

De langdurige zorg staat onder enorme druk door vergrijzing en personeelsschaarste. Technologische innovaties zijn de cruciale hefboom om de zorg betaalbaar en mensgericht te houden. Hoewel pilots met slimme technologie (zoals AI-monitoring of spraakgestuurd rapporteren) de waarde bewijzen, stuit de opschaling steevast op een 'bekostigingskloof': de sprong van een tijdelijk innovatiebudget naar **structurele, duurzame financiering** in de reguliere zorgpraktijk.

Dit artikel analyseert de structurele uitdagingen in het waardebepalingsproces en schetst de gezamenlijke strategieën die nodig zijn om innovatieve oplossingen definitief te verankeren in de langdurige zorg, met specifieke aandacht voor het fundamentele probleem dat **preventie nauwelijks gehonoreerd wordt** in het huidige financieringslandschap. De rollen van **Zorgverzekeraars Nederland (ZN)**, individuele **zorgverzekeraars** en de **gemeenten** worden hierbij betrokken.

1. De Oorsprong van de Kloof: Preventie als Blinde Vlek

De primaire oorzaak van de bekostigingskloof is dat de huidige financiële modellen de **volledige, meervoudige waarde** van technologische innovaties onvoldoende erkennen, met name wanneer deze gericht zijn op het **voorkomen** van problemen.

A. De Beperking van Traditionele Modellen

- **Betalen voor Zorg, Niet voor Gezondheid:** Het meest belemmerende inzicht is dat het systeem is ingericht om te **betalen voor de ziekte en de verrichting**, niet voor de *gezondheid* en de *preventie*. Een AI-systeem dat een valincident voorkomt, levert geen direct declareerbare verrichting op; het voorkomt een dure ziekenhuisopname, maar de besparing valt bij een andere partij (de verzekeraar van de ziekenhuiszorg).
- **Ontbreken van Zachte Waarde:** Waarde in de langdurige zorg gaat over de **menselijke winst** – elementen die traditionele financiering negeert:
 - **Kwaliteitswinst (QoL):** Verbeterde belevingswereld, verminderde onrust bij mensen met dementie.
 - **Mantelzorgontlasting:** Reductie van stress en uitval bij naasten.
 - **Arbeidsvreugde:** Verhoogde professionele autonomie door verminderde administratie.

B. De Uitdaging van Bewijsvoering (Real-World Evidence)

De bewijslast die financiers vragen is vaak onhaalbaar. Hoe toon je aan dat iets *niet* is gebeurd dankzij een innovatie? De focus moet liggen op het verzamelen van **Real-World Evidence (RWE)** over **risicoreductie** en **proactieve interventies**.

2. De Rollen en Inzichten van Financiers en Beheerders

Het dichten van de kloof vereist een transformatie in de manier waarop ZN, de zorgverzekeraars en de gemeenten waarde meten en inkopen.

A. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Collectieve Strategie

ZN heeft de taak om de **collectieve agenda** te bepalen en de structurele belemmeringen in de Zvw en Wlz aan te pakken.

- **Inzicht ZN:** De structurele inzet van technologie vereist **standaardisatie** in waardebepaling, waarbij **preventieve waarde** expliciet wordt meegenomen. Dit vraagt om een verschuiving van *risico dragen* naar **risico delen** met betrekking tot preventie.
- **Strategische Rol:** Het creëren van een **versneld, uniform toetsingskader** voor bewezen technologie, met criteria die de **risicoreductie** (bijv. daling van het aantal onrustmeldingen of valrisico's) als een te honoreren uitkomst beschouwen.

B. Individuele Zorgverzekeraars (Zvw en Wlz)

Zorgverzekeraars zijn de cruciale poortwachters.

- **Inzicht Zorgverzekeraars:** De investering in technologie moet leiden tot **risicobeheersing en verschuiving van zorg**. Een preventieve innovatie is waardevol als het dure, onnodige zorg kan voorkomen. Echter, de besparing valt vaak niet binnen het eigen budget.
- **Operationele Rol:** Het aanbieden van **risicodelende, flexibele inkoopcontracten** (*Pay-for-Performance* of resultaatbekostiging). De betaling van de technologie moet gekoppeld worden aan de **daadwerkelijk behaalde uitkomsten** in termen van preventie (bijv. een significante daling in het aantal onnodige ziekenhuisopnames na valpartijen).

