

Leonard Witkamp

directeur KSYOS TeleMedisch
Centrum Amstelveen, bijzonder
hoogleraar telemedicine, Academisch
Medisch Centrum Amsterdam

TE WEINIG GELD BESCHIKBAAR VOOR OPSCHALING VAN E-HEALTH

Zonder budget geen ICT-revolutie in de zorg

Ondanks inspanningen vanuit het veld blijkt e-health nauwelijks ingebed in de reguliere zorg. Er is namelijk geen geld voor. Terwijl een serieuze overheidsinvestering zich snel zou terugverdienen, zegt bijzonder hoogleraar telemedicine Leonard Witkamp.



ZORG IN BEELD / HOLLANDE HOOGTE

Op een budget voor de gezondheidszorg van ongeveer 70 miljard wordt een fractie vergoed aan zorg die met inzet van ICT geleverd wordt. Daardoor staat de opschaling van e-health in zowel de eerste als de tweede lijn vrijwel stil.

Weliswaar stelt de begroting 2016 van het ministerie van VWS dit: 'In 2016 willen wij dat mensen (...) begrijpelijke informatie over kwaliteit makkelijk kunnen vinden. Dat keuzes mét in plaats van vóór patiënten worden gemaakt. (...) Dat verwanten, mantelzorgers en vrijwilligers zich gezien weten. Dat e-health vanzelfsprekend is.'¹ Mooie en hoopgevende woorden. Maar concrete stappen noemt de begroting niet, net zomin als concrete budgetten. Schippers heeft recentelijk aangegeven dat in de komende jaren 130 miljoen door VWS en 347 miljoen door het bedrijfsleven wordt uitgegeven om medisch-technologische innovaties te stimuleren.² Zij geeft echter niet aan hoe deze ook vergoed en opgeschaald kunnen worden binnen de reguliere zorg. De eHealth monitor 2015, genaamd 'Tussen vonk en vlam', die Nictiz en Nivel op 8 oktober 2015 aan minister Schippers overhandigde, is er duidelijk over. Die stelt dat de belangrijkste door huisartsen en medisch specialisten ervaren belemmering in het afgelopen jaar onveranderd het gebrek aan financiële vergoedingen voor de benodigde tijd is.³ Het is dan ook hoog tijd dat er voor e-health geld wordt vrijgemaakt, door de overheid en/of door zorgverzekeraars.

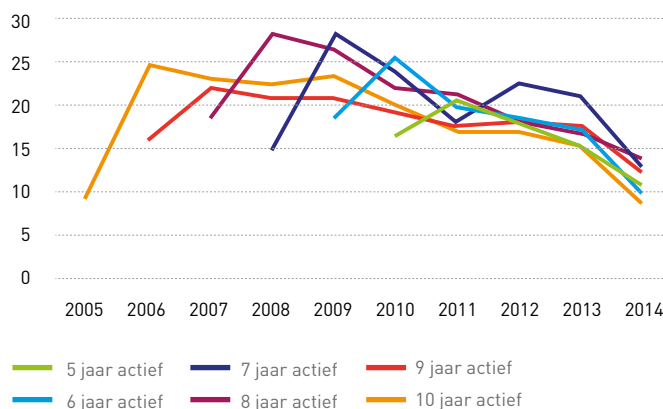
Duidelijk verband

In de zorg zijn diverse ICT-programma's effectief en succesvol. Zij worden ingezet bij veelvoorkomende zorgprocessen met een sterk routinematig karakter, zijn bewezen efficiënt én worden vergoed binnen het reguliere systeem. Meer dan 7700 huisartsen, medisch specialisten en paramedici leveren deze diensten aan inmiddels meer dan 250.000 patiënten.⁴ Het zijn effectieve en succesvolle diensten en er is een duidelijk verband met voldoende budget voor reguliere vergoeding en opschaling. De snelst groeiende telemedicineservice is tele-ggz. Hiervoor is vanuit overheid en zorgverzekeraars actief budget vrijgemaakt c.q. verschoven.

