Dit levert een bijdrage aan de vermindering van de stress. Dit is al opgenomen onder de opbrengst uitstel opname met als grondslag de verminderde stress bij de mantelzorg, maar is op zich ook een kwalitatieve opbrengst (zie 4.4).

ANTICIPATIE OP CRISISSITUATIE VANUIT HET DEMENTIEPROCES

Tijdens het dementieproces ontstaan er belangrijke veranderingen in de cognitie en andere aspecten. Bij niet tijdige signalering en vervolgens interventie kan er een crisis ontstaan.

Een belangrijke ontwikkeling die bij veel mensen met dementie voorkomt is het ontstaan van de nachtelijke onrust doordat de biologische klok verstoord raakt. Het is bekend dat dit veel voorkomt, maar niet wanneer dit precies gebeurt. Als de nachtelijke onrust ontstaat leidt dit meestal snel tot een overschrijding van de draaglast van de mantelzorg. Dit leidt vaak tot een crisissituatie en het door de mantelzorg aanvragen van een indicatie tot opname. Waarbij een opname in principe onvermijdelijk is tijdens het dementieproces.

Voor een nadere duiding de volgende grafiek. Deze grafiek geeft een businesscase weer die ligt onder de ketenzorg dementie. Deze businesscase is opgesteld door de Erasmus Universiteit (Prof. Robbert Huisman, 2010). Het geeft de kosten per jaar weer voor zorg en dienstverlening voor mensen met dementie van de diagnose (jaar 0) tot en met de dood. De rode lijn laat de kosten zien zonder ketenzorg dementie, de blauwe lijn met ketenzorg dementie. De kern van ketenzorg dementie is de inzet van een casemanager die vanaf de diagnose regelmatig contact heeft/op bezoek gaat bij de persoon met dementie en diens mantelzorg.



Toelichting:

- Op jaar 5 vanaf de diagnose is in de rode lijn een piek te zien in de kosten per jaar. Dit geeft de kosten weer tijdens de crisissituatie die vaak ontstaat aan het einde van het middenstadium. Deze lopen op tot meer dan 30.000,- per jaar.
Deze crisis wordt vooral veroorzaakt door het ontstaan van de nachtelijke onrust, waarbij de persoon met dementie in de nacht door de woning gaat dwalen. In de praktijk kan het maanden duren voordat men hier achter komt. De piek in de kosten wordt veroorzaakt door een hoge inzet van dagverzorging om de mantelzorg te ontlasten.
- De rode lijn maakt vervolgens een knik naar beneden naar een lager niveau in jaar 5,5. Dit markeert de intramurale opname die volgt na de crisissituatie. De directe aanleiding is vaak het overschrijden van de draaglast van de mantelzorg tijdens de crisissituatie.
- In de blauwe lijn – met ketenzorg dementie, casemanagement – zijn de kosten tijdens de crisissituatie lager en is de piek ook later. Dit is het effect van het casemanagement dementie die de crisissituatie tijdig ziet aankomen en tijdig interventies kan plegen. Ook de intramurale opname is iets later door onder andere de ondersteuning die de mantelzorg door het casemanagement geboden wordt. Te zien is dat casemanagement dementie – zonder technologie – aanzienlijke kosten kan besparen.
- Leefstijlmonitoring kan bij wijze van spreken fungeren als extra ogen en oren voor het casemanagement.
Een verwacht effect hiervan is dat het casemanagement en andere betrokken hulpverleners zoals de wijkverpleging door vroegsignalering via de leefstijlmonitoring nog tijdiger interventies kan inzetten. Tijdens het project in Friesland is dit voorgekomen.
De verwachte effecten hierbij zijn een nog verdere daling van de kosten tijdens de crisisfase en een nog verder naar achter schuiven van de piek in de kosten.
- Van belang is dan wel dat de leefstijlmonitoring tijdig – dat wil zeggen vóór deze crisissituatie - wordt ingezet. Dit is dan in principe bij het begin van het middenstadium van dementie. De overgang van het milde naar het middenstadium is door een zorgprofessional als een casemanager dementie te bepalen.
- De zorgprofessional die in deze fase van het dementieproces naast de mantelzorg is betrokken is de casemanager dementie of de zorgprofessional zoals een wijkverpleegkundige die deze rol vervult. Hij/zij kan in de regel vanaf de diagnose betrokken zijn en is dan ook degene die vanuit zorgorganisatie actief betrokken is bij leefstijlmonitoring.