C. Gemeenten (Wmo en Jeugdwet)

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en het beleid rond **langer zelfstandig thuis wonen**.

- **Inzicht Gemeenten:** Gemeenten hebben een sterke prikkel om te investeren in **primaire preventie**, omdat dit latere, duurdere Wmo-zorg in een instelling voorkomt. De waarde wordt gemeten aan het behoud van maatschappelijke participatie en het voorkomen van vereenzaming.
- **Regionale Rol:** Het opzetten van **regionale innovatiehubs** waar zorgaanbieders, technologiebedrijven en burgers samenwerken aan de implementatie. Gemeenten kunnen de financiering voor Wmo-hulpmiddelen **bundelen** en flexibeler inzetten voor preventieve oplossingen.

3. Gezamenlijke Strategieën om de Kloof te Dichten

Het succes ligt in het gecoördineerd doorbreken van de ketens tussen de financiers en de uitvoerders, met als sleutel **het honoreren van preventie**.

Strategie 1: Het Honoreren van Preventie door Risico Delen

- **Van Verrichting naar Risicoprofiel:** Financiers (ZN en verzekeraars) moeten overstappen op modellen die betalen voor het **managen van het risico** in plaats van de ziekte. Een zorginstelling die door AI-monitoring valincidenten significant vermindert, moet gehonoreerd worden voor die preventieve prestatie, ongeacht of de besparing bij de verzekeraar of de Wlz valt.
- **Shared Savings (Gedeelde Besparing):** Instellingen die bewezen preventieve innovaties inzetten, krijgen een deel van de **maatschappelijke besparing** (bijv. op ziekenhuiszorg of latere zwaardere Wlz-zorg) toegekend. Dit vereist samenwerking over de domeinen (Zvw, Wlz, Wmo).
- **Meten van RWE op Risicoreductie:** Onderzoekers en ontwikkelaars moeten samenwerken aan **geaccepteerde, modulaire meetinstrumenten** die de **risicoreductie** (bijv. de daling van de 'dwaal-uren' of onrustpieken) robuust kwantificeren. Dit maakt preventie **bekostigbaar**.

Strategie 2: Flexibele Bekostigingspaden Creëren

- **Hybride Contracten:** Verzekeraars bieden **risicodelende contracten** aan: de verzekeraar betaalt de implementatiekosten deels, en de tech-leverancier ontvangt een bonus als de afgesproken preventieve uitkomsten (bijv. verminderde valincidentie) daadwerkelijk worden behaald.
- **Integratie over Domeinen:** Gemeenten en Wlz-uitvoerders moeten regionale **gezamenlijke inkoop** van preventieve technologie onderzoeken om de complexiteit te verlagen en de inzet van hulpmiddelen die langer zelfstandig thuis wonen bevorderen, te versnellen.

Strategie 3: Acceptatie en Verankering in de Cultuur

- **Verplicht Procesherontwerp:** Zorginstellingen moeten de investering in technologie koppelen aan een **verplichte herziening van de workflow**. Dit garandeert dat de tijdswinst (dankzij de technologie) wordt ingezet voor **proactieve, preventieve interventies** en persoonlijke aandacht, in plaats van voor reactieve zorg.
- **Naasten en Professionals Betrekken:** De technologie moet **vanaf de ontwerpfase** in co-creatie met naasten en professionals worden ontwikkeld. Dit verhoogt de acceptatie en zorgt ervoor dat de oplossing daadwerkelijk aansluit bij de preventieve behoeften in de praktijk.

Conclusie

Het dichtend van de bekostigingskloof is de cruciale horde voor het duurzaam inzetten van innovaties. De sleutel ligt in het aanpakken van de **blinde vlek voor preventie** in het huidige financieringssysteem. Door gezamenlijk over de schotten van Zvw, Wlz en Wmo heen te stappen en een **risicodelend model** te omarmen dat preventieve prestaties honoreert, kan de belofte van technologie – minder ziekte, meer menselijke aandacht – worden waargemaakt. Dit vereist een moedige culturele en financiële transformatie, waarbij investeren in preventie wordt gezien als de meest waardevolle en duurzame vorm van zorg.