Deze dienst is in acht maanden tijd beschikbaar gekomen voor 1,2 miljoen bij huisartsen ingeschreven patiënten. Hierbij ondersteunen paramedici, psychologen en zorggroepen hun patiënten

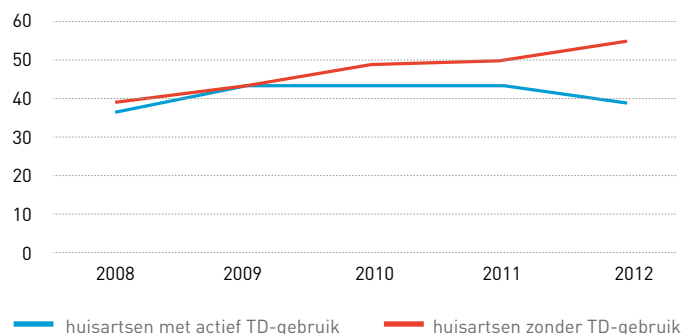
Teledermatologie leidt tot snellere betere zorg tegen lagere kosten

1. Teledermatologieconsulten



Gemiddeld aantal teledermatologieconsulten per huisarts per jaar.

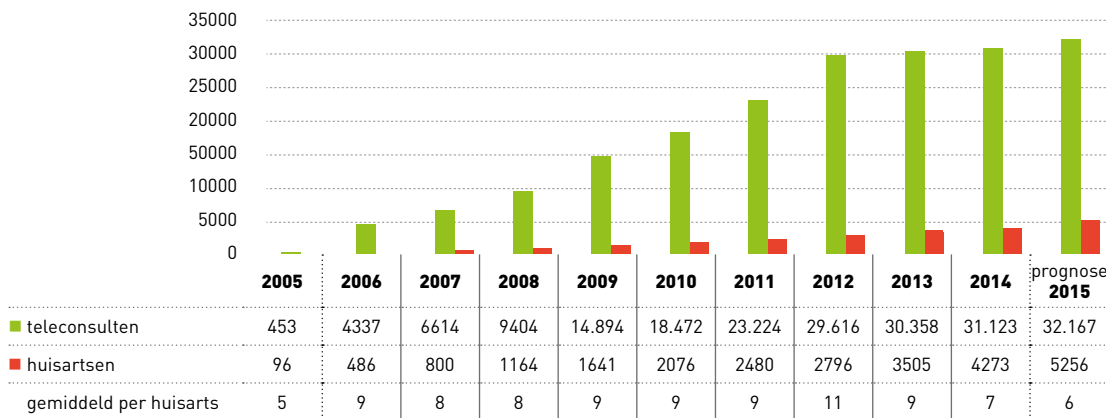
2. Fysieke verwijzing naar dermatoloog



Fysieke verwijzingen per huisarts per jaar met of zonder teledermatologie (TD).

in de eerste lijn met zorgzwaartescreening, blended care-programma's, teleconsultatie en televerwijzen (eMental Health). Daarnaast is er telefundus, een methode waarmee optometristen diabetespatiënten op netvliesafwijkingen screenen. Sinds de introductie van de keten-dbc diabetes kent telefundusscreening een gestage groei. Uitgaande van een tweejaarlijkse controle, worden nu 85.000 diabeten op deze manier dicht bij huis gecontroleerd. Waar vroeger 100 procent van de patiënten naar de oogarts ging, gaat nu nog maar 4 procent. Ook teledermatologie, waarbij de huisarts met een foto van de aandoening advies aan de dermatoloog vraagt, leidt na selectie door de huisarts tot snellere betere zorg tegen lagere kosten.⁵ Een actieve huisarts verricht na drie jaar 60 procent minder teledermatologieconsulten dan in het eerste jaar (zie figuur 1). Bovendien verwijst deze huisarts 20 tot 30 procent minder patiënten fysiek naar de tweede lijn dan collega's die geen teledermatologie doen (zie figuur 2).