Afgeleid uit deze grafiek en de onder deze grafiek liggende businesscase voor casemanagement dementie (Erasmus universiteit 2010)¹⁸ wordt de opbrengst bepaald op circa € 5000,- per cliënt. Dit is de opbrengst als de piek kan worden omgezet in een oplopende kostenlijn. In de praktijk gaat het bijvoorbeeld om een verminderde inzet van dagverzorging ter ontlasting van de mantelzorg en/of minder crisisopvang enz.

Omdat de nachtelijke onrust stelselmatig voorkomt in de loop van het dementieproces is de inschatting dat deze crisis en het kunnen afvlakken/opvangen hiervan bij beide cliënten plaatsvindt bij het wie het systeem voor leefstijlmonitoring gedurende de exploitatieperiode wordt ingezet.

Opbrengst: 2 x € 5000,- = € 10.000,-

Zoals in de grafiek van de businesscase casemanagement dementie te zien leidt het tijdig signaleren van de nachtelijke onrust en vervolgens tijdige interventies hierop ook tot een uitstel van de

¹⁸ Er zijn geen recentere op een dergelijke wijze uitgewerkte businesscases van ketenzorg/casemanagement dementie bekend.

intramurale opname. Een nog tijdiger interventie door het beschikbaar zijn van de vroege waarschuwing van de leefstijlmonitoring leidt dus in principe tot verder uitstel van de verpleegopname. Dit wordt hier niet verder berekend of meegenomen. Dit is al verwerkt in de afname van 2 maanden uitstel verpleegopname met als grondslag de vermindering van de subjectieve stress door de mantelzorg

Er zijn nog andere aspecten die voortkomen uit het dementieproces die kunnen leiden tot een crisis of tot mogelijke extra belasting van de mantelzorg, die anders te vermijden was geweest. Een voorbeeld:

- Een ander bekend aspect van dementie is de invloed op het eetpatroon. Niet goed meer eten kan een trigger zijn voor een crisis. Via leefstijlmonitoring is de activiteit in de keuken te volgen en wordt de (mantel)zorg geattendeerd op afwijkingen hierin ten opzichte van het gebruikelijke leefpatroon. Verminderde activiteit in de keuken is een indicatie dat er op dit punt iets aan de hand kan zijn.

Dit effect is op basis van de tot nu toe uitgevoerde onderzoeken – inclusief Friesland – nog niet te kwantificeren.

EFFICIËNTER OVERLEG ZORGPROFESSIONAL - MANTELZORG

Uit het onderzoek in Friesland (kwalitatief deel) is naar voren gekomen dat het reguliere huisbezoek van een zorgprofessional (casemanager dementie) ongeveer 1 keer in de zes weken om de situatie te bespreken efficiënter verloopt omdat zowel de zorgprofessional als de mantelzorg beschikken over de informatie van de leefstijlmonitoring. Dit inschatting is dat dit leidt tot een tijdsbesparing van 15 minuten per overleg.

Bij 8 gesprekken per jaar leidt dit tot een opbrengst uitgaande van het tarief wijkverpleging van €150.50 per jaar.

Opbrengst 7 x 150,50 per jaar = € 1050,-

Een mogelijke opbrengst die in het verlengde hiervan ligt is het minder op huisbezoek gaan door de coördinerende zorgverlener/casemanager dementie. Dit zou verder besparen op tijd, dan inclusief reistijd en -kosten. Er zijn vanuit het onderzoek in Friesland wel lichte indicaties hiervoor dat dit op de langere duur mogelijk zou zijn, maar nog onvoldoende om dit daadwerkelijk in deze businesscase mee te nemen. Dit geldt overigens ook voor de andere projecten & onderzoeken.

VERVANGING VAN DE NACHTZORG DOOR LEEFSTIJLMONITORING

Incidenteel komt het voor dat een cliënt nachtzorg heeft, waarbij deze een aantal keer in de nacht langskomt alleen met als reden om de situatie te checken en niet voor geplande zorg. Dit

wordt dan vervangen door leefstijlmonitoring. Dit is niet alleen geconstateerd in het project in Friesland, maar ook in andere projecten & onderzoeken.

Het is zoals aangegeven echt incidenteel. De inschatting is op 100 cliënten onder de Zorgverzekeringswet circa 1 situatie.

De berekening is vervolgens als volgt:

- De inzet van de nachtzorg die regelmatig komt kijken wordt ingeschat op 1 uur per nacht.
- Gedurende 1 jaar is de besparing 365 uur, gedurende 7 jaar 2555 uur.
- X tarief van een verzorgende van 50,84,-¹⁹ = 130.000
- Uitgaande van een incidentie (voorkomen van) bij cliënten onder de zorgverzekeringswet van 1 keer op de 100 cliënten

Opbrengst in deze businesscase: € 1300,-

KWALITATIEVE OPBRENGSTEN

De hiervoor beschreven opbrengsten zijn te kwantificeren opbrengsten. Kwalitatieve opbrengsten van de inzet van leefstijlmonitoring voor alleenwonende mensen met dementie, hun mantelzorgers en betrokken zorgprofessionals zijn:

Algemeen vermindering van de subjectieve stress en een verbetering van de kwaliteit van leven van de mantelzorger met als belangrijkste grondslag dat men een beter beeld heeft hoe het met vader/moeder gaat.

Als meestal de belangrijkste zorgverlener voor een persoon met dementie is dit ook voor de persoon met dementie zelf van belang.

Binnen het mantelzorgnetwerk een meer evenwichtige taakverdeling: verder weg wonende mantelzorgers kunnen door het op afstand monitoren een nuttige bijdrage leveren en ontlasten hiermee de dichterbij wonende mantelzorgers. De dichterbij wonende mantelzorgers zijn meestal de primaire mantelzorgers.

Deze 2 kwalitatieve opbrengsten zijn op zich meegenomen als grondslag voor de te kwantificeren opbrengst 1 uitstel van opname, maar hebben daarnaast ook vanuit zichzelf een waarde voor met name de mantelzorg zelf.

¹⁹ Is het maximale tarief 2016, dat tot nu toe bijna nooit wordt afgesproken met de zorgverzekeraar. Het is wel exclusief de On-Regelmatigheid Toeslag (ORT).

GE CUMULEERDE OPBRENGSTEN

De opbrengsten bij elkaar opgeteld:

Tabel 2: Gecumuleerde opbrengsten businesscase leefstijlmonitoring Friesland, systeem Livind, business-model business-to-business, business-to-consumer

Opbrengsttype	Opbrengst
Uitstel opname	€ 6213,-
Anticipatie op kortdurende crisis	€ 2860,-
Anticipatie op crisis vanuit het demensieproces	€ 10.000,-
Efficiënter overleg zorgprofessional – mantelzorg	€ 1050,-
Vervanging van de nachtzorg door leefstijlmonitoring	€ 1300,-
Totaal	€ 21.423,- per systeem

Plus 2 kwalitatieve opbrengsten

Waar landen deze opbrengsten:

- Alleen opbrengst 4 efficiënter overleg zorgprofessional – mantelzorger landt direct bij de zorgorganisatie.
- Opbrengst 1 uitstel opname landt bij het zorgkantoor als uitvoerder/budgethouder van de Wet Langdurende Zorg
- Opbrengsten 2,3 en 5 – bij elkaar € 14.160,- - landen bij de zorgverzekeraar als uitvoerder/budgethouder van de zorgverzekeringswet en hieronder de aanspraak wijkverpleging.

Finale berekening en conclusie

FINALE BEREKENING

De totale kosten per systeem gedurende de exploitatieperiode van 7 jaar bedragen:
€ 18.004,-

De totale opbrengsten per systeem gedurende de exploitatieperiode van 7 jaar bedragen:
€ 21.423,-
Plus 2 kwalitatieve opbrengsten

Het positieve saldo van de businesscase bedraagt € 3419,- per systeem bij een inzet bij 2 cliënten gedurende een exploitatieperiode van 7 jaar in een business-to-business, business-to-consumer model.

CONCLUSIE

De maatschappelijke businesscase is positief, waarbij de te kwantificeren opbrengsten vooral landen bij zorgverzekeraars en het zorgkantoor (zie 4.4.). De businesscase voor een zorgorganisatie is dat echter niet. De opbrengst voor een investerende zorgorganisatie die direct ook landt bij de zorgorganisatie is bescheiden. Zonder initiële investeringen en delen van de behaalde opbrengsten tussen zorgverzekeraar/zorgkantoor en de investerende zorgorganisatie (shared savings) is het niet haalbaar voor een zorgorganisatie om leefstijlmonitoring aan te bieden binnen de setting van de zorgverzekeringswet (voor verzekerden met thuiszorg of casemanagement dementie) en het businessmodel business-to-business, business-to-consumer volgend.

Er zijn belangrijke kwalitatieve opbrengsten die vooral een waarde hebben voor de mantelzorgers. Een eigen bijdrage vanuit de mantelzorg en eventueel de cliënt zelf is daarom wel te onderbouwen.