3. Teleconsulten en huisartsen



Stop groei teleconsulten bij toenemend aantal huisartsen als gevolg van invoering omzetsplafonds sinds 2012.

Daarentegen staat de opschaling van teleconsultatie – betaald vanuit de tweede lijn – stil sinds de invoering van budgetplafonds sinds 2012. Dit heeft het actief verminderen van teleconsultatie wegens het risico van budgetoverschrijding tot gevolg gehad. Productie boven het afgesproken budget leidt immers tot financieel verlies voor de zorginstelling die e-healthdiensten levert (zie *figuur 3*).

Patiënten

Het voorgaande beschrijft de relatie tussen opschaling van bewezen e-health en beschikbaar budget. Maar ook e-healthdiensten die voorafgaand aan een doktersbezoek triëren, de patiënt relevante informatie laten invullen of die de patiënt voor en na het bezoek van – gevalideerde en toegesneden – informatie voorzien komen niet van de grond.

Mobiele apps die chronische patiënten thuis motiveren, attenderen, controleren en alarmeren worden niet opgeschaald. De doelstelling van de minister dat ‘van de chronisch zieken (diabetes, COPD) en kwetsbare ouderen 75 procent, die dit wil en hiertoe in staat is, binnen vijf jaar zelfstandig metingen kan uitvoeren’ zal bij onveranderd beleid niet gehaald worden.⁶ Ten slotte vinden patiëntenportalen zoals Mijnparkinsonnet onvoldoende navolging in andere vakgebieden. Hiermee worden patiënten veelbelovende (nuldlijns) e-healthdiensten onthouden en daarmee wordt de belofte om met e-health de zorg te verbeteren, bereikbaar te houden en de consumptie ervan beter te sturen onvoldoende nagekomen.

Stappen

Het is aan overheid, zorgverzekeraars en veldpartijen om werk te maken van het contracteren van betere innovatieve zorg. Daarbij zouden overheid en zorgverzekeraars ervoor kunnen kiezen om de jaarlijkse 1,5 procent budgettaire groeiruimte in de tweede

lijn uitsluitend te benutten voor vergoeding van e-healthdiensten die leiden tot substitutie. Hiermee zouden miljoenen beschikbaar komen. Een andere mogelijkheid is om binnen de begroting van VWS éxtra budget vrij te maken voor e-health, ervan uitgaande dat hiermee een vliegwielt in gang gezet wordt dat vanzelf leidt tot substitutie.

Mits inderdaad voldoende budget voorhanden is, kunnen onderstaande stappen mijns inziens leiden tot veilige en voortvarende invoering respectievelijk opschaling van e-health.

1. Maatschappelijke businesscase

Aanbieders van telemedicine maken aannemelijk dat de door hen geboden dienst leidt tot sneller betere zorg, dicht bij de patiënt en tegen lagere kosten. Zorgverzekeraars aarzelen niet om veelbelovende diensten te vergoeden, ook als het effect op lange termijn wel aannemelijk maar niet zeker is.

2. Businesscase van de stakeholders

Aanbieders zorgen ervoor dat alle stakeholders van de e-healthdienst voordeel ervaren. Zo krijgt bij teleconsultatie de patiënt zeer snelle feedback in plaats van wachttijden en reistijd, de huisarts het leereffect, de medisch specialist plezier in het werk en het ziekenhuis het voordeel van adherentie-vergroting en -versterking.

3. Laaghangend fruit

Partijen schalen e-healthdiensten in laagcomplexere routinematige zorg op die zich reeds bewezen hebben en die hun weg bij zorgverleners en -vragers gevonden hebben. In deze diensten zit voorslagnog de grootste – bewezen – maatschappelijke winst.

4. Vergoed binnen huidige systematiek

Partijen stoppen met het aanwijzen van bestaande vergoedingssystematiek als belemmering voor e-health. Zorg

VOORGEDRUKT

Ik werk in een psychiatrisch ziekenhuis. Een week nadat ik met een specialist telefonisch had overlegd over een patiënt die niet naar de poli wilde komen, en wiens afspraak daarom kon vervallen, ontving ik een keurige brief: 'Uw patiënt ... zag ik op mijn spreekuur op ...

Verbaasd belde ik de begeleiding. Was patiënt nu toch gegaan? Nee hoor, de taxi was afgezegd en hij was heel erg opgelucht geweest dat het niet doorging.

Secretaresse van het ziekenhuis gebeld dat er iets fout was gegaan met de brief en dat ik natuurlijk graag de juiste versie ontving. Een dag later een gepikeerde specialist aan de lijn. De brief was een standaardbrief, met een openingszin waar hij niets aan kon veranderen. Als ik dat nou écht wilde, als dat nou écht moest, zucht, dan moest het weer helemaal zoals vroeger gedicteerd worden, en dan weer door de secretaresse uitgetypt et cetera, et cetera. Hij slaagde er bijna in me een overdreven pietlut te laten voelen die iets onmogelijks van hem verwachtte. Nou goed, zucht, hij zou het dan wel doen.

Ik wacht nog steeds.

Maar hoever is het inmiddels gekomen, dat alles en iedereen in een voorgedrukt invulformulier moet passen? Dat als het verhaal of de diagnose niet past, je het maar een beetje moet verdraaien omdat anders je efficiënte computersysteem stagneert?

En hoe verkoop je dit aan de patiënt, in dit geval een chronisch paranoïde psychotische patiënt. De dokter schrijft op dat je geweest bent, en dat klopt inderdaad niet, maar de rest wat ie schrijft is wel waar...

geleverd met behulp van ICT is gewone zorg als het deze gewone zorg vervangt. Binnen de bestaande wet- en regelgeving kan alle e-health vergoed worden.

5. Substitutie

In de eerste lijn is binnen segment 3 sinds 1 januari 2015 de mogelijkheid om budget vrij te maken voor innovatie en substitutie. Dit biedt een geweldige mogelijkheid om inkoop van eenvoudige routinematige zorg met inzet van e-health in de eerste lijn fors te vergroten.

6. Hoogwaardige zorg in tweede lijn

Partijen verlagen vergoedingen voor eenvoudige routinematige zorg in de tweede lijn en verhogen vergoedingen voor zorg voor ingewikkelde, ernstige en sociaal zwakkere patiënten. Dit biedt de medisch specialisten de mogelijkheid om tijd vrij te maken voor zorg waarvoor zij zijn opgeleid.

7. Toelating

De systematiek waarbij een centraal college nieuwe e-healthdiensten beoordeelt en toelaat waarbij de zorgverzekeraar deze móet vergoeden – en hiervoor budget moet reserveren – zal de innovatieve zorg enorm stimuleren.

Proces onomkeerbaar

E-health zal het mogelijk maken dat ziekenhuizen zich beperken tot hoogwaardige gespecialiseerde zorg. In tal van perifere centra in de woonwijk – huisartsenpraktijken, apothekers, opticiens, fysiotherapiepraktijken en andere – zal de meer routinematige zorg dicht bij de patiënt geleverd worden door paramedici, mantelzorgers en de patiënt zelf – onder regie en supervisie van de huisarts en de medisch specialist op afstand. Tegen een fractie van de prijs. Dit proces is in de zorg niet alleen onomkeerbaar, maar ook noodzakelijk om aan de veranderende vraag te blijven voldoen. E-healthdiensten zijn veelbelovend, bewezen e-healthdiensten worden breed omarmd door zorgverleners en zorgvragers. De enige belemmering voor opschaling is de beschikbaarheid van budget binnen het reguliere vergoedingssysteem. Die belemmering moet zo snel mogelijk worden weggenomen. ■

contact

l.witkamp@ksyos.org
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer MC-artikelen over dit onderwerp vindt u in het dossier E-health onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen. Hier vindt u ook de voetnoten.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl