



> Substantieel potentieel

Schatting van de potentiële opbrengst van substitutie van
zorg en inventarisatie van de benodigde voorwaarden

Utrecht, 25 juni 2021

SiRM. Strategies
in Regulated
Markets

Inhoud

Managementsamenvatting	3
1 Aanleiding en conclusie	4
2 Om zorg op de ‘Juiste Plek’ te leveren, zijn aanvullende beleidsmaatregelen nodig	5
2.1 Binnen JZOJP focust dit onderzoek zich op de ‘Juiste Plek’	6
2.2 Om JZOJP te realiseren, moeten partijen dat willen, kunnen en doen	8
2.3 Partijen moeten het leveren van zorg op de juiste plek willen	9
2.4 Partijen moeten zorg op de juiste plek kunnen leveren	15
2.5 Partijen moeten het leveren van zorg op de juiste plek in de praktijk doen	17
2.6 Regierol van VWS vereist om randvoorwaarden in samenhang te organiseren	19
3 Juiste Plek is breder dan substitutie	20
3.1 Geen dubbeltellingen met andere onderdelen van JZOJP	21
3.2 Effect van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is onderdeel van substitutie	23
3.3 Geen dubbeltellingen met algemene productiviteitsontwikkeling	24
3.4 Zoveel als mogelijk aansluiten bij systematiek van Rijksbegroting en budgettaire kaders	24
3.5 Onvoldoende tijd om recht te doen aan lopende discussies over Jeugdzorg en Bevalzorg	26
4 Potentie voor substitutie wordt niet volledig benut	27
4.1 Onzekere schattingen van potentie voor substitutie van 15% waarvan de helft naar digitale zorg	28
4.2 Na substitutie vallen ongeveer de helft van de kosten elders in de keten	29
4.3 Substitutie moet je willen, kunnen en doen – dat bepaalt het tempo	30
5 Schattingen van substitutie per zorgsector met beperkte informatie en veel aannames	35
5.1 Sociaal domein	36
5.2 Langdurige zorg	39
5.3 Ziekenhuiszorg	43
5.4 GGZ	50
5.5 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg	52
5.6 Paramedische zorg	58
5.7 Farmaceutische zorg	60
5.8 Digitale zorg	62
5.9 Overige onderzoeken	69

6	Bijlage – Geïnterviewde personen	71
7	Bibliografie	72

Managementsamenvatting

Het ministerie van VWS heeft SiRM gevraagd om het besparingspotentieel van substitutie van zorg als onderdeel van Juiste Zorg op de Juiste Plek in beeld te brengen. Zij vragen om rekening te houden met onzekerheden en mogelijke ingroeipaden aan te geven. Daarnaast is verzocht om aan te geven welke beleidsmaatregelen noodzakelijk zijn om het besparingspotentieel te realiseren. Het Ministerie van Financiën las mee tijdens het onderzoek.

Substitutie hangt nauw samen met de bredere beweging van de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP), die zich richt op het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg waarbij de patiënt centraal staat. Binnen JZOJP richten we ons voornamelijk op 'Juiste Plek', wat we indelen naar juiste zorgverlener, juiste locatie en juiste vorm, wat ook digitaal kan zijn.

Om zorg op de juiste plek te leveren, zijn randvoorwaarden nodig waardoor relevante partijen dit willen, kunnen en doen. Omdat de onderlinge verbondenheid van de randvoorwaarden van groot belang is, is een regierol van VWS essentieel. We doen een aantal aanbevelingen om zorg op de Juiste Plek te realiseren. Zeer belangrijk daarbij is dat er voldoende transitie-middelen, capaciteit en organisatiekracht zijn, zowel aan de ontvangende als de substituerende kant. Alleen als er voor beide partijen een positieve business case is, lukt het om zorg op de juiste plek te leveren. De huisartsenzorg is een spil in zorg op de juiste plek, maar lijkt nog niet voldoende capaciteit en organiserend vermogen te hebben om die rol volledig waar te maken.

Voor een ruwe schatting van de budgettaire impact, hanteren we een nauwere definitie van substitutie dan alleen 'Juiste Plek'. Dit is noodzakelijk vanwege onderzoekstechnische redenen. De schattingen van de potentie van substitutie zijn onzeker vanwege de vele aannames die we hebben moeten maken. We vinden een potentie van circa €5,2 miljard, ofwel ongeveer 15% van de €35 miljard uitgaven in de onderzochte sectoren waar zorg uit kan worden gesubstitueerd (ziekenhuiszorg, langdurige pg-zorg, ggz en huisartsenzorg). Iets minder dan de helft daarvan komt door digitale zorg. Daarnaast kan worden gesubstitueerd naar huisartsenzorg, langdurige pg-zorg, wijkverpleging, paramedie, eerstelijns farmaceutische zorg en het sociaal domein.

Het netto effect, rekening houdend met de kosten in sectoren waar naar toe wordt gesubstitueerd, schatten wij op ongeveer €2,7 miljard. Dit betreft het scenario 'hoog' waarin dit binnen 10 jaar gerealiseerd kan worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat alle randvoorwaarden ('willen, kunnen, doen') optimaal op orde zijn. In het scenario 'laag' kan ongeveer een derde van het besparingspotentieel worden gerealiseerd. Daarvoor moet wel een zeer groot deel van de randvoorwaarden op orde zijn. Voor dit verkennend onderzoek is de potentie niet direct gekoppeld aan specifieke randvoorwaarden of de beleidsmaatregelen om die te realiseren.

De in kaart gebrachte randvoorwaarden – willen, kunnen en doen – ondersteunen de brede beweging van JZOJP en van verdere digitalisering, en zijn daarmee sowieso de moeite waard.

I Aanleiding en conclusie

Het Centraal Plan Bureau (CPB) en de werkgroep Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH) hebben maatregelen uitwerkt om de groei in de uitgaven aan zorg te dempen. Een van deze maatregelen betreft de substitutie van zorg. In het kader van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen heeft het Zorginstituut een analyse gemaakt van het doelmatigheidspotentieel van substitutie naar zorg in 2022.

Het ministerie van VWS heeft SiRM gevraagd om het besparingspotentieel van deze maatregel concreter in beeld te brengen. Zij vroegen ons om rekening te houden met onzekerheden en mogelijke ingroeipaden aan te geven. Daarnaast is verzocht om aan te geven welke beleidsmaatregelen noodzakelijk zijn om het besparingspotentieel te realiseren. Het ministerie van Financiën heeft meegelezen tijdens de totstandkoming van het onderzoek.

De doorlooptijd van het project was kort. In één maand tijd hebben we 19 interviews gevoerd, een werksessie gehouden en uitgebreid deskresearch uitgevoerd. We hebben in ons onderzoek met name onderzoeken gebruikt met een focus op de Nederlandse sector. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de geïnterviewde partijen en personen. Wij hebben onze inzichten met deze gesprekken verrijkt. Uiteraard houdt een gesprek geen instemming met alle bevindingen in. De aanbevelingen zijn, gegeven de korte doorlooptermijn van het project eerste suggesties en bovendien niet juridisch getoetst.

We concluderen dat het potentieel ongeveer 15% betreft voor substitutie van huisartsenzorg en intramurale zorg naar andere sectoren en voor ongeveer de helft naar digitale zorg. Het jaarlijkse netto effect, rekening houdend met de uitgaven aan de gesubstitueerde zorg, schatten wij op ongeveer €2,7 miljard waarvan de helft door digitale zorg. In het ideale scenario kan deze besparing gerealiseerd worden binnen een periode van tien jaar. Hiervoor moeten alle randvoorwaarden om dit te realiseren gecreëerd worden. Dit vraagt zeer serieuze inspanningen en grote veranderingen, met name op het gebied van de organisatie van huisartsenzorg, informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverleners en het uitrollen van digitale zorg en de juiste prikkels voor Juiste Zorg op de Juiste Plek.

De komende periode zal met name in ziekenhuizen in staat staan van herstellende zorg van de coronacrisis. Hier zal aandacht naar uit moeten gaan. Tegelijkertijd biedt dit ook kansen om de zorg op een aantal terreinen anders te organiseren, en biedt het dus kansen voor substitutie van zorg.

2 Om zorg op de ‘Juiste Plek’ te leveren, zijn aanvullende beleidsmaatregelen nodig

Binnen Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) richten we ons voornamelijk op ‘Juiste Plek’, wat we indelen naar juiste zorgverlener, juiste locatie en juiste vorm, wat ook digitaal kan zijn. Om JZOJP te realiseren, zijn randvoorwaarden nodig waardoor relevante partijen dit *willen, kunnen* en *doen*. Daarvoor is een goed doordacht zorglandschap nodig. Omdat de onderlinge verbondenheid van de randvoorwaarden van groot belang is, is een regierol van VWS essentieel. We doen 17 aanbevelingen om die randvoorwaarden voor ‘Juiste Plek’ te realiseren. Zeer belangrijk daarbij is dat er voldoende transitie middelen, capaciteit, organisatiekracht zijn, zowel aan de ontvangende als de substituerende kant. Hieraan lijkt het vooral in de huisartsenzorg te schorten. Alleen als er voor beide partijen een positieve business case is lukt het om zorg op de juiste plek te leveren.

Substitutie is geassocieerd met Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP). De essentie van Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP) is volgens de Taskforce (Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek, 2018):

- het voorkomen van (duurdere) zorg.
- het verplaatsen van zorg.
- het vervangen van zorg.

Voor JZOJP is het nodig om over de grenzen van de eigen ‘lijnen’ van zorg te werken. Dat betekent zowel zorg overnemen van als overdragen aan ketenpartners en in veel gevallen deze zorg juist samen leveren met ketenpartners waarbij de zorgpaden daadwerkelijk opnieuw worden ingericht rondom de patiënt. Voor de patiënt zouden de grenzen van ‘lijnen’ en sectoren er nauwelijks toe moeten doen en moet vanzelfsprekend de juiste zorg op de juiste plek geleverd worden. Digitalisering helpt daarbij, al is er nog een forse transformatie te gaan.

De geïnterviewden wezen erop dat we het begrip ‘substitutie’ niet te smal moeten opvatten. We moeten juist aansluiten bij de brede beweging van JZOJP en daarbinnen vooral bij de ‘Juiste Plek’. Er is in de sector geen eenduidige definitie van JZOJP. Daarom vullen we die hieronder in, geïnspireerd op de verschillende programma’s waarmee VWS samen met het veld invulling geeft aan JZOJP, en enkele extra onderwerpen. Ook moeten we ons realiseren dat de transitie in van de zorg breder is dan JZOJP, zoals onlangs beschreven in de discussienota ‘Zorg voor de Toekomst’ van VWS, en in de visie op ‘Passende zorg’ van NZa en ZIN (VWS, 2020) (Zorginstituut, NZa, 2020).

2.1 Binnen JZOJP focust dit onderzoek zich op de 'Juiste Plek'

Wij onderscheiden in de definitie van de JZOJP twee elementen: het leveren van de juiste zorg en het leveren van zorg op de juiste plek. Het leveren van de juiste zorg wordt gerealiseerd met drie onderdelen:

- 1 Effectieve zorg (zorgevaluatie)
- 2 Gepaste zorg (gepast gebruik)
- 3 Relevante zorg (samen beslissen)

Voor het leveren van deze zorg op de juiste plek onderscheiden we ook drie onderdelen:

- 1 Juiste zorgverlener
- 2 Juiste locatie
- 3 Juiste vorm

Hoewel er uiteraard samenhang is tussen de verschillende onderdelen, is een afbakening nodig voor dit onderzoek. Wij focussen ons op het gedeelte van de 'Juiste Plek' binnen JZOJP (Figuur 1). Dat heeft de meeste verbinding met substitutie van zorg. Dit, en de verschillen tussen deze termen, beschrijven wij nader in §0. Voordat wij daar op ingaan geven wij een korte beschrijving van het gedeelte van 'juiste zorg'.

		Wat is het?	Wat zijn disciplines?	Hoe te realiseren?	Waar besloten?	
Juiste zorg	Effectieve zorg	Lever alleen (bewezen) effectieve zorg	Epidemiologie, geneeskunde	Pakketbeheer Richtlijnen, protocollen	Commissies wv-en, Zin	
	Gepaste zorg	Pas te leveren zorg aan omstandigheden aan	Geneeskunde	Tijd voor arts en patiënt Beslissondersteuning	Spreekkamer	
	Relevante zorg	Bepaal met patiënt welke zorg relevant is	Ethiek, geneeskunde	Tijd voor arts en patiënt (Kwaliteits-)informatie	Spreekkamer, thuis	
Juiste plek	Juiste zorgverlener	Lever de zorg door juiste zorgverlener	Gezondheidseconomie, geneeskunde	Bevoegdheden (Big) Spreiding, concentratie Zorginkoop	Zorginkoop obv regionale situatie en samenhang	
	Juiste locatie	Lever zorg op geschikte, efficiënte locatie	Bedrijfseconomie, geneeskunde	Zorginkoop, spreiding, concentratie Business cases	Zorginkoop en organiseren door zorgaanbieders	Focus in dit onderzoek
	Juiste vorm	Lever of ondersteun zorg digitaal	ICT, business development, geneeskunde	Real time gegevens Apps voor patiënten Monitoring	Landelijke standaarden Investerings van (digitale) zorgaanbieders	

Figuur 1 De focus van dit onderzoek is de 'Juiste Plek' binnen JZOJP.

Wellicht moet dit schema in de toekomst aangepast worden op basis van de lerende evaluatie van JZOJP die het RIVM in 2021 start (RIVM, 2020).

2.1.1 Juiste zorg

Het leveren van de juiste zorg onderscheiden wij drie onderdelen:

- 1 Effectieve zorg (zorgevaluatie)
- 2 Gepaste zorg (gepast gebruik)
- 3 Relevante zorg (samen beslissen)

Uiteraard hangen deze drie aspecten ook samen met 'Juiste Plek' en daarmee met substitutie.

Effectieve zorg

Effectieve zorg heeft als doel om, voor zover dat mogelijk is, enkel zorg te leveren die bewezen effectief is. SiRM schatte eerder dat ongeveer 6% van de zorg in het basispakket waarschijnlijk uit niet effectieve zorg bestaat (SiRM, 2021). Een deel hiervan is al in beeld, maar niet alles. Vooral niet voor zorg die voor een deel van de patiënten wel en voor een deel van de patiënten niet effectief is. We verwachtten dat het ongeveer vijftien jaar duurt voordat de volledige potentie van het sturen op effectiviteit is gerealiseerd. Er is veel epidemiologisch onderzoek nodig dat leidt tot beslissingen over het pakket en tot aanpassing van protocollen en richtlijnen. Het programma ZE&GG werkt hieraan, vooral de component Zorgevaluatie. De relatie met 'Juiste Plek' is uiteraard dat de zorg ook na eventuele substitutie wel effectief moet zijn.

Gepaste zorg

Gepaste zorg gaat om het gepast gebruik, waarbij de geleverde zorg door de arts in samenspraak met de patiënt wordt aangepast aan de omstandigheden voor die specifieke patiënt. Denk aan een lagere dosering van een geneesmiddel om bijwerkingen te voorkomen, of enkele extra sessies om een therapie goed af te ronden waardoor de kans op terugval kleiner is. Het onderdeel Gepast Gebruik van het programma ZE&GG werkt hieraan. De link met Juiste Plek is onder andere dat de arts de kennis en kunde moet hebben om samen met de patiënt de beslissingen over gepaste zorg te maken.

Relevante zorg

Relevante zorg gaat om het samen beslissen van patiënt en arts. Zij beslissen om alleen (medische) ingrepen te doen waarmee de doelen van de patiënt worden bereikt. De filosofie van 'Positieve Gezondheid' schenkt hier veel aandacht aan. Ook zijn gegevens nodig zodat de patiënt en arts samen kunnen beslissen. Daarom wordt gewerkt aan uitkomst gerichte zorg. In sommige initiatieven van 'Juiste Plek', is er meer tijd beschikbaar voor patiënt en arts om samen weloverwogen een beslissing te nemen.

2.1.2 Juiste Plek

Voor de hierboven beschreven juiste zorg onderscheiden we ook drie onderdelen voor de juiste plek:

- 1 Juiste zorgverlener
- 2 Juiste locatie
- 3 Juiste vorm

Deze drie delen sluiten het meest aan bij 'substitutie'. We behandelen ze hier kort, en gaan er in Hoofdstuk 3 verder op in.

Juiste zorgverlener

Het leveren van zorg door de juiste zorgverlener gaat om welke zorgverlener het meest doelmatig en doeltreffend de benodigde zorg kan leveren. Bijvoorbeeld of een medisch specialist of een

gespecialiseerd verpleegkundige complexe wondzorg levert. Hierbij gaat het onder andere om de vraag of de zorgverlener bekwaam en bevoegd is om deze handelingen uit te voeren.

Juiste locatie

Bij de juiste locatie gaat het om de vraag waar de zorg het meest geschikt kan worden geleverd. Dit kan thuis zijn, bij de aanbieder (bijvoorbeeld bij de huisarts, gezondheidscentrum of het ziekenhuis) of op een andere plek.

Juiste vorm / Digitalisering

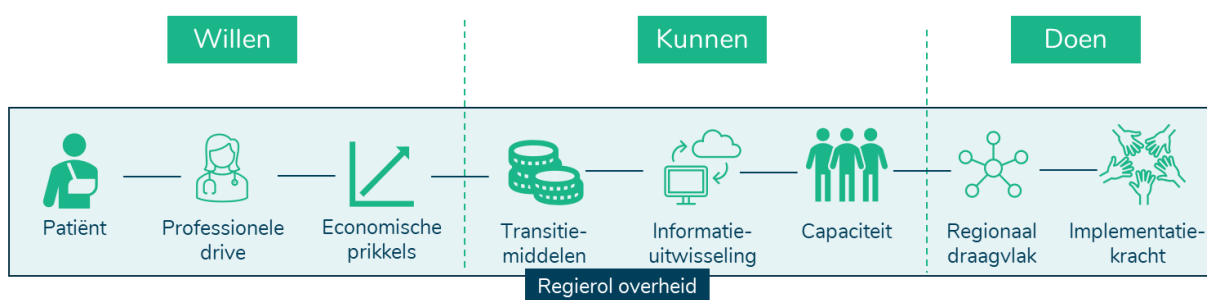
De juiste vorm gaat hier over de vraag of de zorg het beste analoog of digitaal kan worden geleverd. Digitalisering zal invloed hebben op alle aspecten van zorg. Het maakt nieuwe manieren van zorg leveren mogelijk en ondersteunt afstemming en samenwerking in de keten. Door digitale middelen in te zetten, kan JZOJP worden gerealiseerd. Tijdens de coronapandemie is dit toegenomen. Denk bijvoorbeeld aan het gebruik van apps om Covid-patiënten die thuis zuurstof krijgen, te monitoren. Hierdoor hoeft de patiënt soms niet meer in het ziekenhuis te verblijven.

2.2 Om JZOJP te realiseren, moeten partijen dat willen, kunnen en doen

Om ervoor te zorgen dat JZOJP wordt geleverd, moeten de relevante partijen dit *willen*, *kunnen* en *doen*:

- Onder 'willen' verstaan wij dat patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars prikkels hebben om de zorg op de juiste plek te leveren (§2.3).
- Onder 'kunnen' verstaan wij dat er voldoende mensen en middelen zijn om deze zorg te organiseren en leveren (§2.4). Hieronder valt ook de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders.
- Onder 'doen' achten wij het nodig dat er voldoende regionaal draagvlak is en dat de implementatiekracht bij de substituerende en ontvangende partij voldoende is (§2.5).

JZOJP komt pas volledig tot stand als aan al deze randvoorwaarden is voldaan. De beweging naar JZOJP is zo snel als de traagste factor. Omdat samenhang tussen deze randvoorwaarden essentieel is, is volgens veel geïnterviewden een regierol van VWS vereist (§2.6).



Figuur 2. De overheid heeft een regierol om de zeven randvoorwaarden voor zorg op de juiste plek te realiseren zodat partijen dat willen, kunnen en doen

Per randvoorwaarde van JZOJP suggereren we beleidsmaatregelen om deze randvoorwaarden voor 'Juiste Plek' te creëren. We gaan hier in op 'Juiste Plek' wat het meest aansluit bij de onderzoeksvraag naar substitutie. Deze suggesties voor beleidsmaatregelen volgen uit gesprekken, literatuuronderzoek en eigen ervaring in de zorgsector.

Dit onderzoek is inventariserend van aard, er was onvoldoende tijd om een aparte inschatting van het budgettaire beslag van de verschillende voorgestelde beleidsmaatregelen te maken. Dit kan zowel positief als negatief zijn, hiervoor is aanvullend onderzoek nodig. Het effect van de maatregelen is dat ze gezamenlijk de kans op succesvolle substitutie vergroten. We hebben de specifieke randvoorwaarden en de beleidsmaatregelen om die te realiseren dus niet gekoppeld aan specifieke besparingen.

2.3 Partijen moeten het leveren van zorg op de juiste plek willen

Om het leveren van zorg op de juiste plek verder van de grond te krijgen, moeten zowel patiënten, zorgverleners, zorgaanbieders als zorgverzekeraars dit willen. Wanneer zij dit gezamenlijk willen, is het het meest waarschijnlijk dat het besparingspotentieel gerealiseerd wordt (Figuur 3). Om dit te stimuleren zijn er op een aantal punten aanvullende beleidsmaatregelen noodzakelijk.



Figuur 3 Er zijn een aantal beleidsmaatregelen nodig om 'willen' leveren van zorg op de juiste plek verder te stimuleren

2.3.1 Het leveren van zorg op de juiste plek vraagt soms om ander gedrag van patiënten

Patiënten spelen een belangrijke rol in het zorgveld. Met hun gedrag en beslissingen zijn zij sturend in de vraag naar zorg. Er is een verandering nodig van de gang van zaken waaraan patiënten gewend zijn. Zorgverleners spelen daarbij een belangrijke rol door de patiënten daarop te wijzen en hun zorgpaden daarop in te richten. De overheid kan wellicht met publiekscampagnes patiënten wijzen op de voordelen van juiste zorg op de juiste plek. Deze gedragsverandering kan worden versneld met financiële prikkels en beschikbaarheid van de informatie voor patiënten.

Overweeg om eerstelijns zorg die als 'juiste plek' wordt aangemerkt te vergoeden zonder eigen risico of bijbetalingen

Het eigen risico vormt voor bepaalde groepen patiënten een perverse prikkel om zorg niet op de juiste plek geleverd te krijgen. Dit geldt bijvoorbeeld voor patiënten voor wie een behandeling met

geneesmiddelen de juiste plek van zorg is in plaats van een behandeling bij de huisarts. De geneesmiddelen kosten de patiënt geld, terwijl de zorg die door de huisarts geleverd wordt voor de patiënt gratis is. Er is daarom een prikkel voor de patiënt om naar de huisarts te gaan. Dat geldt ook voor sommige digitale zorg. Zo kost bijvoorbeeld de HartWacht, waarbij mensen met hartklachten via een app gemonitord worden de patiënt het eigen risico.

Dit geldt vergelijkbaar ook voor de paramedie, waar voor sommige behandelingen fysiotherapie effectiever en/of efficiënter is dan zorg die geleverd wordt door een huisarts of medisch specialist. Hierbij vormt niet het eigen risico de perverse prikkel, maar of behandelingen binnen de basisverzekering of de aanvullende verzekering vallen. Ditzelfde probleem geldt voor de bijbetalingen voor wijkverpleging bij zorg thuis binnen de Wlz versus wijkverpleging die valt onder de Zvw, waardoor mensen mogelijk te lang wachten met aanvragen van een Wlz-indicatie (SiRM, 2018b).

Om dit probleem op te lossen, kan wellicht het eigen risico voor behandelingen in de eerste lijn die aangemerkt worden als 'juiste plek' worden opgeheven. Hiervoor is uiteraard een effectiviteitstoets noodzakelijk. Ook moet de impact van het 'remgeldeffect' van het eigen risico in acht worden genomen (CPB, 2015). Enkele paramedische behandelingen worden al vergoed vanuit de basisverzekering, zoals behandelingen van etalagebenen door een fysiotherapeut in plaats van een chirurgische ingreep.

Het idee is dus niet om het systeem van eigen risico of bijbetalingen af te schaffen, maar om voor om het systeem verder te differentiëren en te gebruiken om de juiste zorgkeuze niet af te straffen. Differentiatie kan overigens leiden tot mogelijk misbruik doordat het systeem complexer wordt. Zorgverzekeraars kunnen een rol spelen om dit op te sporen en tegen te gaan.

Versnel gebruik van kwaliteitsinformatie

Patiënten worden mondiger en eisen in sommige gevallen een doorverwijzing van een huisarts naar een medisch specialist. Deze wordt soms gegeven terwijl hier geen medische indicatie voor is. Om zorgverleners en patiënten te equiperen om betere beslissingen te maken, over waar en door welke zorgverlener de benodigde zorg het beste geleverd kan worden, is het noodzakelijk dat kwaliteits- en uitkomstinformatie van behandelingen beschikbaar komt. Versnelling op programma's, zoals het programma Uitkomstgerichte Zorg, is daarom gewenst. Hiermee kunnen patiënten zelf een betere keuze maken over de zorg die zij ontvangen. Wij hebben geen inschatting kunnen maken van intensiveringen op deze programma's versus de verwachte besparingen op zorguitgaven.

2.3.2 Substitutie van zorg moet aansluiten bij de professionele drive van zorgverleners

Versnel de betrokkenheid van wetenschappelijke verenigingen

Het leveren van zorg op de plek waar dit het meest doelmatig en doeltreffend kan, kan alleen door aan te sluiten bij de professionele drive en het klinisch leiderschap van zorgprofessionals. Op lokaal niveau worden door de betrokken professionals beslissingen genomen over hoe zorg het best geleverd kan worden. Zij varen daarbij uiteraard op de richtlijnen en protocollen die door de wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld en door IGJ worden gehandhaafd. VWS zou

afspraken kunnen maken om de laatste wetenschappelijke inzichten over 'Juiste Plek' sneller te verwerken waarbij beroepsgroepen expliciet nadenken onder welke omstandigheden zij zelf de 'Juiste Plek' zijn.

2.3.3 Economische prikkels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken opschaling mogelijk

Koppel de beoogde besparingen aan de verschillende budgettaire kaders

Schotten tussen budgettaire kaders bemoeilijken het verplaatsen van zorg. Hoewel verzekeraars budgetten naar verschillende typen zorg kunnen alloceren, gebeurt dit in de praktijk zelden. Budgettaire kaders zijn daarom bepalend in de vaststelling van de uitgaven aan verschillende typen zorg. Dit is standaard onderdeel van de begroting van VWS. In de vaststelling van budgettaire kaders wordt niet (altijd) voldoende rekening gehouden met de verplaatsing van zorg. Door de beoogde substitutie te koppelen aan de budgettaire kaders worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders gedwongen deze verplaatsing in de praktijk te realiseren.

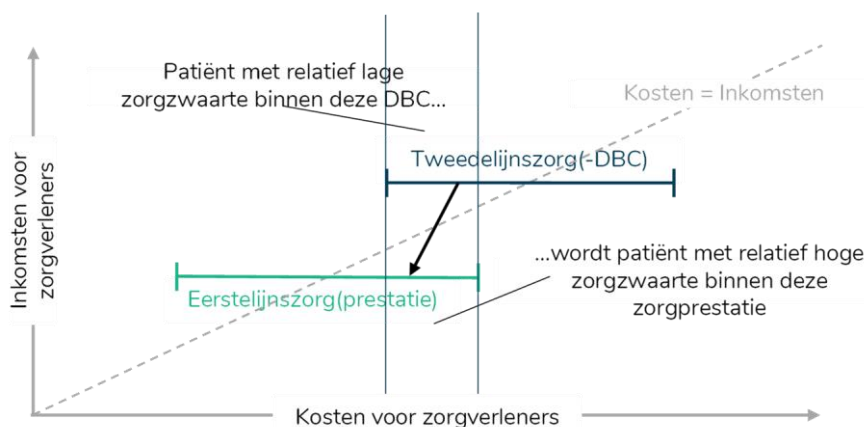
- Enerzijds wordt met deze saldering enige krapte in het budget gecreëerd, wat zorgt voor een prikkel voor zorgaanbieders om de middelen zo efficiënt en effectief mogelijk in te zetten.
- Anderzijds zorgt overheveling er voor dat voldoende middelen beschikbaar zijn om de zorg daadwerkelijk te leveren. Daarvoor is het ook van belang dat andere ontwikkelingen zoals arbeidsmarkt, lonen en dure geneesmiddelen, goed meegenomen worden.

Uiteraard is dit een dunne lijn – niet te veel middelen zodat partijen wel moeten nadenken over 'Juiste Plek', maar ook niet te weinig zodat de kwaliteit van zorg geborgd, en wachtlijsten beperkt blijven. De koppeling aan budgettaire kaders, dient uiteraard lokaal ook gevolg te krijgen. Hierbij zijn zorgverzekeraars aan zet. Zij kunnen partijen lokaal samenbrengen om zorg op de juiste plek te organiseren. Bovendien kunnen zorgverzekeraars in de contractafspraken met zorgaanbieders verschuivingen tussen budgettaire kaders mogelijk maken. Wanneer er zorg vanuit het ziekenhuis naar de huisarts verplaatst kan worden, kan de zorgverzekeraar het beschikbare budget voor het ziekenhuis laten krimpen (met aandacht voor de timing en prikkel die daarvan uitgaat) en het budget voor de huisartsenzorg laten groeien. Daarmee worden de landelijke afspraken bewerkstelligd.

Pas de bekostiging van zorgaanbieders aan

Het leveren van zorg op de juiste plek vraagt erom dat zorg soms verplaatst wordt. Het afstoten van zorg is soms financieel onvoordelig. Bijvoorbeeld voor relatief 'lichte patiënten' binnen een dbc die in het ziekenhuis behandeld worden. Wanneer deze zorg geleverd wordt door andere zorgverleners is dit voor deze nieuwe zorgverlener juist een relatief 'dure patiënt', terwijl de vergoeding meestal is geënt op de 'gemiddelde' patiënt. Zowel het afstoten als het leveren van gesubstitueerde zorg is dan financieel onvoordelig en zorg wordt dan niet op de juiste plek geleverd (Box 1). Aanpassing van deze bekostiging bevordert substitutie.

Binnen een gegeven DBC of zorgprestatie worden patiënten met verschillende zorgzwaartes behandeld. De inkomsten voor zorgverleners (= maatschappelijke uitgaven) worden dan bepaald op basis van de gemiddelde patiënt. Daarbij compenseren de positieve marges op patiënten met relatief lage zorgzwaarte de negatieve marges op patiënten met relatief hoge zorgzwaarte. Bij verschuiving van zorg wordt typisch een 'lage zorgzwaarte' voor de tweede lijn verplaatst naar een 'hoge zorgzwaarte' voor de eerste lijn. De kosten van zorgverlening voor deze patiënt nemen daarmee af, wat bij minimaal gelijkblijvende kwaliteit van zorg dus (maatschappelijk) zeer wenselijk is. Echter, de casemix verzwaart voor beide partijen. Met deze casemix dient rekening te worden gehouden bij het bepalen van de vergoedingen voor de respectievelijke DBC's en zorgprestaties.



Box 1. Door substitutie stijgen de gemiddelde kosten per patiënt in beide sectoren - illustratief

Harmoniseer de bekostiging met gelijkgerichte doelen

Uit de huidige bekostigingssystematiek weten wij dat productieprikkels werken. Door deze in te zetten waar dat nodig is, kan het financieel onvoordelige aspect voorkomen worden. Bijvoorbeeld door de productieprikkels binnen de medisch-specialistische zorg te beperken, en binnen de bekostiging voor huisartsen op de juiste plekken te introduceren. Zodoende kan gelijkgerichtheid worden georganiseerd (SiRM, 2019). Een mogelijkheid zou zijn om shared-savings contracten te stimuleren, wat bijdraagt aan preventie (Hayen, 2018). Alleen wanneer er voor beide partijen een business case is, zal substitutie duurzaam gerealiseerd worden. De bekostiging moet dat mogelijk maken. Het model van Christensen, uitgebreid met betaling voor de nutsfunctie van acute zorg, lijkt daarvoor veelbelovend (Box 2).

In zijn boek 'The innovator's prescription: A disruptive solution for health care' (2009), deelt Clayton Christensen bedrijvigheid in naar drie types. Bij ieder type bedrijvigheid hoort een andere manier van betalen.

- **'Solution shop'**: Het diagnosticeren en verhelpen van ongestructureerde problemen. Hier is vaak tijd van een expert voor nodig die vaak middels fee-for-service wordt betaald. Denk aan advocatuur en consultancy. Parallellen in de zorg zijn ingangsklachten bij een huisarts, diagnostiek bij buikpijn.
- **'Value added process'**: Incomplete (of kapotte) dingen (weer) compleet en van hogere waarde maken. Het betreft vaak gestandaardiseerde productieprocessen zoals autoassemblage, maar ook een diner in een sterrenrestaurant. Meestal is een vastgesteld bedrag voor het product of de dienst. Voorbeelden in de zorg zijn een openhartoperatie, een staaroperatie, geriatrische revalidatie.
- **'Facilitated network'**: Omgevingen waarin mensen producten en diensten met elkaar uitwisselen. Denk aan een telecomnetwerk, een verzekering of een social media platform. De betaling is meestal een abonnement, of een relatief lage transaction fee. In de zorg is dit bijvoorbeeld chronische zorg zoals diabetes, copd, cvrm, Parkinson, MS, dementie, et cetera.

Voor de zorg kunnen we daar een vierde aan toevoegen:

- **Voorziening** die ergens moet zijn. Denk aan de brandweer. Passende betaling is een kostengebaseerde lump sum voor de voorziening, ongeacht het gebruik ervan (zodat zelfs de brandweer belang heeft bij preventie). In de zorg is uiteraard de Huisartsenpost of ziekenhuis SEH een parallel. Bij dubbel gebruik halveren de kosten niet.

Box 2. Bij verschillende soorten bedrijvigheid horen verschillende manieren van betalen. Dat geldt ook voor de zorg (Bron: (Christensen, 2009), zie ook (Bennemeer, 2020)

Stimuleer meerjarige contracten

Meerjarige contracten geven een organisatie ruimte om aan een transitie te werken. Dat is belangrijk voor zowel zorgaanbieders die krimpen als zorgaanbieders die beperkt groeien. Onder beperkt groeien verstaan wij dat de uitgaven aan zorg minder hard groeien dan op basis van demografische groei verwacht wordt. Voor zorgaanbieders die krimpen geldt dat het afstoten van zorg sneller gaat dan de natuurlijke krimp van een organisatie. Vaste kosten, zoals kosten voor huisvesting, kunnen bij een krimpende organisatie niet altijd voldoende snel meebewegen. Daardoor ontstaat tijdelijke inefficiëntie. Met meerjarencontracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kunnen zorgaanbieders hun vaste kosten aan passen aan nieuwe behandelvolumes en omzet. Pas dan worden de baten van substitutie gerealiseerd.

Daarnaast geldt voor zorgaanbieders dat meerjarige contracten zorgen voor rust en zekerheid, ongeacht of zij (beperkt) groeien of krimpen. De organisatie kan werken aan transitie van zorg.

Meestal willen zorgaanbieders en zorgverleners zich verder ontwikkelen en steeds hoge waarde blijven toevoegen. Door zorg te substitueren, ontstaat ruimte om nieuwe behandelingen aan te bieden en om groei in de zorgvraag op te vangen. Daarmee helpen meerjarige contracten voor verplaatsing van zorg naar de juiste plek.

Maak het aantrekkelijker voor zorgverleners om digitale zorg voor te schrijven

Digitale zorg moet leiden tot daadwerkelijk anders organiseren van zorg. De impact daarvan is veel breder dan JZOJP of substitutie. Wel zijn er vormen van digitale zorg met het karakter van substitutie. Zo zouden bijvoorbeeld dermatologische consulten middels digitale zorg los van huisartsenzorg gezien kunnen worden. Dergelijke digitale zorg blijkt in de praktijk nog lastig te leveren te zijn.

In de wegwijzer bekostiging digitale zorg van het Zorginstituut en de NZa (Zorginstituut, NZa, 2020), staat: “Digitale zorgtoepassingen ondersteunen meestal de primaire zorgverlening aan de patiënt. Een digitale toepassing is op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wmg. Voor dit soort toepassingen kan de NZa dus (nog) geen prestatie vaststellen. Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet lost kunnen declareren naast de prestaties voor geleverde zorg. Zij moeten dit terugverdienen als onderdeel van tarieven voor de zorg.” Dit maakt het voor zorgverleners en zorgaanbieders vaak niet aantrekkelijk om in digitale zorg te investeren, aangezien dit gepaard gaat met kosten die moeilijk terug te verdienen zijn binnen de huidige tarieven, of zelfs leiden tot lagere tariefinkomsten omdat consulten worden vermeden. De toename aan kosten wordt pas in een veel later stadium meegenomen, als het na een kostenonderzoek onderdeel blijkt te zijn van de ‘normale’ bedrijfsvoering. Voor innovatoren gaat dus niet alleen de kost voor de baat uit, maar komen de baten ook pas veel later of mogelijk niet. Uiteraard zijn er wel experimenten mogelijk en specifieke afspraken met zorgverzekeraars.

Samen met beroeps- en brancheorganisaties kan verkend worden onder welke voorwaarden digitale zorg aangemerkt kan worden als een leveringsvorm of onderdeel van geboden zorg is binnen de Wmg. Belangrijk hierbij is hoe dit samenhangt met de geneeskundige behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Wij denken hierbij aan voorwaarden omtrent de (eind)verantwoordelijkheid van een medisch professional die betrokken is bij bijvoorbeeld een gezondheidsapp. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs de huisarts of medisch specialist in het naburige ziekenhuis te zijn, maar kan een met de juiste professionals bemand callcenter elders zijn.

Mogelijk kan er gestart worden met pilots rondom een of enkele ziektebeelden, en kunnen vervolgens betaaltitels worden gemaakt. Zo kunnen bijvoorbeeld in Duitsland apps op recept worden voorgeschreven (zie §5.8). Met dergelijke beleidsmaatregelen kan de potentie van digitale zorg beter worden benut, zeker door deze maatregel toe te passen voor de eerstelijns zorg waar vaak de middelen en organisatorische kracht ontbreken om digitale zorg grootschalig uit te rollen. Een parallel is de bekostiging van geneesmiddelen. Door een huisarts voorgeschreven geneesmiddelen gaan niet ten koste van het budget van huisartsenzorg. Door een medisch specialist voorgeschreven geneesmiddel dat onder het budgettair kader ziekenhuiszorg valt wel. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars maken daarover onderling afspraken.

2.4 Partijen moeten zorg op de juiste plek kunnen leveren

Partijen moeten de mensen en middelen beschikbaar hebben om zorg op de juiste plek te leveren. Dit vereist transitie-middelen op de korte termijn, goede informatie-uitwisseling en uiteraard simpelweg de capaciteit om de gesubstitueerde zorg te leveren (Figuur 4). In dit verkennende onderzoek hebben wij aannames moeten doen over de benodigde investeringen en middelen die nodig zijn voor de realisatie van het besparingspotentieel (zie ook §4.3.1). In een vervolgonderzoek kan dit nader worden onderzocht.



Figuur 4 Er zijn een aantal beleidsmaatregelen mogelijk om zorg op de juiste plek te kunnen leveren

2.4.1 Transitie-middelen zijn nodig om verdere substitutie te realiseren¹

Stel samen met de sector een transitieagenda op

Ziekenhuizen hebben beperkte investeringscapaciteit (BDO, 2020). Dit geldt nog sterker voor andere zorgaanbieders. Zij zijn daarom niet altijd in staat om voldoende te investeren in de benodigde projecten en infrastructuur (zoals het verzorgen van regionale samenwerking, vereniging van zorgverleners, investeringen in ICT) om de zorg daadwerkelijk anders te organiseren.

Stel daarom samen met de sector een transitieagenda op waarin vastgesteld wordt wat de knelpunten zijn, in welke infrastructuur geïnvesteerd wordt en wie welke bijdrage hieraan levert. Overweeg directe betaling van infrastructuur zodat die in ieder geval van de grond komt. Dit dient uiteraard regionaal te worden geïmplementeerd (§2.5.1).

Maak voorafgaand aan pilots afspraken over voortzetting na afloop van pilot en projectsubsidie

Er zijn veel voorbeelden van pilots waar zorg op de juiste plek wordt geleverd, bijvoorbeeld door substitutie van zorg. Dit blijven vaak pilots; zij worden niet doorgezet na afloop van een projectsubsidie. Dit komt doordat het succes van de pilot afhangt van de incidentele projectsubsidie. Een analyse vooraf van de business case, vanuit beide partijen, is noodzakelijk.

¹ Transitie-middelen zijn breder dan de huidige transformatiegelden. Deze transformatiegelden kunnen wel onderdeel zijn van de bredere transitie-middelen.

Hierbij moet rekening gehouden wat het effect op de business case is indien er geen projectsubsidie is. In deze projecten moeten vervolgens ook afspraken worden gemaakt over wat te doen als een pilot succesvol is: Wanneer en hoe wordt de pilot onderdeel van de normale manier van werken en hoe wordt dat (regionaal) opgeschaald en betaald?

2.4.2 Informatie-uitwisseling is de basis voor overdracht van zorg tussen zorgverleners

Continueer inzet binnen het Informatieberaad Zorg en onderzoek de mogelijkheden binnen de privacywetgeving real-time informatie over patiënten te delen

Zorgverleners beschikken over soms onvoldoende, incomplete of niet tijdige, informatie van patiënten. Als het wel mogelijk is om de juiste informatie boven tafel te krijgen, kost hun dit vaak tijd. Daardoor wordt zorg niet altijd op de juiste plek geleverd. Juist de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners is essentieel voor het overdragen van patiënten tussen zorgverleners. Dit probleem is erkend en staat hoog op de agenda van het Informatieberaad Zorg. De inzet hierin moet gecontinueerd en waar mogelijk versneld worden, bijvoorbeeld rondom het wetsvoorstel gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz). De reeds opgenomen gegevensuitwisselingen in de Meerjarenagenda Wegiz kunnen mogelijk versneld uitgewerkt en geïmplementeerd worden of andere gegevensuitwisselingen kunnen opgenomen worden in de Meerjarenagenda Wegiz.

Onderzoek daarnaast ook de mogelijkheden om binnen kaders van de privacywetgeving real-time informatie over welke patiënt welke zorg op welke plek ontvangt te delen. Hierbij kan mogelijk geleerd worden van Europese voorbeelden zoals Denemarken waar wetgeving is geïntroduceerd om de geheimhouding van gezondheidszorgdata te waarborgen binnen de AVG-wetgeving terwijl deze wel kan worden uitgewisseld tussen zorgverleners (Bird & Bird, 2021) (DLA Piper, 2021). Onderzoek hierbij ook welke overige randvoorwaarden er zijn rondom real-time informatie-uitwisseling.

2.4.3 De capaciteit bij de ontvangende partij moet op orde zijn om de zorg te kunnen leveren

Verhoog de effectieve capaciteit van de huisartsenzorg

Er lijkt onvoldoende capaciteit in de huisartsenzorg om de zorg te kunnen leveren. Dit is mede te zien aan de onderuitputting van het budgettair kader huisartsenzorg (NZa, Monitor contractering huisartsenzorg 2020, 2020). Deze tekorten zullen nog pregnanter zijn als substitutie van zorg naar huisartsenzorg, niet gepaard gaat met substitutie van huisartsenzorg naar andere zorg,

De capaciteit kan namelijk verhoogd worden door substitutie uit de huisartsenzorg naar andere eerstelijns zorg, de vvt-sector, naar patiënten (thuis) zelf en naar digitale zorg. Dat vraagt om een gedeeld beeld van de rol van huisartsenzorg van de toekomst en de organisatorische capaciteit om dat te realiseren (zie 2.5.2).

Substitutieprojecten naar huisartsenzorg gaan vaak ook uit van meer tijd van de huisarts voor de patiënt. Daarvoor zijn voldoende huisartsen nodig. Met alleen substitutie vanuit huisartsen naar andere sectoren is de demografische groei niet op te vangen. Door meer zorgverleners op te leiden kan er meer zorg geleverd worden. Dit zal wel pas over een aantal jaar leiden tot meer capaciteit.

Op kortere termijn zou dit ook kunnen door het voor de huidige zorgverleners aantrekkelijker te maken om meer uren te werken.

De beschikbare capaciteit van huisartsenzorg verschilt tussen regio's (§2.5.1). In sommige regio's is überhaupt een tekort aan bepaalde groepen zorgverleners. Daar worden nieuwe vormen van zorg, zoals 'digital first' huisartsenpraktijken, geïmplementeerd. Daarmee wordt zorg op de juiste plek mogelijk gemaakt. De bekostiging moet deze manieren van organiseren wel aantrekkelijk maken.

2.5 Partijen moeten het leveren van zorg op de juiste plek in de praktijk doen

Het leveren van zorg op de juiste plek wordt uiteindelijk in de praktijk vormgegeven. Dat vraagt om vernieuwing en aanpassing van zorgpaden en het veranderen van zorgprocessen. Dit zijn ingewikkelde verandertrajecten waarbij veel stakeholders betrokken zijn. Essentieel zijn hiervoor regionale samenwerking en implementatiekracht (Figuur 5).



Figuur 5 Er zijn een aantal beleidsmaatregelen mogelijk om het leveren van zorg op de juiste praktijk te realiseren

2.5.1 Zorg op de juiste plek kan alleen door regionale samenwerking plaatsvinden

Stimuleer regionaal draagvlak door regiobeelden te vertalen naar regioplannen

In veel regio's zijn regiobeelden opgesteld onder leiding van een van de zorgverzekeraars. Dit heeft geholpen in het identificeren van de belangrijkste opgaven per regio. Om dit regionaal draagvlak te versterken is het noodzakelijk dat deze beelden worden vertaald naar gezamenlijke regioplannen, bijvoorbeeld voor benodigde capaciteit. Daarvoor lijkt een duidelijke regisseur die de leiding neemt nodig. Logischerwijs is dat de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor die partijen waar zorg van en naar wordt gesubstitueerd samenbrengt. Daarbij hoort ook het daadwerkelijk overhevelen van budgetten op regionaal niveau.

Verhoog de verenigingsgraad van zorgverleners en zorgaanbieders om verbinding te realiseren

De verbinding tussen zorgprofessionals onderling en tussen zorgaanbieders is soms onvoldoende. Zorgprofessionals willen zeker weten dat andere professionals in staat zijn om de patiënt van de goede zorg te voorzien. Hieraan kan tegemoetgekomen worden door zorgverleners en zorgaanbieders zich op regionaal niveau (verder) te laten verenigen, waardoor zorgaanbieders

afspraken kunnen maken met elkaar en verzekeraars. Daarvoor is het wel nodig dat regionale organisaties mandaat krijgen om afspraken te maken.

2.5.2 Er is implementatiekracht nodig om zorg op de juiste plek te realiseren

Versterk implementatiekracht, vooral in de huisartsenzorg

De implementatiekracht van zorgaanbieders is beperkt, vooral in de huisartsenzorg. Voor het doorvoeren van complexe verandertrajecten is dit juist essentieel.

Substitutie wordt gerealiseerd in veel projecten die ieder een klein beetje substitutie realiseren. Een ziekenhuis werkt aan tientallen projecten tegelijkertijd. Isala gaf recent een overzicht van bijna 30 projecten voor digitale zorg en substitutie (Isala, 2021). Het is dus een kwestie van lange adem en veel activiteit. Niet van 'korte halen snel thuis'. Zorgaanbieders hebben dus implementatiekracht nodig om zorg op de juiste plek te realiseren. Deze lijkt beperkt, voornamelijk voor huisartsenzorg. Daarnaast zijn er signalen dat dit ook geldt voor andere sectoren in de eerste lijn zoals de wijkverpleging en paramedie.

Vaak is huisartsenzorg de spil van substitutie van zorg. Het is de vraag of de huisartsenzorg de gesubstitueerde zorg kan absorberen, en zelf ook zorg kan substitueren naar bijvoorbeeld digitale zorg, paramedie en nulde lijn. De sector heeft organiserend vermogen nodig om de overgehevelde financiële middelen goed in te zetten. Zowel om zelf gesubstitueerde zorg te leveren, als om zorg uit de huisartsenzorg te substitueren. Dat is nodig om zorgverleners in de eerste lijn te ontlasten. Bijvoorbeeld door meer in te zetten op nieuwe vormen van zorg, waaronder digitale zorg. Veel zorgverleners in de eerste lijn werken volgens een 'traditioneel' model in kleine praktijken. Wanneer meer verschillende typen zorgvragen bij hen terechtkomen, vraagt dat in een aantal gevallen ook om meer specialisatie en organisatiekracht. Het lijkt lang te duren om de benodigde regionale organisatiekracht op te bouwen. Er is een fundamentele afweging nodig van wat we verwachten van de huisartsenzorg en of dat met de huidige manier van organiseren geleverd kan worden. In Een, LHV en NHG spreken daarvoor van 'hechte huisartsenzorg – werkt structureel samen in de regio' (In Een, LHV, NHG, 2021).

Geef in de opleiding en nascholing aandacht aan management en organisatie

In het algemeen heeft de implementatie van nieuwe processen en werkwijzen niet vanzelfsprekend de interesse van de meeste zorgverleners terwijl ze dat ook niet willen overlaten aan professionele managers. Het is aan te raden om in de opleiding en nascholing meer ruimte te bieden voor management en bijbehorende managementcapaciteiten. Mogelijk kunnen zorgprofessionals en -organisaties ontzorgd worden bij de implementatie van substitutie door 'doorbraakteams' waarbij bovendien lessen tussen organisaties gedeeld worden (IHI, 2003). Door het taaie 'not-invented-here' syndroom te doorbreken, kan de zorg sneller transformeren.

Trek 'nieuw bloed' aan als zorgmanagers, ook vanwege digitale transformatie

Ten slotte kan wellicht meer 'nieuw bloed' in het management van zorgorganisaties worden aangetrokken. Denk aan managers die in een andere bedrijfstak hun sporen hebben verdiend. Zij kunnen met in andere sectoren opgedane ervaring in veranderprocessen de transitie in de zorg

versnellen. Managers die veel ervaring met digitalisering hebben opgedaan in de private sector kunnen digitalisering binnen de zorg verder brengen, om zodoende de zorg daadwerkelijk anders te gaan leveren, in plaats van enkel huidige processen digitaal te ondersteunen. Managers uit andere sectoren kunnen bouwen op hun kennis en ervaring op dit gebied, nemen best practices mee en kunnen een klantgericht perspectief inbrengen. Hiermee wordt het sector overstijgend leervermogen versterkt. Dergelijke voorbeelden kennen we relatief weinig in de zorg. Recent verscheen een boek van een ziekenhuisbestuurder die daarvoor in het bedrijfsleven werkzaam was. Meerdere observaties van hem sluiten aan bij ons onderzoek (Bennemeer, 2020).

2.6 Regierol van VWS vereist om randvoorwaarden in samenhang te organiseren

Alleen wanneer randvoorwaarden in samenhang worden georganiseerd, is het effect optimaal. Anders blijft het leveren van zorg op de juiste plek beperkt tot enkele initiatieven en wordt opschaling sterk bemoeilijkt. Dit zit zo: wanneer alle overige randvoorwaarden op orde zijn, maar er bijvoorbeeld te weinig capaciteit in de huisartsenzorg is om de zorg die op die plek geleverd zou moeten worden ook daadwerkelijk te leveren, dan zal de juiste zorg op de juiste plek alsnog niet van de grond komen. Dit geldt ook voor de overige randvoorwaarden; in hoeverre zij in samenhang worden georganiseerd, bepaalt het besparingspotentieel.

Daarom is een sterkere regierol van VWS vereist, waardoor de samenhang tussen sectoren beter wordt bewaakt en de samenwerking sterker bevordert. Het gaat dan om de beleidsmaatregelen die (in afstemming) genomen moeten worden, zoals aanpassen van wet- en regelgeving, financiële of budgettaire maatregelen, afspraken met het veld of regelgeving of toezicht door ZBO's. Daarnaast gaat het ook om de timing van de verschillende maatregelen. Tezamen bepalen deze de mogelijkheden om het besparingspotentieel te realiseren.

3 Juiste Plek is breder dan substitutie

We kaderen het begrip ‘substitutie’ nader in. Dat is nodig om een schatting te maken van de budgettaire impact zonder dubbeltellingen en voor aansluiting bij de budgettaire kaders.

JZOJP zou moeten leiden tot ‘lijnloze’ zorg. Toch hebben we in dit onderzoek wel met grenzen tussen de zorglijnen te maken. We zijn daar in zekere zin ongelukkig mee omdat het voor echte transformatie van zorg juist nodig is om het ‘lijndenken’ te overstijgen. Dit kwam ook duidelijk naar voren in de interviews en was de reden om bij de randvoorwaarden in het voorgaande hoofdstuk over ‘Juiste Plek’ te spreken.

We zijn gevraagd om de budgettaire impact van substitutie te schatten, specifiek voor de komende vier jaar. Daarvoor hebben we een ‘nauwe’, werkbare, afbakening van het begrip substitutie nodig voor ons onderzoek vanwege de volgende redenen:

- Geen dubbeltellingen met andere onderdelen van JZOJP waaronder digitale zorg.
- Effecten van preventie deels meenemen.
- Geen dubbeltellingen met algemene productiviteitsontwikkeling in sectoren.
- Aansluiting bij de begrotingssystematiek, in ieder geval voor de komende vier jaar.
- Onvoldoende tijd om recht te doen aan Jeugdzorg en Verloskundige zorg.

Onze werkdefinitie van ‘substitutie’ voor dit onderzoek sluit redelijk aan bij die van de FMS en LHV. Zij stelden in 2017 een handreiking voor substitutie op (FMS & LHV, 2017). Daarin hebben zij de volgende definitie opgenomen die eerder ook door de NZa werd gebruikt (NZa, 2012): “het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie”. Uit interviews en diverse rapporten blijkt dat het tijd is voor een bredere definitie van substitutie. Het koppelen aan ‘voorzieningen’ en ‘oorspronkelijke functie’ kan de transitie naar JZOJP onnodig beperken. Die bredere definitie – Juiste Plek – hebben we gebruikt bij het bespreken van de randvoorwaarden. Zoals gezegd passen we die bredere definitie niet toe voor de verkenning van de budgettaire impact van substitutie. We bespreken de redenen daarvoor hieronder.

3.1 Geen dubbeltellingen met andere onderdelen van JZOJP

3.1.1 Juiste zorgverlener

De juiste zorgverlener is een belangrijk onderdeel van 'de juiste plek'. Onder substitutie naar de 'juiste zorgverlener' nemen we bijvoorbeeld voorkomen van zorgvraag bij de huisarts door inzet van het sociaal domein mee. Een ander voorbeeld is de samenwerking rondom complexe wondzorg in de eerste lijn van vaatchirurgen van een ziekenhuis, huisartsen, verpleegkundig specialisten wondzorg en wijkverpleegkundigen (Isala, 2021). Dat scharen we onder substitutie van tweede naar eerste lijn.

Om zorg te efficiënt te kunnen substitueren, is een bepaald volume nodig. Dat is niet altijd haalbaar in de eerstelijns zorg. Van sommige ziektebeelden ziet een huisarts maar enkele patiënten per jaar. In dat geval kan beter een parallelle structuur worden opgezet zoals bijvoorbeeld Parkinsonnet, of kan de zorg efficiënter door het ziekenhuis, al dan niet samen met bijvoorbeeld huisartsen en wijkverpleging, worden geleverd.

De juiste zorgverlener moet uiteraard bevoegd en bekwaam zijn. Dat zijn de minimeisen. Bij zorginkoop kunnen hier meer afspraken over gemaakt worden, zoals een minimumaantal behandelingen. Zo kan concentratie van complexe ingrepen binnen de ziekenhuiszorg meer dan 200 sterftegevallen vermijden en bovendien uitgaven besparen vanwege efficiëntie en minder complicaties (SiRM, 2020).

Een ander voorbeeld van mogelijke besparingen door substitutie binnen de ziekenhuiszorg, is verplaatsing van (monodisciplinaire) zorg van ziekenhuizen naar klinieken. Door hun focus kunnen die vaak efficiënter werken dan een algemeen ziekenhuis. Zorginkopers kunnen daar in hun inkoop rekening mee houden. Dergelijke substitutie hebben we hier niet meegenomen. Daaronder valt ook verplaatsing van uitontwikkelde nieuwe zorg uit umc's naar ziekenhuizen.

Bij de juiste zorgverlener hoort ook functiedifferentiatie binnen een organisatie. Denk aan het toestaan dat, naast een arts, ook een verpleegkundige een wond mag hechten. Dergelijke substitutie nemen we niet mee, maar rekenen we tot de algemene productiviteitsontwikkeling. Hetzelfde geldt voor inzet van digitalisering om processen te optimaliseren.

3.1.2 Juiste locatie

Locatie is een begrip dat direct opkomt bij JZOJP. Vaak wordt dan gedacht aan zorg thuis of in ieder geval zo dicht mogelijk bij de patiënt. Dit rekenen we niet altijd tot substitutie. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van optimalisatie van een zorgpad waarbij de patiënt thuis gemonitord wordt door de medisch specialist in plaats van in het ziekenhuis, is sprake van de optimalisatie van zorgprocessen. Er is geen sprake van substitutie, wel van JZOJP.

We wijzen er hier op dat de 'Juiste Plek' niet altijd thuis of elders in de keten is. Zo weten wij bijvoorbeeld uit projectervaring dat het toedienen van chemotherapie thuis weliswaar zeer patiëntvriendelijk is, maar door de extra benodigde inzet van verpleegkundigen die bovendien moeten reizen, vrijwel niet efficiënt te organiseren blijkt (zie ook (IQ Healthcare, 2019). Ook zien we dat ziekenhuizen nierdialyse niet thuis, maar vanuit een hub in een wijkgezondheidscentrum

leveren. Lang niet alle patiënten zijn namelijk in staat om (of voelen zich daarbij niet veilig) geheel zelfstandig te dialyseren. In een hub kan een verpleegkundige bovendien meerdere patiënten tegelijk helpen.

3.1.3 Juiste vorm / Digitalisering

Juiste Zorg op de Juiste Plek kan ook digitale zorg zijn. De oorspronkelijke hooggespannen verwachtingen over de impact van digitalisering van zorg zijn de afgelopen jaren getemperd (SER, 2020). Ondanks de krappe arbeidsmarkt voltrekt de digitale revolutie in de zorg zich beduidend langzaam dan in andere sectoren (VNO-NCW, 2020). De overtuiging dat digitalisering veelbelovend is, wordt nog steeds breed gedeeld. Dat werd ook in meerdere interviews bevestigd. Daarbij werd ook aangegeven dat de impact van digitalisering nog enkele jaren zal duren. Vooral de belemmeringen voor real-time gegevensuitwisseling voor zorg en ai-applicaties door de avg werd daarbij genoemd.

Digitalisering zal invloed hebben op alle aspecten van zorg. Het maakt nieuwe manieren van zorg leveren mogelijk en ondersteunt afstemming en samenwerking in de keten. Door digitalisering wordt JZOJP beter mogelijk. Dit is geen onderzoek naar de impact van digitalisering in de zorg. Die is veel breder dan wat wij hier schatten voor digitale zorg met substitutiekarakter. Vanwege pragmatische redenen beschouwen wij maar een deel van de digitale zorg.

Digitale zorg wordt in diverse studies en rapporten op verschillende manieren ingedeeld. Voor dit onderzoek onderscheiden wij simpelweg digitalisering van zorg die wel en niet (deels) tot substitutie leidt:

- Digitalisering van zorg die tot substitutie leidt:
 - Daadwerkelijk digitaal geleverde zorg. Denk bijvoorbeeld aan 'SkinVision', waarbij een app moedervlekjes monitort en het risico op huidkanker inschat. Deze app geeft advies wanneer men naar een dokter moet gaan en wordt ondersteund door een team van dermatologen. We zien dit als substitutie doordat de app het aantal bezoeken aan de huisarts vermindert. Een deel van de patiënten die de app gebruikt zal op basis van de risico-inschatting namelijk geen bezoek brengen aan de huisarts. Omdat het duidelijk een 'digital first' manier van zorg aanbieden betreft, boeken we dergelijke digitale zorg hier onder een aparte categorie, ondanks dat er geen verschuiving is tussen budgettaire kaders zoals die nu gedefinieerd zijn. Andere voorbeelden zijn apps die op basis van artificiële intelligentie en chatbots depressiezorg leveren.
 - Digitalisering die substitutie mogelijk maakt. Dat betreft voornamelijk infrastructuur om tijdig de juiste gegevens op de juiste plek te hebben. Dit zien we ook gedeeltelijk als digitale zorg. Een voorbeeld hiervan is de persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo). Een deel van de daarvan verwachte opbrengsten wordt gerealiseerd doordat het digitale zorg mogelijk maakt.
- Digitalisering van zorg binnen bestaande organisaties waardoor die efficiënter kunnen werken. Alhoewel nieuwe technologie een belangrijke kostendrijver van zorg is, hoeft dat voor digitale zorg niet op te gaan. Digitale zorg richt zich namelijk vooral op nieuwe manieren van organiseren van zorg, en (nog) niet zozeer op nieuwe behandelingen. Denk bijvoorbeeld

aan betere planningssoftware voor het OK-complex, invoeren van gegevens zelf door patiënten zoals we voor onze bank- en verzekeringszaken doen, artificiële intelligentie voor beeldbewerking zodat minder radiologen nodig zijn, ‘knuffelrobots’ waardoor dementerenden tot rust komen, domotica die de verpleging automatisch kan waarschuwen in een verpleeghuis, et cetera.

Van beide soorten digitale zorg wordt veel verwacht. Die verwachting wordt waarschijnlijk vooral gerealiseerd als digitalisering wordt gebruikt om zorgprocessen daadwerkelijk opnieuw in te richten rondom de behoefte van de patiënt.

Dit betekent dat ondersteuning van zorgprocessen door digitale middelen, zoals bijvoorbeeld beeldbellen tussen patiënt en zorgverlener, buiten de hier gebruikte definitie valt. Daarbij is immers geen sprake van verplaatsing van zorg tussen een of meerdere lijnen. We wijzen er op dat we daardoor een groot deel van de potentie van digitale zorg niet meenemen in dit onderzoek. Juist op dit gebied zijn bijvoorbeeld gedurende de coronapandemie forse stappen gezet.

We realiseren ons dat er (nog) geen ‘budgettaire kader digitale zorg’ is. Wel hebben we een deel van de digitale zorg als substitutie meegerekend. In de schattingen van de potentie van substitutie is dit deel separaat opgenomen. De budgettaire impact van die kolom is dan, gegeven de huidige budgettaire kaders, geen verschuiving van budgetten tussen kaders, maar een efficiëntie door digitale zorg binnen kaders. Het betreft zeer ruwe schattingen van de digitale zorg met een substitutiekarakter met (nog) grotere onzekerheid dan schattingen voor andere vormen van substitutie. De werkelijke impact van digitalisering (dus ook die zonder substitutiekarakter) is hoogstwaarschijnlijk groter.

Het organiseren van daadwerkelijke digitale zorg vergt andere vaardigheden en omgevingen dan de huidige (sub)sectoren. We zien digitale zorg dus als andersoortige voorziening. Ook benadrukken we daarmee dat digitale zorg daadwerkelijk een andere leveringsvorm van zorg is. Bijvoorbeeld als digitale zorg ontkoppeld is van een lokale zorgaanbieder. Een app kan op basis van algoritmes zelf veel zorgvragen afhandelen, en als achterwacht een landelijk callcenter hebben. In Duitsland kunnen artsen bijvoorbeeld apps voorschrijven zoals je een geneesmiddel voorschrijft.

3.2 Effect van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie is onderdeel van substitutie

De opbrengst van universele preventie is lastig in te boeken. De effecten duren lang; denk aan een gezond basisschool initiatief dat decennia later leidt tot minder obesitas. Daarnaast kan het nog later leiden tot vervangende ziekte.

De preventie die we hier meenemen, komt tot stand door substitutie en heeft impact op kortere termijn van enkele jaren. Geïndiceerde en zorggerelateerde preventie scharen we ook onder substitutie (Volksgezondheidszorg.info, 2021):

- Geïndiceerde preventie is preventie gericht op mensen met beginnende klachten ter voorkoming van verergering van een aandoening.

- Zorggerelateerde preventie is preventie gericht op mensen met een ziekte of aandoening en ter voorkoming dat deze aandoening leidt tot complicaties, beperkingen een lagere kwaliteit van leven of sterfte.

Wij hebben de impact hiervan niet gespecificeerd als aparte opbrengst. De impact ervan is verwerkt in de studies naar effectiviteit van substitutie-initiatieven, bijvoorbeeld voor inzet van het sociaal domein, aandacht voor een gezonde leefstijl bij de huisarts, of tijdig ingrijpen op basis van een signaal van eHealth monitoring.

3.3 Geen dubbeltellingen met algemene productiviteitsontwikkeling

We richten ons op substitutie tussen sectoren. Substitutie binnen sectoren nemen we niet mee. Voorbeelden daarvan zijn taakherschikking van een medisch specialist naar een physician assistant, en inzet van een robot voor uitgifte van geneesmiddelen op de kliniek om kosten te besparen, en de kwaliteit te verbeteren door fouten te voorkomen.

Dergelijke substitutie heeft sterke overlap met algemene productiviteitsverbetering binnen een sector. Dat is een langdurig proces waarvan de resultaten worden meegenomen in de voorspellingen van het CPB (CPB, 2020) (CPB, 2012). Voor de middellange termijn verkenningen maakte het CPB een decompositie van de gemiddelde jaarlijkse groei van de uitgaven aan zorg vanaf 1990. Daaronder valt de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit in de zorgsector, inclusief de effecten van de tragere productiviteitsontwikkeling vergeleken met de rest van de economie.

Mogelijk leidt digitalisering wel tot een versnelling van de productiviteitsontwikkeling in de zorg. Waar we dat scharen onder substitutie is dat meegenomen. Waar die digitalisering wordt ingezet binnen een organisatie niet. Dat vergt een separaat onderzoek naar de impact van digitalisering.

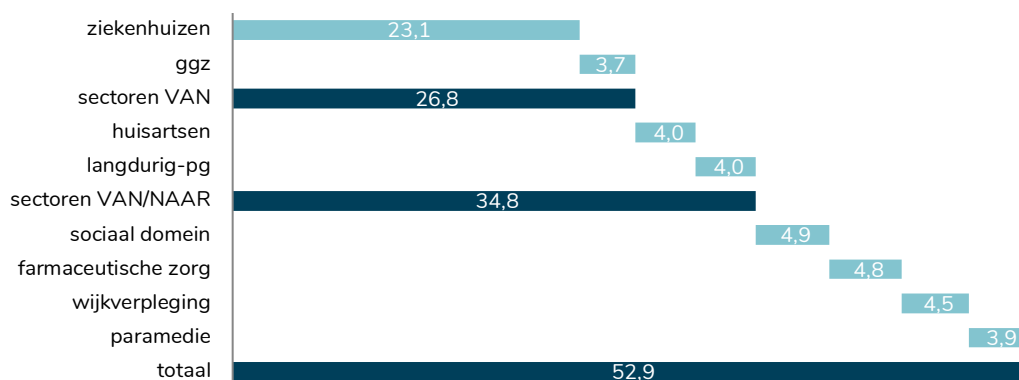
3.4 Zoveel als mogelijk aansluiten bij systematiek van Rijksbegroting en budgettaire kaders

Om onze bevindingen zo makkelijk mogelijk te kunnen vertalen naar de budgettaire kaders binnen de Rijksbegroting, zullen we daar als het kan bij sluiten. Uit de geïnventariseerde onderzoeken vonden we substitutie (Figuur 6):

- Van ziekenhuiszorg en ggz.
- Naar en van huisartsen en langdurige pg.
- Naar sociaal domein, farmaceutische zorg, wijkverpleging en paramedie.

Daarnaast brengen we nog digitale zorg met het karakter van substitutie in kaart.

Opbouw uitgaven aan zorg meegenomen in onderzoek, 2019 [€ miljard]



Figuur 6. De uitgaven aan onderzochte sectoren bedragen €53 miljard

We werken daarom met de volgende indeling waarbij de meeste zorgaanbieders onder de Zvw vallen, en soms (deels) onder de Wlz of Wmo (Tabel 1):

Tabel 1. Sectoren waarvoor substitutie in kaart is gebracht

Sector	€ mld	Opmerkingen
Ziekenhuiszorg	23	Hieronder vallen ook de categorale ziekenhuizen, klinieken en umc's zodat we substitutie tussen verschillende typen ziekenhuizen niet meenemen.
Sociaal domein	4,9	Dit betreft uitgaven aan de Wmo, voor zorg en maatschappelijk werk.
Farmaceutische zorg	4,8	Het betreft de uitgaven voor de openbaar apotheken door hen verstrekte geneesmiddelen.
Wijkverpleging	4,5	Wijkverpleging wordt betaald uit de Zvw (€3,53 miljard). Het deel dat betaald wordt uit de Wlz schatten we op van €0,95 (ZZP's verpleging en verzorging van VPT en Persoonlijke verzorging en verpleging van MPT) (Monitor langdurige zorg, 2021).
Huisartsenzorg	4,0	Inclusief multidisciplinaire zorg. Dit dekt dus ook een deel van substitutie van huisartsen naar paramedie aangezien die ook door de zorggroepen worden gecontracteerd voor ketenzorg in segment 2 van de huisartsenzorg.
Langdurig-pg	4,0	Langdurige psychogeriatrische zorg. We nemen dus niet de somatische verpleeghuiszorg mee, maar richten ons op de zorg voor kwetsbare ouderen, vaak met dementie. Intramuraal zorg wordt uit de Wlz betaald. Hieronder boeken we ook verschuiving naar de uit de Zvw betaalde ELV-bedden die vrijwel altijd door verpleeghuizen worden aangeboden.
Paramedie	3,9	Dit betreft fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. Paramedische zorg voor eerstelijns ketenzorg zoals voor COPD en diabetes valt onder multidisciplinaire zorg.
GGZ	3,7	We nemen zowel ggz onder de Zvw (€3,3 miljard) als Wlz (€0,5 miljard) mee als een type aanbieder.
Totaal	53	

Digitale zorg

-

Dit specificeren we in dit onderzoek om de impact van digitale zorg duidelijk te maken. De bestedingen vallen onder sectoren waar de substitutie vandaan komt. Vanwege het speciale karakter van digitale zorg, en omdat de schattingen daarvoor nog onzekerder zijn dan voor andere substitutie, geven we dat apart weer.

3.5 Onvoldoende tijd om recht te doen aan lopende discussies over Jeugdzorg en Bevalzorg

We nemen enkele sectoren niet mee waaronder Jeugdzorg en Bevalzorg. Voor beide sectoren hebben we niet voldoende tijd om schattingen mee te nemen, gegeven de huidige discussies:

- Er is op het moment veel discussie over Jeugdzorg, de daarvoor benodigde middelen en hoe gemeenten die middelen inzetten.
- Aangaande bevalzorg hapert de beweging richting integrale geboortezorg organisaties. Dit toont duidelijk aan dat aan de voorwaarden moet worden voldaan. Overigens is daar de afgelopen jaren wel fors geïnvesteerd in samenwerking tussen eerste- en tweedelijns zorg met de regionale verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's).

4 Potentie voor substitutie wordt niet volledig benut

Schattingen voor de potentie van substitutie zijn onzeker, ook gegeven de voor dit onderzoek gebruikte 'nauwe' definitie. We vinden een potentie van circa €5,2 miljard, ofwel ongeveer 15% van de €35 miljard uitgaven in de onderzochte sectoren waar zorg uit kan worden gesubstitueerd (voornamelijk ziekenhuiszorg, daarnaast huisartsenzorg, langdurige-pg en ggz). Iets minder dan de helft daarvan komt door digitale zorg. Het netto-effect, rekening houdend met de uitgaven in sectoren waar naar toe wordt gesubstitueerd (sociaal domein, wijkverpleging, paramedie, farmaceutische zorg, huisartsen en langdurig-pg) en uitgaven aan digitale zorg, is ongeveer €2,7 miljard.

Nu onze werkdefinitie van 'substitutie' is vastgesteld, geven we per zorgsector een zeer ruwe schatting voor de potentie van substitutie (Hoofdstuk 5). Hier rapporteren we over de totale opbrengst. Die is gebaseerd op de gemiddelden per sector per substitutiecombinatie. We voorkomen daarmee dubbeltellingen van opbrengsten van vergelijkbare substitutie.

De gevonden onderzoeken betreffen vooral substitutie

- Van intramurale zorg - ggz, langdurige-pg en ziekenhuiszorg - en huisartsenzorg.
- Naar eerstelijns zorg - wijkverpleging, paramedie, farmaceutische zorg en huisartsenzorg - en naar het sociaal domein en naar digitale zorg.

Substitutie is een continu proces. Doordat er nieuwe ontwikkelingen plaats blijven vinden, is substitutie van zorg nooit 'af'. Nieuwe technologie of manieren van organiseren, leiden steeds tot aanpassing van wat JZOJP is.

Ook in de diverse Hoofdlijnenakkoorden zijn passages opgenomen over JZOJP en substitutie van zorg. Dit heeft de afgelopen jaren geresulteerd in veel projecten waarbij zorg gesubstitueerd is. Uit interviews blijkt dat dit vaak losse projecten zijn, en dat van een daadwerkelijke duurzame transformatie nog onvoldoende sprake is. Om deze transformatie te realiseren, dienen de randvoorwaarden (zie: §2.2) verder op orde te worden gebracht. Dit maakt het mogelijk om het besparingspotentieel volledig te realiseren.

In onze schattingen van het besparingspotentieel gaan wij ervan uit dat de financiële impact van de huidige substitutieprojecten al is meegenomen in de hoofdlijnenakkoorden. Dit betreft een aanneme aangezien we niet beschikken over een recente monitor van de substitutie. Financiële gevolgen na 2022 van de huidige substitutieprojecten hebben wij niet expliciet verwerkt in onze ramingen. In onze schattingen gaan we ervan uit dat de randvoorwaarden eerst op orde worden

gebracht. Meerdere geïnterviewden geven ook aan dat dat een cruciale randvoorwaarde is. Het besparingspotentieel valt daarmee grotendeels na enkele jaren.

4.1 Onzekere schattingen van potentie voor substitutie van 15% waarvan de helft naar digitale zorg

We onderzochten substitutie vanuit vier sectoren met totaal €35 miljard omzet, waarvan €23 miljard voor ziekenhuiszorg. Daarin vonden we potentieel voor substitutie van circa €5,2 miljard (15%) waarvan iets minder dan de helft naar digitale zorg. Het potentieel voor overige substitutie is circa €2,7 miljard, ofwel bijna 8% van de onderzochte zorg (Tabel 2). Als in onderstaande tabel een bepaalde cel niet gevuld is, zoals substitutie van huisartsenzorg naar paramedie, wil dat niet zeggen dat dat in principe niet mogelijk is, maar enkel dat we daarvoor geen schattingen hebben kunnen maken.

	Sociaal domein	Wijkverpleging	Paramedie	Farmaceutische zorg	Huisartsen	Langdurig-pg	subtotaal -/-	Digitale zorg	totaal incl. digitaal +/-
Huisartsen	90			100			190	470	660
Ggz	90						90	410	500
Langdurig-pg	100	130			60		290	50	350
Ziekenhuizen	90	420	180	220	700	540	2.140	1.530	3.670
substitutie -/-	370	550	180	330	760	540	2.720	2.460	5.180
factor	0,65	0,58	0,67	0,39	0,45	0,41	0,51	0,46	0,48
substitutie +	240	320	120	130	340	220	1.380	1.130	2.510

Tabel 2. Ruwe gemiddelde schattingen voor substitutie van huisartsen en tweedelijns zorg naar nulde- en eerstelijns zorg (prijspeil 2019)

Dit zijn schattingen met een ruime bandbreedte.

- Het totaal loopt van €2,4 - €8,9 miljard.
- Het subtotaal zonder digitale zorg beloopt €1,2 – €4,9 miljard.

We hebben twee redenen van onzekerheid verwerkt in deze bandbreedte:

- Er zijn vaak meerdere onderzoeken voor substitutie tussen sectoren, ieder met een ander resultaat zodat er al een bandbreedte is van de resultaten. We rapporteren steeds het gemiddelde van de substitutie. Voor de gevoeligheidsanalyse gebruikten we ook het minimum en maximum.
- Wij moesten veel aannames doen om onderzoeken te vertalen naar impact op budgettaire kaders. We gaan uit van een bandbreedte van +/- 33% van onze schattingen.

Er is nog meer onzekerheid. Als substitutie in een bepaalde regio goed werkt, is dat niet altijd ook in andere regio's te realiseren. Bijvoorbeeld omdat de zorg daar anders is georganiseerd, er eerstelijns capaciteit is, of omdat de bevolkingsopbouw anders is. Het Zorginstituut gebruikt daarvoor een factor 0,5 tot 0,8 (Zorginstituut, 2020). Anderzijds zijn niet alle initiatieven meegenomen, en komen er nog nieuwe ideeën voor substitutie bij. Wij kiezen er daarom voor om deze onzekerheid te modelleren in de scenario's voor het tempo van substitutie.

4.2 Na substitutie vallen ongeveer de helft van de kosten elders in de keten

Na substitutie vallen de uitgaven aan zorg niet volledig weg. Vaak wordt wel de hoeveelheid te substitueren zorg onderzocht, maar lang niet altijd de kosten voor die zorg op de 'nieuwe' plek in de keten. Wij schatten de te verschuiven budgetten op €2,5 miljard met en €1,4 miljard zonder digitale zorg. Dat zijn het sociaal domein, wijkverpleging, paramedie, farmaceutische zorg en huisartsenzorg (Tabel 3).

	Sociaal domein	Wijkverpleging	Paramedie	Farmaceutische zorg	Huisartsen	Langdurig-pg	subtotaal -/-	Digitale zorg	totaal incl. digitaal -/-
Huisartsen	60			60			120	220	340
Ggz	60						60	210	260
Langdurig-pg	60	60			30		160	30	180
Ziekenhuizen	60	260	120	70	310	220	1.050	680	1.720
substitutie + factor	240 0,65	320 0,58	120 0,67	130 0,39	340 0,45	220 0,41	1.370 0,50	1.140 0,46	2.510 0,48
substitutie -/-	370	550	180	330	760	540	2.720	2.460	5.180

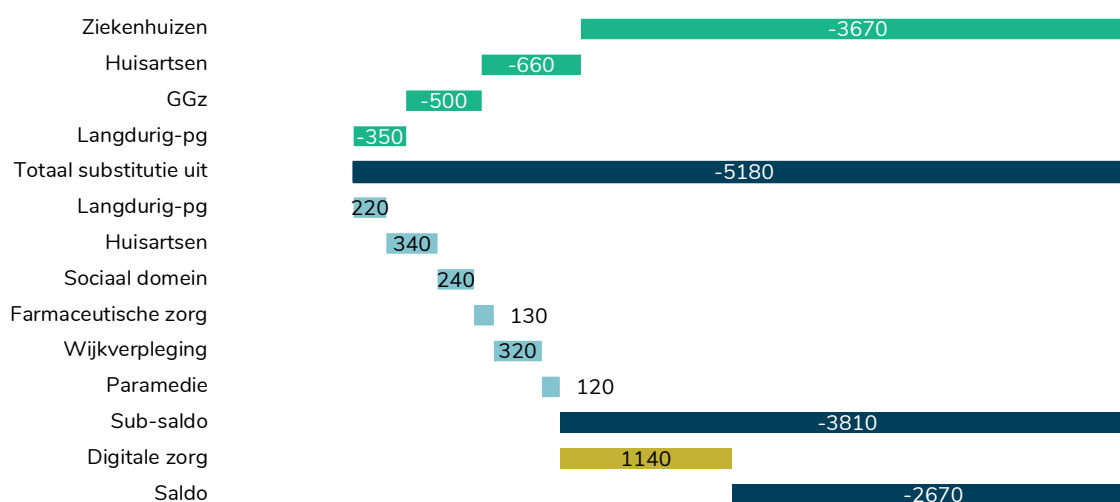
Tabel 3. Ruwe gemiddelde schattingen voor toename van budgetten voor sectoren waar naar toe wordt gesubstitueerd (prijspeil 2019).

Ook deze bedragen kennen een grote bandbreedte. Naast de hierboven genoemde onzekerheden, komt nog een extra onzekerheid. Als geen kostenfactor bekend was, schatten we die op het gemiddelde van 0,5 op basis van ons eerder onderzoek uit 2016. Voor de gevoeligheidsanalyse van de kostenfactor gebruiken we een bandbreedte van +/- 0,25. De bandbreedte van de aan kaders toe te voegen middelen is dan:

- Van de totale substitutie van €2,4 - €8,9 miljard, is een deel nodig om de zorg te leveren. Die €0,6 - €6,4 miljard wordt dus aan andere budgettaire kaders toegevoegd.
- Zonder digitale zorg wordt van de substitutie van €1,2 - €4,9 miljard voor 0,3 - €3,7 miljard verschoven naar andere kaders.

Deze verschuiving van financiële middelen gebeurt niet altijd, of niet in voldoende mate. Voor een sector bepaalt het saldo van substitutie de totale verandering van het budget. Voor huisartsenzorg maakt wel of niet meenemen van digitale zorg het verschil tussen toename of afname van de uitgaven als het budget wordt overgeheveld (Figuur 7, Tabel 4).

Potentie van substitutie (inclusief digitale zorg) [€ miljoen]



Figuur 7. Per saldo resulteert onder ideale omstandigheden een budgetreductie van €2,7 miljard na dat €5,2 miljard is gesubstitueerd

	Totaal				Subtotaal zonder digitaal			
	Af	Bij	Saldo	Aandeel sector	Af	Bij	Saldo	Aandeel sector
Huisartsen	-660	340	-320	-8,0%	-190	340	150	3,8%
Ggz	-500	-	-500	-13,5%	-90	-	-90	-2,4%
Langdurig-pg	-350	220	-130	-3,3%	-290	220	-70	-1,8%
Ziekenhuizen	-3.670	-	-3.670	-15,9%	-2.140	-	-2.140	-9,3%
Sociaal domein	-	240	240	4,9%	-	240	240	4,9%
Wijkverpleging	-	320	320	7,1%	-	320	320	7,1%
Paramedie	-	120	120	3,1%	-	120	120	3,1%
Farmaceutische zorg	-	130	130	2,7%	-	130	130	2,7%
Digitale zorg	-	1.140	1.140		-		-	
Totaal	-5.180	2.510	-2.670		-2.710	1.370	-1.340	

Tabel 4. Potentie van substitutie van en naar sectoren en het saldo (prijspeil 2019)

Bij het inboeken van het netto effect zijn we ervan uit gegaan dat zorgaanbieders de door substitutie vrijgekomen capaciteit direct nodig hebben om de groeiende zorgvraag voor andere, niet substitueerbare behandelingen, te kunnen leveren. In de werkelijkheid is dat niet altijd het geval en valt de besparing vertraagd. Dat effect is verwerkt in het tempo.

4.3 Substitutie moet je willen, kunnen en doen – dat bepaalt het tempo

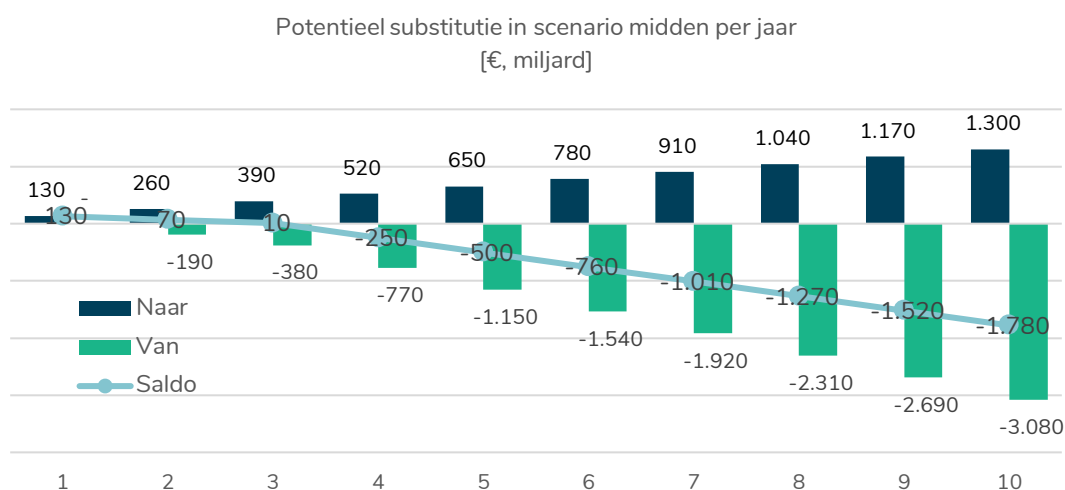
Om substitutie te realiseren moeten alle stakeholders dat willen, kunnen en doen (Hoofdstuk 2). We hebben de randvoorwaarden ook naar die categorieën ingedeeld.

In hoeverre aan de samenhangende voorwaarden wordt voldaan, bepaalt de mate waarin en het tempo waarmee het potentieel gerealiseerd kan worden. Dat is geen recht evenredig verband

waarbij als aan de helft van de voorwaarden wordt voldaan, de helft van de opbrengsten kunnen worden ingeboekt. We kunnen specifieke voorwaarden niet koppelen aan specifieke opbrengsten. We werken daarom met grof gekozen scenario's die bedoeld zijn als een verkenning van de mogelijke opbrengsten van substitutie. We werken met drie scenario's:

- Hoog; hierin wordt de gehele potentie (saldo €2,7 miljard) in tien jaar tijd gerealiseerd omdat aan alle voorwaarden is voldaan.
- Midden; hierin wordt twee derde (saldo €1,8 miljard) van de potentie in tien jaar tijd gerealiseerd.
- Laag; hierin wordt een derde (saldo €0,9 miljard) van de potentie in tien jaar tijd gerealiseerd omdat niet aan alle voorwaarden is voldaan.

In scenario midden wordt dan in het vierde jaar voor €770 miljoen zorg gesubstitueerd, grotendeels uit ziekenhuiszorg. Gecorrigeerd voor inloopeffecten (§4.3) wordt in dat jaar €520 miljoen overgeheveld naar sectoren die na substitutie de zorg leveren. Het saldo is dan dus €250 miljoen (Figuur 8).



Figuur 8. In scenario midden, wordt tweederdedeel van het potentieel in 10 jaar gehaald. In jaar 4 is het saldo dan €250 miljoen.

We hebben in dit project geen verschillend tempo over sectoren aangebracht. Voor het scenario midden zijn de overhevelingen met en zonder digitale zorg gespecificeerd (Tabel 5, Tabel 6). De transitiekosten die hierin zijn opgenomen zijn gebaseerd op een aanname (zie §4.3.1).

Tabel 5 en 6 zijn gestructureerd langs de sectoren zoals in Tabel 1 opgesomd, en bevatten de saldo's van substitutie van zorg per jaar. Dit betekent dat de huisartsenzorg in jaar 4 per saldo met 53 miljoen euro krimpt. Dit bedrag bestaat uit zowel de substitutie naar de huisartsenzorg (bijvoorbeeld uit het ziekenhuis), als de substitutie vanuit de huisartsenzorg naar andere sectoren (zoals richting het sociaal domein of digitale zorg).

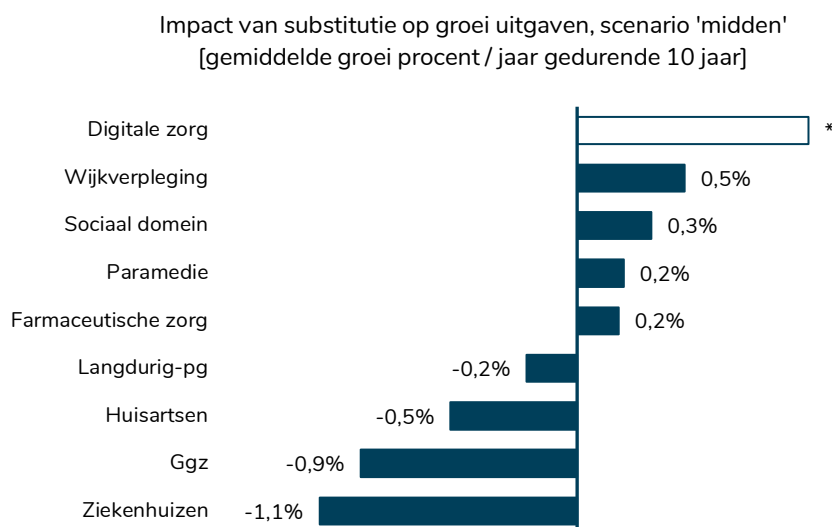
	transitie	aanpassen kosten		kostendaling gerealiseerd						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Huisartsen	-	-13	-27	-53	-80	-107	-133	-160	-187	-213
Ggz	-	-21	-42	-83	-125	-167	-208	-250	-292	-333
Langdurig-pg	-	-5	-11	-22	-32	-43	-54	-65	-76	-87
Ziekenhuizen	-	-153	-306	-612	-917	-1.223	-1.529	-1.835	-2.140	-2.446
Sociaal domein	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
Wijkverpleging	21	43	64	85	107	128	149	171	192	213
Paramedie	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
Farmaceutische zorg	9	17	26	35	43	52	61	69	78	87
Digitale zorg	76	152	228	304	380	456	532	608	684	760
saldo	130	67	5	-250	-505	-760	-1.015	-1.270	-1.525	-1.780

Tabel 5. Saldo van substitutie per jaar per sector inclusief digitale zorg scenario midden

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Huisartsen	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Ggz	-	-4	-7	-15	-22	-30	-37	-45	-52	-60
Langdurig-pg	-	-3	-6	-12	-17	-23	-29	-35	-41	-47
Ziekenhuizen	-	-89	-178	-357	-535	-713	-891	-1.070	-1.248	-1.426
Sociaal domein	16	32	48	64	80	96	112	128	144	160
Wijkverpleging	21	43	64	85	107	128	149	171	192	213
Paramedie	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
Farmaceutische zorg	9	17	26	35	43	52	61	69	78	87
Digitale zorg	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	64	32	0	-127	-255	-383	-510	-638	-765	-893

Tabel 6. Saldo van substitutie per jaar per sector exclusief digitale zorg scenario midden

De schattingen leiden tot de gemiddelde jaarlijkse aanpassingen van budgetten voor sectoren waar zorg uit gesubstitueerd, tot ruim 1% voor ziekenhuiszorg in scenario 'midden' (Figuur 9). Voor langdurig-pg en huisartsenzorg betreft het een saldo omdat er ook zorg naar toe wordt gesubstitueerd. Zonder substitutie van huisartsenzorg naar digitale zorg, zou het kader huisartsenzorg juist moeten groeien om de substitutie uit andere kaders op te vangen.



Figuur 9. In scenario 'midden' leidt substitutie tot budgetaanpassingen tot ruim 1% (* geen huidig budget gealloceerd aan digitale zorg)

4.3.1 In scenario 'hoog' wordt de volledige potentie in tien jaar gerealiseerd

Om de ideale omstandigheden te creëren en vervolgens alle benodigde projecten te realiseren, zijn naar schatting 10 jaar nodig. Ons onderzoek is inventariserend van aard. We hebben de specifieke randvoorwaarden niet gekoppeld aan specifieke besparingen. Daar is meer onderzoek voor nodig.

Als alle voorwaarden aanwezig zijn, gaan we ervan uit dat het budgettaire potentieel van een initiatief voor substitutie in vier jaar gerealiseerd kan worden. Dat is als volgt geschat:

- Het duurt ongeveer een jaar om een initiatief te starten. De transitiekosten daarvoor schatten we grofweg gelijk aan uitgaven aan de verplaatste zorg (dus na toepassing van de kostenfactor). Dit betreft een aanneme. Deze voorwaarde, onderdeel van 'kunnen', is cruciaal. We gaan ervan uit dat tijdig aan alle voorwaarden, waaronder voldoende middelen om de gesubstitueerde zorg te kunnen leveren, is voldaan.
- Vervolgens wordt er tijdelijk parallel gewerkt met de 'oude' manier en 'nieuwe' manier van werken. Alle zorgverleners en patiënten moeten mee gaan doen. We gaan uit van een jaar waarbij de kosten vergelijkbaar zijn met de 'oude' situatie.
- Het duurt vervolgens nog circa twee jaar voordat de kosten van een zorgaanbieder zich hebben aangepast aan de nieuwe situatie. Als het tempo van substitutie hoger ligt dan het tempo waarmee personeel en achtergebleven activa voor andere zorg kunnen worden ingezet of kunnen worden afgebouwd, wordt de opbrengst pas later behaald. Het CPB waarschuwt hiervoor bij haar analyse van Bernhoven (CPB, 2020) en ook geïnterviewden geven dit duidelijk aan.

Zorgaanbieders zijn nu al bezig met verschillende projecten en kunnen niet alle benodigde projecten tegelijkertijd uitvoeren. Een ziekenhuis werkt aan tientallen projecten tegelijkertijd. Isala gaf recent een overzicht van bijna 30 projecten voor digitale zorg en substitutie (Isala, 2021). Het is dus een kwestie van lange adem en veel activiteit. Niet van 'korte halen snel thuis'. We gaan uit van volledige implementatie over een periode van zeven jaar. Dat is een forse uitdaging waarvoor de optimale omstandigheden nodig zijn.

In dit optimistische scenario gaan we ervan uit dat de voorwaarden in drie jaar zijn gerealiseerd. Totaal dus tien jaar. We zijn ervan uitgegaan dat wel direct gestart wordt met projecten waarvoor nu de omstandigheden al goed zijn, zodat die de over vier jaar volledig zijn benut.

Bovendien gaan we ervan uit dat twee effecten elkaar opheffen:

- Als substitutie in een regio werkt, heeft dat vaak te maken hebben met lokale omstandigheden. Dat wil dus niet zeggen dat het landelijk kan worden uitgerold.
- Als de omstandigheden ideaal zijn, komen er nieuwe initiatieven voor substitutie.

4.3.2 In scenario 'laag' wordt een derde van het potentieel gehaald in tien jaar tijd

Als niet aan alle voorwaarden is voldaan, kunnen niet alle goede voorbeelden en top-down inzichten worden gerealiseerd. Ook in dit scenario moet nog veel werk verzet worden om de juiste omstandigheden te creëren. Je moet bij wijze van spreken ruim driekwart van de voorwaarden hebben gerealiseerd om nog niet de helft van de potentie waar te maken. We rekenen voor dit

scenario door dat een derde van het potentieel in tien jaar tijd gerealiseerd kan worden. Grofweg baseren we dat op de volgende overwegingen:

- Omdat in dit scenario de omstandigheden niet ideaal zijn, zullen er ook minder nieuwe innovaties die tot substitutie leiden ontstaan.
- Niet alle succesvolle pilots uit verschillende regio's zijn ook in andere regio's toe te passen. Het Zorginstituut hanteerde daarom een schaalfactor van 0,5 – 0,8 om de maximale potentie te schatten.
- De omstandigheden, waaronder economische prikkels, zetten niet sterk aan tot substitutie.

We gaan ervan uit dat het tempo wel gelijk blijft. Immers, de projecten waarvoor de omstandigheden wel goed zijn, zullen worden opgepakt. Een deel daarvan kan gelijk starten, en daarvoor hoeft niet drie jaar gewacht te worden. Wel zullen de meeste omstandigheden moeten verbeteren om ook het lagere niveau van substitutie te realiseren. En dat zal ook enkele jaren kosten, vandaar dat we voor deze verkennende inschatting, geen verschil in het tempo maken.

5 Schattingen van substitutie per zorgsector met beperkte informatie en veel aannames

De potentiële impact van substitutie is geschat op basis van 19 onderzoeken. Om deze onderzoeken te vertalen naar substitutie, zoals hier gedefinieerd, in de Nederlandse situatie, moesten meerdere aannames worden gemaakt. Dat geldt in nog sterkere mate voor digitale zorg.

Voor de zeer ruwe schatting van de potentie van substitutie gebruikten we de volgende aanpak:

- We geven per sector diverse schattingen van het deel van de uitgaven dat zou kunnen worden gesubstitueerd tegen welke kostenfactor. Ter illustratie, als €100 miljoen van behandelingen in ziekenhuizen wordt voorkomen door een geneesmiddel waarvoor €40 miljoen wordt uitgegeven, is de kostenfactor 0,4.
- Sommige onderzoeken beschrijven substitutie tussen meerdere sectoren. In dat geval bespreken we het onderzoek bij de meest relevante sector. Vaak is dit ziekenhuiszorg omdat voor die sector het meeste onderzoek is verwerkt.
- We bespreken de onderzoeken per zorgsector steeds vanuit het perspectief waarvoor het onderzoek gedaan is.
 - Dat is de ene keer substitutie uit een sector, zoals ziekenhuiszorg en ggz.
 - Een andere keer bespreken we substitutie naar een sector zoals, farmaceutische zorg of paramedische zorg (fysiotherapie).
 - We bespreken digitale zorg apart. De schattingen daarvoor zijn zeer ruw, en gebaseerd op veel aannames.

Elke paragraaf start met een overzichtstabel. Hierin zijn de studies opgenomen die invloed hebben op deze sector, zowel de substitutie uit als naar een sector. Omdat we de studies bespreken vanuit het perspectief waarvoor het onderzoek gedaan is bevat de overzichtstabel per paragraaf soms terug- en vooruit verwijzingen naar andere sub-paragrafen.

Onze schatting voor de potentie van substitutie baseren we op vier soorten onderzoek waarvan we de resultaten combineren:

- Top-down schattingen op basis van het type zorgactiviteit dat gesubstitueerd kan worden.
- Schattingen uit ervaringen met situaties met prikkels voor substitutie.
- Schatting uit (regionale) verschillen voor zover die met substitutie te maken hebben.
- Opschalen van meerdere initiatieven voor substitutie naar landelijk niveau.

Per sector geven we een overzicht van de onderzoeken die wij verwerkt hebben. De substitutiepercentages en kostenfactoren zijn onze interpretatie van die onderzoeken. Daarvoor zijn door ons aanpassingen gedaan. We realiseren ons dat deze schattingen met veel onzekerheid zijn omgeven. Echter, we hebben onszelf gedwongen om, gegeven het beschikbare materiaal, de best mogelijke schatting te maken. Omdat de verwachtingen voor digitale zorg zeer hooggespannen en onzeker zijn, geven we per sector steeds de schattingen met en zonder digitale zorg weer.

Per sector vatten we de bevindingen kort samen en geven we in een tabel weer hoe substitutie voor die sector is doorgerekend. Daarna gaan we in op voor substitutie relevante aspecten van die sector. Als laatste beschrijven we per gevonden onderzoek hoe we die verwerkt hebben.

5.1 Sociaal domein

Meerdere onderzoeken tonen substitutie van zorg naar het sociaal domein aan waarmee uitgaven aan zorg op kortere en langere termijn kunnen worden voorkomen.

Op basis van een zeer ruwe opschaling we dat dat circa €360 miljoen kan worden gesubstitueerd naar het sociaal domein. Daarvan wordt dan €230 miljoen overgeheveld naar het sociaal domein. De potentie voor substitutie is ongeveer evenredig verdeeld over ggz, langdurig-pg, huisartsenzorg en ziekenhuiszorg.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-fac-tor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
ggz	sociaal domein	€ 89	2,4%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2
ggz	sociaal domein	€ 74	2,0%	0,50	€ 37	0,8%	Trimbos	5.4.1
huisartsen	sociaal domein	€ 89	2,2%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ 178	4,4%	0,67	€ 119	2,4%	SEOR	5.1.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ 128	3,2%	0,50	€ 64	1,3%	Diversen (dementie)	5.2.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ -	0,0%	0,50	€ -	0,0%	Wong et al	5.2.5
ziekenhuizen	sociaal domein	€ 89	0,4%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2

Tabel 7. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor sociaal domein

De substitutie naar het sociaal domein volgt uit:

- Een meta-analyse van business cases voor sociaal werk
- Onderzoeken vanuit perspectief van langdurige-pg zorg (§0)
- Onderzoeken vanuit perspectief van de ggz (§5.4)

Het betreft steeds zeer ruwe schattingen waarbij de kostenfactor niet altijd even duidelijk is. Maar ook bij een relatief hoge kostenfactor kan substitutie naar het sociaal domein gewenst zijn vanwege de arbeidstekorten in de zorg. De potentie van substitutie naar het sociaal domein is voorlopig waarschijnlijk niet haalbaar omdat veel gemeenten onvoldoende financiële middelen lijken te hebben, en die bovendien nog niet op basis van best practices in te zetten. In het scenario 'hoog' gaan we ervan uit dat aan alle randvoorwaarden is voldaan, dus ook dat er voldoende budget is om de benodigde werkzaamheden in het sociaal domein uit te kunnen voeren.

5.1.1 Diverse onderzoeken wijzen op tekort aan financiële middelen bij gemeenten

Het SCP concludeerde onlangs dat de decentralisaties van de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet vanaf 2015, nog niet de verwachte resultaten laten zien (SCP, 2020). Gemeenten lijken de decentralisaties niet zoals verwacht uit te voeren, en geven zelf aan daar niet voldoende middelen voor te hebben.

In diverse publicaties wordt aangegeven dat gemeenten te weinig financiële middelen hebben om hun taken in het sociale domein goed uit te voeren (BDO, 2021) (Allers, 2021). Volgens Allers ontbreekt een integrale afweging van voor de gemeenten beschikbare middelen.

In opdracht van het Netwerk voor Directeuren Sociaal Domein (NDSO) onderzocht KPMG de ontwikkeling van de uitgaven onder de Wmo en Jeugdwet (KPMG, 2020b). Wij gaan hier niet in op de Jeugdwet in verband met de huidige ontwikkelingen. Uitgaven aan de Wmo worden grotendeels bekostigd uit de algemene uitkering (AU) van het Gemeentefonds. Het Rijk moet het gemeentefonds voldoende laten stijgen, die middelen op basis van de juiste parameters over de gemeenten verdelen, en gemeenten moeten lokaal voldoende middelen aan de Wmo alloceren. In het rapport wordt aangegeven dat het aantal Wmo-cliënten harder steeg dan verwacht, en dat het aantal in de Wlz sterker daalde dan voorspeld. De gemeenten kregen daarvoor geen extra budget zodat het beschikbare budget per Wmo-cliënt sinds 2015 circa 30% lager lag dan voorspeld (waarin al efficiëntiewinst door decentralisatie was ingeboekt). De onderzoekers wijzen erop dat de JZOJP, in het bijzonder substitutie naar het sociaal domein, in de knel kan komen met een tekort van ten minste €0,84 miljard in 2023.

5.1.2 SEOR – Meta analyse business cases sociaal werk

SEOR onderzocht 51 recente businesscases, met daarin tenminste één sociaal werk organisatie én beschikbare informatie over uitkomsten van de business case op het vlak van welzijn, gezondheid, financiën en/of arbeidsmarkt (SEOR, 2020). De cases hebben een grote variëteit binnen sociaal werk: van maatschappelijk werk tot maatschappelijke opvang en van jongerenwerk tot werken met ouderen, van breed welzijn in de wijk tot Welzijn op Recept. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Sociaal Werk werkt! – de samenwerking van werkgeversorganisatie Sociaal Werk Nederland en de werknemersorganisaties FNV Zorg & Welzijn en CNV Zorg & Welzijn.

De MKBA's van 14 cases waarvoor een baten kosten verhouding is berekend in financiële termen, komen gemiddeld genomen op 1,5 tot 2,0 maal hogere baten dan lasten. In alle MKBA's vormen de besparingen op zorgkosten een hele belangrijke component van de baten. De onderzoekers geven aan dat de baten vooral hoog zijn als inzet van sociaal domein leidt tot minder zorggebruik. Sociaal werk heeft potentie als direct substitueert voor zorg, of via preventieve actie om zorggebruik te vermijden, op zowel de korte als lange termijn.

Aangezien nog lang niet alle best practices zijn ingevoerd, is er waarschijnlijk met extra inzet nog extra substitutie te behalen. In 2019 werd €1,5 miljard uitgegeven aan sociaal werk (welzijnswerk voor ouderen, maatschappelijk werk en lokaal welzijnswerk). De besparingen lijken vooral terecht te komen bij langdurige zorg, ggz, huisartsenzorg en in mindere mate bij de medisch specialistische zorg.

We geven een zeer ruwe schatting van de orde van grootte van de potentie op basis van een aantal aannames:

- Er is winst te behalen door meer met best practices te gaan werken. We gaan ervan uit dat de uitgaven aan welzijn daarenboven nog met een kwart kunnen groeien. Door specifiek in te zetten op vermijden van zorggebruik, kan dan de ratio van baten ter hoogte van 2,0 maal de kosten gehaald worden. We hebben hiervoor geen transitiekosten gerekend.
- In 2019 werd €1,5 miljard uitgegeven aan sociaal werk (welzijnswerk voor ouderen, maatschappelijk werk en lokaal welzijnswerk).
- Door €0,4 miljard extra uit te geven aan sociaal werk kan dan €0,8 miljard worden bespaard. Driekwartdeel van het gemiddelde daarvan rekenen we toe aan zorg (€0,6 miljard). De kostenfactor is dan ongeveer 0,66.
- Gezien de beschreven cases, verdelen we dit over langdurige zorg, ggz, huisartsenzorg en msz in een verhouding 4:2:2:1.

Zoals veel berekeningen in dit verkennende onderzoek, moeten we er rekening mee houden dat het een zeer ruwe schatting is. Volgens SEOR geldt dat “Gegeven de hoge mate van onzekerheid over de precieze omvang van (financiële) effecten verdient het echter geen aanbeveling om de berekende baten te verabsoluteren en terug te brengen tot een ‘eng getal’.” Onze schatting moet dan ook gezien worden als een eerste schatting van de orde van grootte.

Twee onderzoeken die zijn meegenomen in de meta-analyse zijn bijvoorbeeld:

- Het RIVM evalueerde ‘Welzijn op Recept (RIVM, 2019). Bijzonder aan Welzijn op recept is dat deze interventie een verbinding maakt tussen het medische en het sociale domein, door afspraken te maken tussen de eerstelijnszorg en gemeenten. De eerste ervaringen met Welzijn op recept zijn positief maar er is nog te weinig Nederlands onderzoek gedaan om harde uitspraken te doen over de effectiviteit op lange termijn. In de UK is meer onderzoek gedaan; ook naar kosteneffectiviteit met redelijk positieve resultaten.
- De consultant DSP deed een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) voor door gemeenten aangeboden logeerszorg als Wmo-respijtoorziening. In drie pilots lagen de baten een factor 1,4 tot 1,7 hoger dan de kosten (DSP, 2021). De baten komen hoofdzakelijk terecht in de Wlz. Het blijkt dat logeerszorg kan zorgen voor uitstel van een opname in het verpleeghuis, waardoor kosten worden voorkomen. Daarnaast worden crisisopnames voorkomen en arbeidsverzuim door mantelzorgers verminderd. Het is voornamelijk om deze bevindingen op te schalen.

5.2 Langdurige zorg

In 2019 werd ongeveer €4 miljard uitgegeven aan langdurige psychogeriatrische zorg. Er is de afgelopen jaren al veel gedaan om meer langdurige zorg thuis te leveren (afbouw van ZZP 4 en lager), voornamelijk door substitutie naar wijkverpleging (voornamelijk Zvw). We rekenen ook door verpleeghuizen aangeboden ELV en verpleegafdelingen voor herstel, hier als substitutie naar langdurige zorg. Het betreft weliswaar verschuiving binnen de curatieve zorg (zie ook §3.4), maar we hebben er toch voor gekozen om deze substitutie te expliciteren vanwege het belang in de regionale zorgketen ervan.

Voor langdurige zorg vonden we zowel substitutie naar als substitutie uit. Zeer ruw geschat

- zou substitutie uit langdurige pg-zorg nog mogelijk zijn voor circa €300 miljoen naar sociaal domein, huisartsen en wijkverpleging, en voor circa €50 miljoen naar digitale zorg.
- tegelijkertijd kan met €220 miljoen extra budget substitutie uit ziekenhuizen naar langdurige zorg mogelijk gemaakt worden.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-factor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
langdurig-pg	digitale zorg	€ 51	1,3%	0,50	€ 26		McKinsey	5.8.2
langdurig-pg	huisartsen	€ 64	1,6%	0,50	€ 32	0,8%	Diversen (dementie)	5.2.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ 178	4,4%	0,67	€ 119	2,4%	SEOR	5.1.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ 128	3,2%	0,50	€ 64	1,3%	Diversen (dementie)	5.2.2
langdurig-pg	sociaal domein	€ -	0,0%	0,50	€ -	0,0%	Wong et al	5.2.5
langdurig-pg	wijkverpleging	€ 128	3,2%	0,50	€ 64	1,4%	Diversen (dementie)	5.2.2
ziekenhuizen	langdurig-pg	€ 450	1,9%	0,50	€ 350	8,8%	Buurman et al.	5.2.3
ziekenhuizen	langdurig-pg	€ 624	2,7%	0,35	€ 218	5,5%	Fluent	5.2.4

Tabel 8. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor langdurige zorg

Het substitutiepotentieel is het saldo van twee stromen:

- Er lijken mogelijkheden te zijn voor substitutie naar langdurige zorg:
 - Wijkkliniek waar ouderen worden opgenomen, in plaats van in het ziekenhuis.
 - Voorkomen van acute ziekenhuiszorg voor ouderen.
- Er zijn ook voorbeelden van substitutie uit de langdurige zorg:
 - Uit journalistieke items over een sociale benadering van dementiezorg
 - Inzet van digitale zorg (§5.8)

Overigens leidt substitutie niet voor alle groepen cliënten tot lagere uitgaven volgens een onderzoek met vergelijking van de uitgaven voor zorg thuis en die voor een verpleeghuis.

Langdurige zorg en curatieve zorg moeten nog veel meer als onderdeel van dezelfde keten gezien worden om deze substitutie te realiseren. Vooral samenwerken in regionale netwerken is belangrijk.

5.2.1 Langdurige zorg als belangrijk element in regionale netwerken

Juiste triage en maatwerk is waarschijnlijk nodig om de substitutie uit de intramurale langdurige zorg te realiseren. Vaak moet een specifieke oplossing voor een specifieke cliënt gezocht worden.

Om dat goed te doen, is regionaal overleg en samenwerking nodig om (acute) zorgketens op elkaar af te stemmen. Tijdens de coronapandemie zijn die overleggen frequenter gevoerd dan eerder en werd meer informatie over bijvoorbeeld beschikbare ELV-bedden uitgewisseld. Mogelijk kunnen de geleerde lessen worden ingezet voor substitutie. De verschillende bekostiging belemmert soms doorstroom van patiënten.

5.2.2 Zorgvisie - Veel potentie voor dementiezorg verwacht in journalistieke items

Er zijn signalen dat dementiezorg efficiënter kan door meer in te zetten op sociale zorg en zorg thuis.

Bijna een derde van de cliënten die bij zorgaanbieder Cicero opgenomen werden vanwege dementie, kon na enkele weken tot maanden weer naar huis. Dit stelde Kina Koster van Cicero onlangs in *Zorgvisie* (*Zorgvisie*, 2021a). In die periode werd aan de omstandigheden van de cliënt en de mantelzorger gewerkt. Cliënten blijken enorm op te knappen na zo'n zes weken gezonde voeding, voldoende vochtinname, de juiste medicatie, dagbesteding en een veilige omgeving. De mantelzorger wordt ontlast door inzet van dagbesteding.

Gezondheidseconoom Marcel Canoy, en hoogleraar langdurige zorg en dementie Anne-Mei The, stellen dat door de sociale aspecten van dementie beter te organiseren, er rond 2025 minstens € 1 miljard bespaard kan worden op uitgaven aan langdurige zorg (*Zorgvisie*, 2019). Volgens berichten in de pers over een evaluatie van de 'social trial' sociale benadering dementie door PwC zou op basis van 38 casussen circa € 15.000 per casus bespaard zijn (*Zorgvisie*, 2020). We kunnen dat niet opschalen omdat niet duidelijk is hoe de 38 casussen zijn geselecteerd². Een 'factsheet' over de social trial met dementiezorg in Den Bosch, stelt dat per cliënt maandelijks €1.600 (ruim €19.000/jaar) minder wordt uitgegeven (TOA of Care, 2020). Ook hier is niet duidelijk hoe de 43 cliënten zijn geselecteerd. In beide gevallen staan tegenover de besparingen aan Wlz-uitgaven, wel inspanningen in het sociale domein, waaronder de Wmo.

Voor een ruwe schatting combineren we bovenstaande bevindingen:

- De sociale benadering is relevant voor een derde van de bijna 100.000 cliënten die jaarlijks een indicatie krijgen voor psychogeriatrische zorg met verblijf.
- Deze cliënten gebruiken een jaar kortere pg-zorg waarmee ongeveer €17.000 minder wordt uitgegeven voor deze cliënten. Dat is ongeveer 26% (van €65.000 per jaar)³. De substitutie is ongeveer 8% van de kosten voor pg-zorg.
- We verdelen de kosten voor de overheveling over drie sectoren:
 - (40%) Sociaal domein, waaronder de Wmo zorg.

² Het onderzoek waaraan gerefereerd wordt konden wij helaas niet vinden.

³ Totaal is dat ongeveer €0,5 miljard. Dat lijkt dus nog een conservatieve schatting vergeleken met de door Canoy genoemde €1 miljard. Als hij daarmee een cumulatief bedrag over zes jaren bedoelde, dan lijkt het vergelijkbaar omdat niet direct het hele potentieel behaald zal worden.

- (40%) Wijkverpleging vanwege de zorg die thuis ontvangen wordt.
- (20%) Huisartsenzorg omdat die zorg niet meer door de verpleeghuisarts gegeven wordt. Dit betreft overigens maar een klein deel van de zorg, maar de huisarts zal ook coördinerende taken hebben.
- We gaan voor allen uit van een kostenfactor van 0,5.

Onderzoekers benadrukken dat iedere specifieke cliëntsituatie verschillend is, en dat er ruimte moet zijn om daar mee om te gaan; de menselijke maat is belangrijk (Canoy & Van Dijk, 2021). Voor dergelijke initiatieven is de financiering uit drie wetten (Zvw, Wlz, Wmo) echter wel een probleem. ZonMw subsidieert de evaluatie van dergelijke zogenaamde 'social trials'. De resultaten daarvan worden over ongeveer twee jaar verwacht.

Mogelijk kan dit effect ook binnen de eerstelijns zorg worden gerealiseerd. Een Specialist Ouderengeneeskunde (SO) kan namelijk ook in de eerste lijn werken (gzsp). Daarvoor zijn goede afspraken over de coördinerende taken rond kwetsbare ouderen thuis en de afbakening daarvan tussen verantwoordelijkheden van de huisarts en de inzet van een SO nodig.

5.2.3 Buurman et al. - Met wijkkliniek kan acute zorg voor ouderen uit het ziekenhuis worden verplaatst

In 2016 startten het ACM en Cordaan een 'Wijkkliniek' in Amsterdam waar ouderen met acute zorgvraag kunnen worden opgenomen (Buurman, 2019). Mede hierdoor daalde het aantal na een SEH-bezoek in het ziekenhuis opgenomen ouderen met een kwart, van 44% in 2016 naar 33% in 2019 (Ribbink, Resodikromo, Willems, Slee, & Buurman, 2020). Daar kan nog een daling van het aantal ouderen dat zich op de SEH presenteert bijkomen nu huisartsen ook direct naar de Wijkkliniek kunnen verwijzen.

Volgens onderzoek van Fluent (§ 5.2.4) wordt ten minste €3,7 miljard uitgegeven aan SEH gerelateerde zorg voor ouderen. We gaan ervan uit dat de helft van deze uitgaven gemaakt worden vanwege een opname na SEH-bezoek. Als daarvan ¼ niet in het ziekenhuis geleverd hoeft te worden, kan circa €450 miljoen gesubstitueerd worden. Dat is dezelfde orde van grootte als Fluent vindt. We gaan ervan uit dat een Wijkziekenhuis tegen een kostenfactor van 0,5 kan werken.

De Wijkkliniek wordt bekostigd uit een experiment in de medisch specialistische zorg. Omdat de bekostiging wel duidelijk verschuift naar een aanbieder die grotendeels uit de Wlz bekostigd wordt, hebben we het hier wel opgenomen als substitutie (zie ook §3.4).

5.2.4 Fluent - Forse impact van acute ouderenzorg buiten ziekenhuizen verwacht

Volgens onderzoek van Fluent in opdracht van ActiZ bezoeken jaarlijks ongeveer 800.000 ouderen (65+) de SEH waarvan 543.000 worden opgenomen (Fluent, 2017). Daarvan zou 60% onnodig zijn, waardoor op jaarbasis 4.100 ziekenhuisbedden onnodig bezet zijn. Fluent schat €1,4 miljard van de uitgaven aan de ziekenhuiscare daarvoor kan worden voorkomen door circa €700 miljoen te substitueren naar:

- VVT-sector (verpleeghuizen)

- ELV-bedden (3.000 extra t.o.v. 4.000) voor €180 miljoen
- Specialisten ouderengeneeskunde: €95 miljoen
- Wijkverpleegkundigen: €227 mln
- eHealth: €192 miljoen dit betreft vooral monitoring wat waarschijnlijk ingezet wordt na ontslag van het ELV-bed dus die boeken we onder wijkverpleging.

Op basis van de gegevens in het Fluent rapport en het naar rato van het resultaat toedelen van de besparing aan ouderenzorg en wijkverpleging, komen we op een substitutie van ziekenhuizen naar:

- € 620 miljoen naar ouderenzorg (ELV-bedden) met een kostenfactor van 0,35, en
- € 760 miljoen naar wijkverpleging met een kosten factor van 0,62.

Het netto effect is dan €700 miljoen over alle sectoren gerekend.

5.2.5 Wong et al. – thuis zorg niet per se goedkoper dan verpleeghuiszorg

In de loop van 2021 levert het CBS een onderzoek naar de impact van het programma “Langer Thuis” op de kosten voor langdurige zorg. In dat programma wordt de leefsituatie en zorggebruik van 75-plussers bestudeerd (VWS, 2019).

Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg, bleek uit vergelijking van ouderen met vergelijkbare gezondheidssituatie die hun zorg intra- en extramuraal ontvangen (Wong, Bakx, Wouterse, & Van Doorslaer, 2018). Voor thuiswonende ouderen wordt ongeveer net zoveel aan thuiszorg en ziekenhuiszorg besteed als voor intramurale wonende ouderen aan verpleeghuiszorg. Er bleek geen verschil in sterftekans tussen de twee groepen.

5.3 Ziekenhuiszorg

De hier in kaart gebrachte potentie voor substitutie van ziekenhuiszorg komt zonder digitale zorg op €2,1 miljard (9,3%), voor ongeveer een derde door substitutie naar huisartsenzorg. Daarnaast wordt ook nog voor totaal circa €0,9 miljard aan substitutie naar paramedie, wijkverpleging, farmaceutische zorg en sociaal domein voor mogelijk gehouden en €0,5 miljard naar de langdurige zorg. Met een kostenfactor van gemiddeld 0,5 is de totale besparing €1,4 miljard.

Daarbovenop zou de verschuiving naar digitale zorg een potentie hebben van €1,5 miljard (6,6%) tegen uitgaven van €1,1 miljard aan digitale zorg.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-fac-tor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.847	8,0%	0,50	€ 924		Deloitte	5.8.4
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.847	8,0%	0,50	€ 924		Europese Commissie	5.8.3
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.259	5,5%	0,50	€ 630		McKinsey	5.8.2
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.154	5,0%	0,20	€ 231		PwC	5.8.5
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 240	1,0%	0,30	€ 72	1,5%	Equalis (medicijnmonitor)	5.7.1
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 231	1,0%	0,30	€ 69	1,4%	SiRM, (Openbaar apoth.)	5.7.2
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 199	0,9%	0,38	€ 76	1,6%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1
ziekenhuizen	huisartsen	€ 924	4,0%	0,20	€ 185	4,6%	CPB (Beatrixziekenhuis)	5.3.5
ziekenhuizen	huisartsen	€ 849	3,7%	0,71	€ 606	15,2%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1
ziekenhuizen	huisartsen	€ 808	3,5%	0,50	€ 404	10,1%	A. Hayen	5.5.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 755	3,3%	0,71	€ 536	13,4%	Zorginstituut	5.3.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 623	2,7%	0,15	€ 94	2,3%	Jung et al.	5.5.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 462	2,0%	0,30	€ 139	3,5%	CPB (Bernhoven)	5.3.5
ziekenhuizen	huisartsen	€ 456	2,0%	0,50	€ 228	5,7%	SiRM (Zorggroeimodel)	5.3.3
ziekenhuizen	langdurig-pg	€ 624	2,7%	0,35	€ 218	5,5%	Fluent	5.2.4
ziekenhuizen	langdurig-pg	€ 450	1,9%	0,50	€ 225	5,6%	Buurman et al.	5.2.3
ziekenhuizen	paramedie	€ 258	1,1%	0,75	€ 192	4,9%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1
ziekenhuizen	paramedie	€ 100	0,4%	0,55	€ 55	1,4%	Equalis (fysio-/oefenth.)	5.6.2
ziekenhuizen	sociaal domein	€ 89	0,4%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2
ziekenhuizen	wijkverpleging	€ 763	3,3%	0,62	€ 473	10,5%	Fluent	5.2.4
ziekenhuizen	wijkverpleging	€ 74	0,3%	0,54	€ 40	0,9%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1

Tabel 9. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor ziekenhuiszorg

Het potentieel voor substitutie blijkt uit meerdere onderzoeken:

- Vanuit andere perspectieven:
 - Digitale zorg met vaak zeer grove schattingen op sectorniveau (§5.8)
 - Effectieve inzet van eerstelijns farmacie om (acute) zorg vanwege foutief gebruik van geneesmiddelen te voorkomen (§5.6.2).
 - Nieuwe manieren van bieden van huisartsenzorg, vaak met meer tijd voord de patiënt om samen met de huisarts te beslissen, of ruimte voor huisartsen om een medisch specialist te consulteren (§5.5).
 - Optimalisatie van de (acute) zorgketen voor oudere patiënten (§5.2).
- Vanuit het perspectief van ziekenhuiszorg:
 - Opschaling van diverse projectvoorbeelden naar de totale sector
 - Ervaringen uit de praktijk van strategische sessies met medisch specialistische vakgroepen

- Evaluatie van het CPB van de ervaringen van Bernhoven en Beatrixziekenhuis.
- Zeer ruwe schatting gegeven het aandeel licht ambulante zorg in de kosten van ziekenhuizen.

Een groot deel van de aandacht rondom substitutie gaat uit naar ziekenhuiszorg. Geïnterviewden waarschuwen voor te overspannen verwachtingen, zeker als het overheveling naar huisartsenzorg betreft (zie §2.4.3). De meeste projecten gaan juist in op zorg thuis leveren onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist. We wijzen hierbij ook op de forse inspanning die nodig is om substitutie te organiseren. Het gaat om vele projecten die ieder een beetje bijdragen. Substitutie komt vaak tot stand ondanks financiële prikkels.

5.3.1 SiRM – Next level gezondheidszorg

In november 2016 publiceerde SiRM een onderzoek naar 'ontschotting' in de zorg (SiRM, 2016) in opdracht van Nefarma, de Pharmaceutical Committee van de Amerikaanse Kamer van Koophandel en VNO-NCW. Onderdeel van dit onderzoek was een schatting van de potentiële opbrengsten. Op basis van ruim 60 studies uit binnen- en buitenland schatten we destijds het potentieel voor verschuivingen in de Zvw-uitgaven op €3,1 miljard, waarvan €1,6 miljard werd uitgegeven voor de gesubstitueerde zorg. Het netto effect bedroeg dus ongeveer de helft van het bruto effect. Deze verhouding was bottom-up bepaald en is vergelijkbaar met verhoudingen uit andere studies.

We nemen hier de helft van het resultaat mee en corrigeren dit voor de groei tussen 2016 en 2021. Een deel van deze besparingen zouden nu namelijk geschaard worden onder de noemer 'juiste zorg' en 'gepast gebruik'. Bovendien is ketenzorg voor chronische patiënten al verder ontwikkeld sinds dit rapport, en sinds de onderzoeken die destijds gebruikt zijn.

Dat leidt tot ongeveer €850 miljoen aan substitutie van ziekenhuis- naar huisartsenzorg met een kostenfactor van 0,7. De substitutie van 3,7% van de uitgaven aan ziekenhuizen, leidt dan tot een groei van 15% van de uitgaven aan huisartsenzorg.

Andere sectoren waar volgens dat onderzoek ziekenhuiszorg naar toe gesubstitueerd kan worden, zijn paramedie (€260 mln), farmaceutische zorg (€200 mln), en wijkverpleging (75 mln).

5.3.2 Het Zorginstituut – Doelmatigheidspotentieel van substitutie van zorg in 2022

Hantering van onze definitie geeft een substitutiepotentieel van €670 miljoen

In het kader van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen heeft het Zorginstituut het financieel potentieel van substitutie van zorg voor 2022 in kaart gebracht (Zorginstituut, 2020).

Het Zorginstituut verstaat daaronder: het voorkomen, vervangen en verplaatsen van zorg naar de plek waar deze het meest doelmatig kan worden geleverd. Deze definitie is breder dan de door ons gehanteerde definitie, aangezien ook studies en praktijkvoorbeelden rondom Zinnige Zorg en de optimalisatie van zorgpaden zijn geïncludeerd⁴. Het Zorginstituut doet geen uitspraak over het

⁴ Hieronder valt onder meer ook het Verbetersignalement 'Stabiele angina pectoris' onder. De Rekenkamer heeft geconcludeerd dat de besparingen hieruit te hoog waren ingeschat (Rekenkamer, 2020). Deze stonden ingeboekt voor €191 miljoen van het oorspronkelijke besparingspotentieel, en zijn in onze bewerking niet overgenomen.

verschil tussen de kosten van zorg voor en ná substitutie. De gepresenteerde getallen zijn netto. Wij rekenen hier met de gemiddelde efficiëntiefactor van 0,71 die we in een vergelijkbaar onderzoek vonden (§5.3.1). De te substitueren zorg is dus ongeveer anderhalf maal het door het Zorginstituut genoemde bedrag.

Wanneer we de door ons gehanteerde definitie toepassen geeft dit een substitutiepotentieel van ongeveer €670 miljoen. Dit is als volgt verdeeld:

- 80% voor rekening voor substitutie van ziekenhuiszorg naar de 1^e lijn (4,6% van uitgaven aan ziekenhuiszorg).
- 20% door optimalisatie binnen de 1^e lijn (6,8% van uitgaven aan huisartsenzorg), voornamelijk door inzet van medicatie ter voorkoming van patiëntbezoeken aan de huisarts.

Het substitutiepotentieel op het gebied van digitale zorg nemen we niet mee. Deze schatting van ongeveer €50 miljoen is veel lager dan andere schattingen voor substitutie naar digitale zorg (§0). Waarschijnlijk komt dat omdat het Zorginstituut strenge inclusiecriteria hanteert voor de studies die zij meeneemt in haar schatting. Daarom heeft zij slechts twee pilots van digitale zorg meegenomen in haar schatting.

Het Zorginstituut geeft het substitutiepotentieel in de praktijk hoger of lager kan uitvallen. Niet alle projecten kunnen voor heel Nederland worden opgeschaald. Immers, dat ze in een bepaald gebied succesvol zijn, kan te maken hebben met specifieke omstandigheden in dat gebied. Het Zorginstituut corrigeert daarom theoretisch potentieel in haar studie met een factor 0,5-0,8.

5.3.3 SiRM - Zorggroeimodel bij ziekenhuizen

SiRM begeleidt meerdere strategische trajecten bij ziekenhuizen. Daarbij gebruiken we het SiRM Zorggroeimodel om de verwachte ontwikkeling van zorg in te schatten op basis van veranderingen in het aantal patiënten, de zorg per patiënt en de efficiëntie van geleverde zorg. De groei van het aantal patiënten is het saldo van demografische ontwikkelingen, incidentieverandering, substitutie en marktaandeel van een ziekenhuis.

Voor zes recente projecten was de factor substitutie gemiddeld 3,1% over een tijdshorizon van vijf jaar (Figuur 10). Dit is het gemiddelde van inventarisatie over poortspecialismen van ziekenhuizen. Bij enkele ziekenhuizen werd beduidend minder substitutie verwacht waarbij men aangaf dat de eerstelijns zorg niet meer zorg zou kunnen verwerken. Het gemiddelde van de vier andere ziekenhuizen is 4,0%.

Deze bevindingen voor algemene ziekenhuizen zijn niet zonder meer op te schalen. Ten eerste is het niet toepasbaar op complexere zorg (ongeveer 20% van de uitgaven aan ziekenhuiszorg). Ook binnen algemene ziekenhuizen betreft relatief 'lichte' patiënten. Daarom halveren we deze bevindingen voor aantallen patiënten alvorens het toe te passen op uitgaven aan zorg.



Figuur 10. Ziekenhuizen verwachten de komende vijf jaar gemiddeld 3,1% substitutie van aantallen patiënten, mede afhankelijk van verwachte mogelijkheden van eerste lijn om zorg over te nemen. Bron: SiRM projectervaring met SiRM Zorggroeimodel 2019-2021.

5.3.4 CPB, NZa, IQ – Extra substitutie bij Beatrixziekenhuis en Bernhoven.

Het Beatrixziekenhuis (Gorinchem) en Bernhoven (Uden) hebben sinds 2015 grote veranderprogramma's ingevoerd. De veranderprogramma's bevatten andere meerjarige aanneemsommen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en wegnemen van de productieprikkel van medisch specialisten. Hetzij door loondienst (Bernhoven), hetzij door in het verdeelmodel van het MSB de productieprikkel sterk te dempen (Beatrixziekenhuis). Mede hierdoor waren veel bottom-up initiatieven succesvol, waaronder samenwerking met en overdracht van patiëntenzorg naar huisartsen, ofwel substitutie. Beide ziekenhuizen werkten aan meer dan 50 initiatieven om de zorg te veranderen.

De resultaten van de veranderprogramma's zijn geëvalueerd door CPB, NZa en IQ Healthcare (CPB, 2020) (Radboudumc, IQ Healthcare, 2020). Zij concludeerden dat:

- De doelmatigheid meer is verbeterd dan in vergelijkbare ziekenhuizen.
- Er minder (intensieve) zorg is verleend.
- Er geen afwenteling van patiënten op andere ziekenhuizen heeft plaatsgevonden.
- Deze effecten niet ten koste gingen van kwaliteit van zorg.

Op basis van die onderzoeken vinden we dat de extra daling aan msz-zorguitgaven door substitutie bij Beatrixziekenhuis en Bernhoven respectievelijk 0% en 2% zijn. Dat betrof de periode 2013-2017. Opscaling voor langere periode is lastig.

- Enerzijds betreft dit mogelijk het 'laaghangend fruit' en zijn volgende substitutieprojecten lastiger te realiseren.
- Anderzijds waren beide ziekenhuizen in de onderzoeksperiode ook druk bezig met majeure reorganisaties en andere projecten. Nu die periode voorbij is, en men ervaring heeft met substitutie van zorg, kan er wellicht juist nog meer gesubstitueerd worden.

Bernhoven – Ruim 2% extra besparingen in onderzoeksperiode

De productie in Bernhoven daalde sneller dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Dit was het gevolg van afname van het aantal patiënten en minder intensieve behandelingen per patiënt. De initiatieven waren veel breder dan alleen substitutie, en bovendien zijn alle initiatieven waarschijnlijk nog niet volledig geïmplementeerd, en kunnen er meer volgen.

We proberen uit de resultaten van de onderzoeken die vooral kijken naar verschillende ontwikkeling ten opzichte van andere ziekenhuizen een schatting voor de potentie van de substitutie te destilleren. Daaruit concluderen we dat de extra substitutie die Bernhoven realiseert ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen leidt tot ongeveer 3% minder uitgaven in het ziekenhuis. Daarvan wordt minder dan een 1%-punt overgeheveld naar de huisartsenzorg. De totale uitgaven daalden dus met ruim 2% extra.

- De extra daling in productiewaarde (mediane prijzen) van Bernhoven ten opzichte van vergelijkbare ziekenhuizen van ongeveer 14%⁵ ging gepaard met ongeveer 6% extra daling van patiënten en totaal 12% extra daling van zorgvragen⁶. Het aantal klinische behandelingen nam bijvoorbeeld fors af. Een deel hiervan betreft mogelijk meer substitutie dan bij andere ziekenhuizen, maar een deel zal ook komen door gepast gebruik en zinnige zorg projecten en optimalisatie van de bedrijfsvoering. We gaan ervan uit dat de helft van de omzetsdaling komt door substitutie, wat immers vooral leidt tot minder patiënten. Die blijken bovendien niet of nauwelijks naar andere ziekenhuizen te gaan (het gevreesde 'waterbedeffect').
- Het CPB merkt op dat Bernhoven een uitgangssituatie had met relatief veel patiënten en relatief hoge kosten per patiënt. We schatten in dat grofweg een derde van het behaalde resultaat een inhaalslag betreft, en we zien twee derde als demonstratie van substitutie die anders niet was gerealiseerd.
 - Het aantal patiënten per 1000 inwoners in het adherentiegebied van Bernhoven daalde van 7 hoger (op 420) in 2013, naar 14 lager (370) dan bij controleziekenhuizen in 2017⁷. Dus ook absoluut gezien zijn er minder patiënten dan verwacht (waarbij is gecorrigeerd voor demografie).
 - Ook de omzet (mediane prijzen, gestandaardiseerd voor demografie) in het adherentiegebied is nu absoluut gezien lager; van circa €29 hoger naar circa €51 lager dan in werkgebieden van vergelijkbare ziekenhuizen.
- In dezelfde periode stegen de uitgaven aan huisartsenzorg meer dan in vergelijkbare gebieden. Dat betrof vooral de lange en telefonische consulten en de lange visites. Deze parameters zijn nu in het adherentiegebied hoger dan voor andere ziekenhuizen. (Dat gold overigens al voor de korte consulten). De daling van ziekenhuisuitgaven met circa €100 per inwoner tussen 2013 en 2017 ging volgens het CPB gepaard met een stijging van overige zvw-kosten van circa €16 per inwoner. Als we de daling voor ongeveer de twee derde aan

⁵ We gebruiken hier steeds het gemiddelde van het berekend effect (ruwe data) en het geschat effect (met diff-in-diff-analyse) van het CPB.

⁶ Tabel 5.1

⁷ Figuur 5.4

substitutie toerekenen, zijn de uitgaven voor gesubstitueerde zorg ongeveer een kwart van de uitgaven in het ziekenhuis. Aan het einde van de onderzoeksperiode werd jaarlijks €19 (2,9%) meer aan overige zvw-kosten uitgegeven dan in vergelijkbare gebieden.

Beatrixziekenhuis – Mogelijk optimum van substitutie bereikt

Op basis van het CPB-onderzoek, concluderen we dat het veranderprogramma van het Beatrixziekenhuis tot relatief weinig extra substitutie heeft geleid. Bovendien zijn de extra verschoven kosten vergelijkbaar aan de bespaarde ziekenhuiskosten. Het Beatrixziekenhuis is mogelijk de situatie van optimale substitutie dicht benaderd.

- De extra daling van de productiewaarde van het Beatrixziekenhuis bijna 10% wordt vooral veroorzaakt door vervanging van klinische behandelingen door dagbehandelingen⁸. Ook zijn enkele specifieke behandelingen zoals amandelen knippen en neusschotcorrectie minder vaak met opname uitgevoerd. Dit scharen we niet onder substitutie, maar onder optimalisatie binnen het ziekenhuis. Het Beatrixziekenhuis kreeg tussen 2013 en 2017 ongeveer even veel nieuwe patiënten als andere ziekenhuizen (1 tot 2% extra). Dit beeld geldt ook voor het gehele adherentiegebied van het Beatrixziekenhuis. Het CPB concludeert bovendien dat er geen waterbedeffecten zijn geweest.
- Er is toch wel wat extra substitutie geweest. Enkele productieparameters van huisartsen zijn namelijk wel meer gegroeid in het adherentiegebied van het Beatrixziekenhuis dan bij vergelijkbare ziekenhuizen. Dat betreft vooral de lange visites en telefonische consulten. Die namen bijna 6% extra toe. De overige zvw-kosten in het gebied stegen met circa €16 per inwoner. Daartegenover stond een daling van ongeveer €54 aan uitgaven voor ziekenhuiszorg. We gaan ervan uit dat hooguit een derde hiervan door substitutie komt (dat is ongeveer 1,3% van de uitgaven aan ziekenhuiszorg (incl. UMC's). Tegenover iedere Euro die uit het ziekenhuis wordt gesubstitueerd, stond dan ook ongeveer een Euro extra uitgaven aan overige Zvw-zorg zodat het netto effect klein is. Overigens kan het wel veel waarde hebben in termen van patiëntervaring en kwaliteit van zorg.

De resultaten voor substitutie door het Beatrixziekenhuis, lijken dus teleurstellend. Maar dat kan een paradox zijn. Mogelijk is het optimum van substitutie van zorg bijna bereikt, en zijn de marginale kosten van de zorg in het ziekenhuis en huisartsenzorg aan elkaar gelijk. Een aanwijzing hiervoor is dat de huisartsen relatief veel korte en lange visites uitvoeren (respectievelijk een kwart en een zesde meer dan landelijk gemiddeld).

5.3.5 CPB - Evaluatie Bernhoven en Beatrixziekenhuis opgeschaald naar landelijk nog 2% tot 4% substitutie haalbaar.

Hierboven bespraken we de ervaringen met brede inzet op substitutie van zorg in Bernhoven en Beatrixziekenhuis. De casestudie van het CPB keek vooral naar verandering ten opzichte van andere ziekenhuizen. Uit de evaluatie van beide ziekenhuizen, bleek niet alleen dat ze gedurende

⁸ Figuur 4.1

twee jaar meer dan andere ziekenhuizen hadden gesubstitueerd, maar ook dat in hun werkgebied er minder zorg geleverd wordt vergeleken met andere ziekenhuizen.

Bernhoven – Na twee jaar transitie bijna 2% onder landelijke gemiddelde

Aan het einde van het onderzoek, was het niveau van uitgaven in het werkgebied van Bernhoven jaarlijks €50 lager dan elders. Dat is 3,7% van de totale uitgaven aan ziekenhuiszorg (inclusief academische zorg). Daartegenover staat €16 meer aan uitgaven voor overige Zvw-zorg (voornamelijk huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg) dan in de adherentiegebieden van de controlegroep. Als we beide bedragen voor de helft aan substitutie en voor de helft aan zinnige zorg toerekenen, is het effect van substitutie 1,9% besparing op ziekenhuiszorg tegen een kostenfactor van 0,3.

Beatrixziekenhuis – Aanneمة dat 8% lagere msz kosten voor de helft door substitutie komt

Het werkgebied van het Beatrixziekenhuis is zowel de benchmark voor overige Zvw-kosten als voor ziekenhuiskosten. De gestandaardiseerde omzet in mediane prijzen voor ziekenhuiszorg in het werkgebied is €109 lager dan het gemiddelde voor vergelijkbare ziekenhuizen. Een deel daarvan komt door substitutie. Het is moeilijk in te schatten hoeveel. We gaan hier uit van de helft; het fors hogere aantal visites van huisartsen wijst erop dat zij zorg overnemen. Vergeleken met uitgaven van ongeveer €1350 per Nederlander aan ziekenhuiszorg, is dat 4,0% lager.

Die substitutie is overigens gerealiseerd zonder extra uitgaven aan huisartsenzorg. Het absolute niveau van de overige Zvw-kosten in het gebied namelijk ongeveer €41 lager dan het gemiddelde van de controleziekenhuizen.

5.4 GGZ

De afgelopen jaren is er al veel klinische ggz verschoven naar ambulante ggz. Mogelijk is nog wel extra substitutie te realiseren. We schatten dat op ruim €80 miljoen, en €490 miljoen als ook digitale zorg wordt meegenomen. De gemiddelde kostenfactor, inclusief digitale zorg, is 0,5.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-fac-tor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
ggz	digitale zorg	€ 411	11,1%	0,50	€ 206		McKinsey	5.8.2
ggz	sociaal domein	€ 89	2,4%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2

Tabel 10. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor geestelijke gezondheidszorg

De substitutie uit de ggz-sector bestaat vooral uit:

- Substitutie naar het sociaal domein tegen een kostenfactor van 0,6. Dat komt redelijk overeen met schattingen vanuit het perspectief van het sociaal domein zelf (§5.1).
- Digitale zorg (§5.8).

Een groot deel van de overige substitutie is de afgelopen jaren al gerealiseerd. Uit regionale verschillen van het aandeel dat ambulante geleverd kan worden volgt nog enige potentie van substitutie om de gerealiseerde beweging naar ambulantisering te voltooien. Dat betreft echter grotendeels verschuiving binnen het ggz-domein.

5.4.1 Een groot deel van 'Juiste Plek' in de ggz is de afgelopen jaren al gerealiseerd

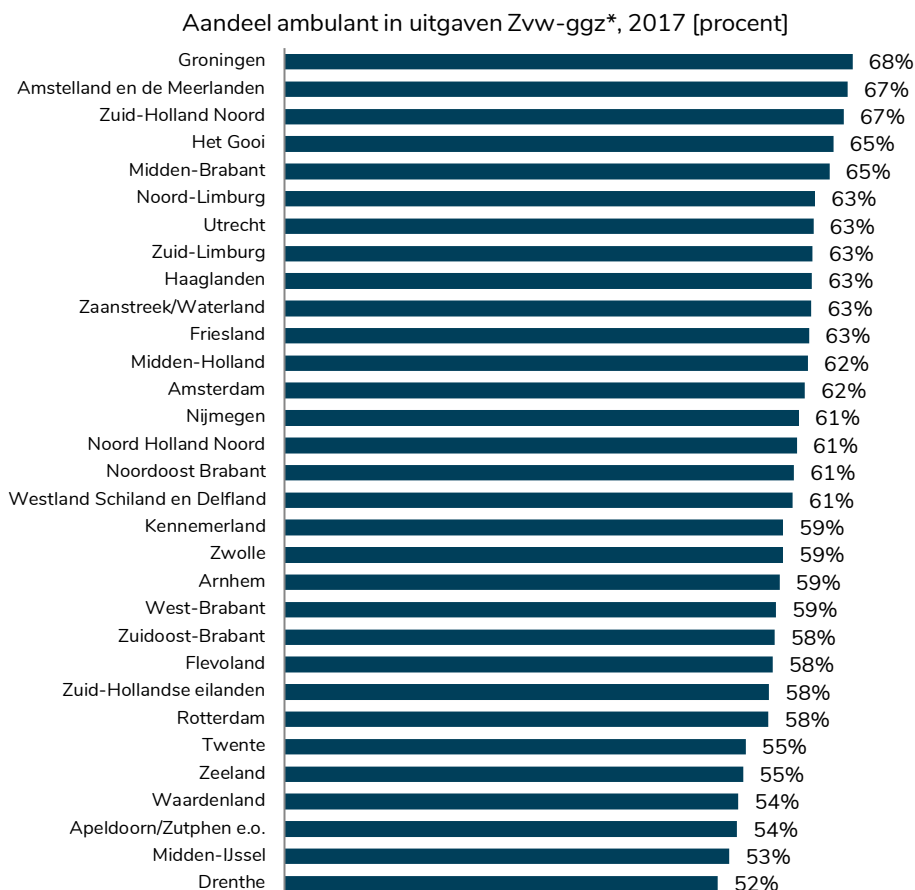
In de ggz is de afgelopen jaren veel zorg overgeheveld naar ambulante zorg en naar lichtere setting (Trimbos, 2019). In het algemeen concludeert het Trimbos instituut in 2019:

- Tussen 2012 en 2018 heeft een gestage afbouw plaatsgevonden van de klinische GGZ-voorzieningen met gemiddeld 4% per jaar.
- Het aantal plaatsen voor beschermd wonen is iets gedaald. Bovendien daalde het aandeel bij geïntegreerde instellingen en steeg het aandeel beschermd wonen bij RIBW's met bovendien relatief meer individuele woningen.
- De verschuivingen binnen de Zvw-gefinancierde zorg na de introductie van de Basis-ggz zijn gestabiliseerd. Het aantal cliënten in de gespecialiseerde ggz is gedaald terwijl de basis-ggz is gestegen.
- Steeds meer cliënten krijgen Wmo-gefinancierde begeleiding, doorgaans geboden vanuit een aparte voorziening voor (specialistische) begeleiding, maar ook vaak met een lokaal sociaal wijkteam (28%) of een FACT-team (31% van de aanbieders).
- De uitgaven voor POH-ggz in de huisartsenpraktijk beslaan in 2018 4,0% van de ggz-uitgaven (Zvw en Wlz), terwijl dat in 2015 nog maar 3,4% was; een groei van bijna 8% per jaar.

In ggz mogelijk nog ongeveer 2% substitutie naar ambulante zorg te behalen

In 2015 was gemiddeld 50% van de uitgaven voor ambulante zorg, in 2018 ruim 53% (Trimbos, 2019). Er zijn wel grote verschillen tussen zorgkantoorregio's; de uitgaven aan klinische zorg varieerden van 38% tot 63%. Dat heeft hoogstwaarschijnlijk te maken met de locatie van de

klinische capaciteit die in sommige gevallen meerdere regio's bedient. Hiervoor kunnen we grotendeels corrigeren door te kijken naar het aandeel ambulante zorg binnen de Zvw-zorg. In 2017 varieerde dat tussen de zorgkantorregio's van 52% tot 68%, met gemiddeld 60% (Figuur 11). Stel alle zorgkantorregio's met nu onder gemiddeld aandeel ambulante zorg, gaan naar het gemiddelde. Dat gaat het landelijk gemiddelde naar circa 62%, een stijging van 2%-punt. We gaan ervan uit dat dit vooral ambulantisering naar het sociaal domein betreft met een kostenfactor van 0,5.



Figuur 11. Variatie in aandeel ambulant tussen zorgkantorregio's bedraagt 16%-punt.

*aandeel ambulant Zvw = $(1 - \text{aandeel klinisch}) / (100 - \text{aandeel Wlz})$.

5.5 Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg

Wij schatten dat er potentieel €0,8 miljard aan zorg (voornamelijk ziekenhuiszorg §5.3) tegen €0,3 miljard als huisartsenzorg geleverd kan worden.

Uiteraard kan ook huisartsenzorg zelf gesubstitueerd worden; voor circa €190 miljoen naar het sociaal domein en farmaceutische zorg. De belofte van digitale zorg die huisartsenzorg vervangt is met zeer ruwe schatting van €470 miljoen (12%) groot.

Per saldo zou de huisartsenzorg met €150 miljoen groeien. Als huisartsenzorg erin slaagt om zorg naar digitale zorg te substitueren, resulteert een krimp van €320 miljard.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-factor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
huisartsen	digitale zorg	€ 720	18,0%	0,50	€ 360		McKinsey	5.8.2
huisartsen	digitale zorg	€ 640	16,0%	0,50	€ 320		Europese Commissie	5.8.3
huisartsen	digitale zorg	€ 320	8,0%	0,50	€ 160		Deloitte	5.8.4
huisartsen	digitale zorg	€ 200	5,0%	0,20	€ 40		PwC	5.8.5
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 268	6,7%	0,50	€ 137	2,9%	Zorginstituut	5.3.2
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 60	1,5%	0,50	€ 30	0,6%	Equalis (medicijnmonitor)	5.7.1
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 28	0,7%	0,60	€ 17	0,3%	SiRM (Next level zorg)	5.7.2
huisartsen	sociaal domein	€ 89	2,2%	0,67	€ 59	1,2%	SEOR	5.1.2
langdurig-pg	huisartsen	€ 64	1,6%	0,50	€ 32	0,8%	Diversen (dementie)	5.2.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 1.066	4,6%	0,50	€ 533	13,3%	Zorginstituut	5.3.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 924	4,0%	0,20	€ 185	4,6%	CPB (Beatrixziekenhuis)	5.3.5
ziekenhuizen	huisartsen	€ 849	3,7%	0,71	€ 606	15,2%	SiRM (Next level zorg)	5.7.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 808	3,5%	0,50	€ 404	10,1%	A. Hayen	5.5.2
ziekenhuizen	huisartsen	€ 623	2,7%	0,15	€ 94	2,3%	Jung et al.	5.5.3
ziekenhuizen	huisartsen	€ 462	2,0%	0,30	€ 139	3,5%	CPB (Bernhoven)	5.3.5
ziekenhuizen	huisartsen	€ 456	2,0%	0,50	€ 228	5,7%	SiRM (Zorggroeimodel)	5.3.3

Tabel 11. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor huisartsenzorg

- De huisartsenzorg kan capaciteit vrijspelen door zorg te substitueren, blijkt voornamelijk uit onderzoeken vanuit andere perspectieven:
 - Naar digitale zorg.
 - Naar eerstelijns farmaceutische zorg door negatieve effecten van foutief geneesmiddelengebruik te voorkomen.
 - Naar het sociaal domein door minder in te gaan op klachten vanwege welzijn.
- Onderzoeken vanuit het perspectief van huisartsenzorg laten zien dat huisartsenzorg kan bijdragen aan dempen van de kosten elders:
 - Shared savings afspraken leiden tot minder zorggebruik, ook in de tweede lijn
 - Aandacht voor Positieve Gezondheid leidt tot andere beslissingen met als neveneffect lagere uitgaven aan zorg
 - Onderzoek naar ‘anderhalvelijns’ zorg in Limburg duidt ook op mogelijke besparingen, al is dat niet gekwantificeerd.

Meer tijd voor de patiënt is vaak onderdeel van succesvolle substitutie; zowel van als naar huisartsenzorg. De huidige manier van organiseren van huisartsenzorg lijkt niet in staat om de potentie waar te maken zo blijkt uit onderzoeken en gesprekken.

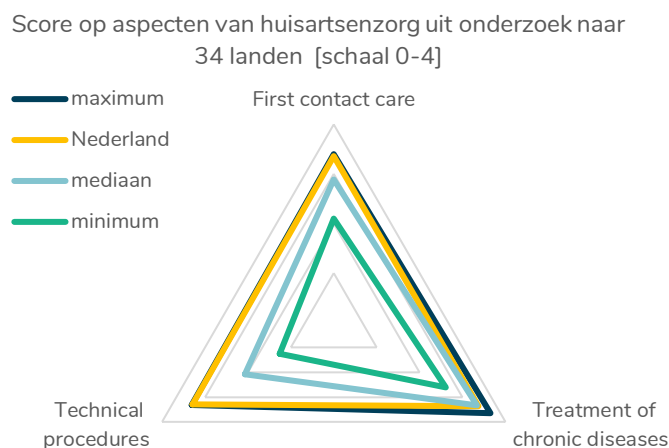
5.5.1 Majeure verandering van manier van werken in de huisartsenzorg lijkt noodzakelijk om substitutie op te vangen

Met de huidige manier van werken, lijkt de capaciteit en organisatiegraad van huisartsen- en multidisciplinaire zorg echter niet voldoende om de uit de ziekenhuis te verplaatsen zorg op te vangen.

- Er zijn geen 'quick wins'. De meest voor de hand liggende substitutie lijkt daarmee achter de rug.
 - Nederland loopt internationaal gezien voor op de inzet van eerstelijns zorg, zowel in uitgaven en in breedte van de huisartsenzorg.
 - Veel chronische patiënten zijn al geïncorporeerd in ketenzorgprogramma's.
- Voor de volgende golf is waarschijnlijk een majeure verandering van de manier van werken van de eerstelijns zorg nodig. De hiervoor benodigde organisatiegraad lijkt niet voldoende van de grond te komen. Dit blijkt uit diverse recente rapporten. Dat beeld wordt beaamd in de meeste interviews.

Nederland loopt internationaal gezien voorop met brede taak van huisartsen

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de huisartsenzorg in Nederland al sterk is. Wellicht dat er dus in Nederland minder potentieel voor substitutie naar de eerstelijns zorg is dan uit internationale onderzoeken. Uit een vergelijking van huisartsenzorg in 34 landen bleek dan Nederland relatief hoog scoort op de drie aspecten verrichtingen, consulten voordat patiënten specialistische zorg ontvangen, en management van chronische zorg (Figuur 12) (Schäfer, 2016). Hiervoor scoorde Nederland respectievelijk 3,3; 3,4 en 3,7 op een schaal van 1-4.

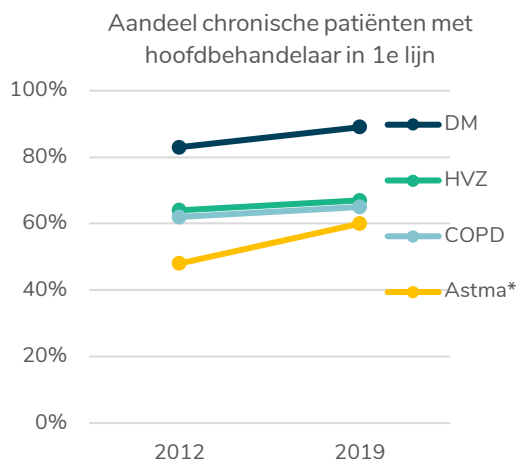


Figuur 12. Nederland scoort relatief hoog op breedte van de huisartsenpraktijken vergeleken met andere landen.

Aandeel geïncorporeerde chronische patiënten in ketenzorg al jaren stabiel

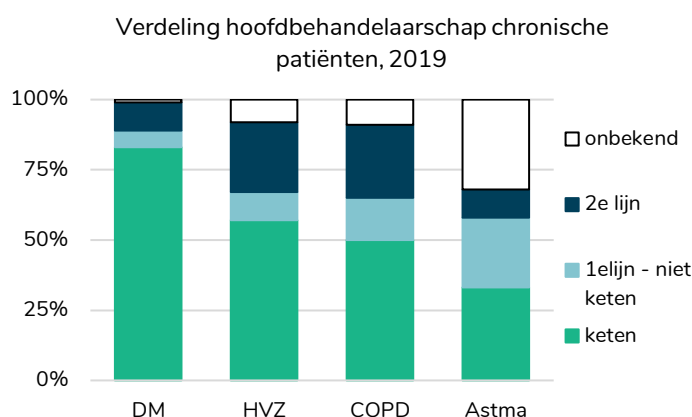
Uit de benchmark van ketenzorg van InEen blijkt dat al veel chronische patiënten zijn ingeschreven in ketenzorgprogramma's diabetes mellitus, vasculair risicomanagement, COPD en astma (InEen,

2020). Op basis van gegevens van ongeveer honderd zorggroepen, blijkt dat het aandeel patiënten in ketenzorg al jaren vrij stabiel is. Daarbij is astma een uitzondering, de ketenzorg daarvoor is dan ook korter geleden begonnen.



Figuur 13. Het aandeel chronische patiënten met hoofdbehandelaar in de eerstelijns zorg is al jaren vrij stabiel (bron: InEen benchmark van zorggroepen die samen ongeveer 88% van de Nederlanders zorg leveren). *voor astma is de start 2016.

Overigens is de huisarts ook hoofdbehandelaar voor veel patiënten die niet in ketenzorg zijn. Het lijkt erop dat er een stabiele situatie is ontstaan. Mogelijk is er nog winst te behalen bij de zorggroepen die niet meededen met de benchmark. Zij leveren zorg voor ongeveer 12% van de Nederlanders, maar voor die patiënten is de huisarts hoogstwaarschijnlijk vaak al de eerste behandelaar. Daarnaast zijn er nog verschillen van inclusie tussen zorggroepen, maar de spreiding is niet groot. Op basis van de figuren in het rapport InEen, schatten we dat het potentieel voor verdere inclusie van patiënten op 3%, 6% en 2% voor DM, HVZ en COPD respectievelijk. Voor astma schatten we ongeveer 15%-punt, als is die schatting moeilijker te maken vanwege de scheve verdeling. Bovendien is daar mogelijk meer potentie aangezien de hoofdbehandelaar voor bijna een derde van de patiënten onbekend is.



Figuur 14. Een groot aandeel van de chronische patiënten is al geïncludeerd in eerstelijns ketenzorgprogramma's (bron: InEen benchmark zorggroepen)

Ondersteuning en Infrastructuur is al jarenlang een thema, maar nog niet op orde

Uit de 'mid term review' van het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg (Rebel, 2020) en uit de recente monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg van de NZa (NZa, 2021) blijkt dat O&I van huisartsenzorg achterblijft. Voor een verkennend onderzoek naar O&I (SiRM en CommonEye, 2014) schatten wij dat om alle taken van O&I goed uit te voeren, de uitgaven aan O&I ongeveer 15% tot 19% bedragen. Volgens de NZa was dat in 2020 ongeveer €10 per verzekerde per jaar, ofwel ruim 4% van de uitgaven aan huisartsen- en multidisciplinaire zorg (NZa, 2021). Wellicht werden in de eerdere schatting ook kosten meegenomen die nu onder de huisartsenpraktijk vallen, of gedekt worden uit niet meegenomen subsidies. Het algemene beeld blijft echter dat de O&I voor huisartsen- en multidisciplinaire zorg nog niet op het gewenste niveau is. De uitgaven aan O&I zijn sinds 2018 met ongeveer 25% gestegen, terwijl de totale uitgaven aan huisartsenzorg in dezelfde periode met ongeveer 15% zijn gestegen. Dit duidt erop dat er mogelijk een inhaalslag wordt gemaakt.

Er is een tekort aan huisartsen, zeker in sommige gebieden

Er lijkt onvoldoende capaciteit in de huisartsenzorg om de zorg te kunnen leveren. Dit is mede te zien aan de onderuitputting van het budgettair kader huisartsenzorg (NZa, Monitor contractering huisartsenzorg 2020, 2020). Deze tekorten zullen nog pregnanter zijn na substitutie van zorg. Hierdoor kan niet altijd de 'juiste zorgverlener' de juiste zorg leveren. Door meer zorgverleners op te leiden kan er meer zorg geleverd worden. Dit zal wel pas over een aantal jaar leiden tot meer capaciteit. Op kortere termijn zou dit ook kunnen door het voor de huidige zorgverleners aantrekkelijker te maken om meer uren te werken.

In 2018 kwamen onderzoekers van het Nivel en van Prismant tot de conclusie dat er een aanbiedersmarkt voor waarnemers is, en dat het praktijkhouderschap door starters als niet aantrekkelijk wordt beschouwd (Nivel & Prismant, 2018). Gelet op de grote vraag naar huisartsenzorg, zijn er sterke zorgen over de bemensing van huisartsenpraktijken en de opvolging. Dit betekent dat er een disbalans is tussen vraag en aanbod op landelijk niveau, maar dit kan groter zijn voor de regio's waar de uitstroom van huisartsen relatief hoog is of waar de instroom van het aantal fte per huisarts relatief laag is, door bijvoorbeeld veel huisartsen die in deeltijd werken.

5.5.2 Shared savings bij huisartsenpraktijken leidde tot 3,5% minder msz-uitgaven

Arthur Hayen promoveerde in 2018 op onderzoek naar shared savings bij huisartsenpraktijken (Hayen A. , 2018). De zorgverzekeraar Menzis en de huisartsenzorgaanbieder Arts en Zorg (AEZ) spraken af dat:

- Huisartsen worden beloond voor besparingen op totale zorgkosten, dus ook zorgkosten die buiten de eigen praktijk worden gemaakt.
- Het verschil tussen de gerealiseerde en verwachte zorgkosten (berekend met de historische kosten en de regionale groei) wordt gedeeld. Het deel voor de huisarts hangt af van de kwaliteit van zorg.

De deelnemende huisartsenpraktijken leveren al na een jaar 3,5% minder zorg. Dat ging niet gepaard met risicoselectie en ging niet ten koste van de overall kwaliteit, noch van de patiënttevredenheid. Circa 80% van de besparingen kwam door minder uitgaven aan medisch specialistische zorg (€12 per kwartaal, 3,5%). Een belangrijke drijver daarvan was dat Menzis gegevens over zorguitgaven (prijs en volume) met de huisartsen deelde. Overigens bleek dat het effect hiervan iets wegebe de gedurende het onderzoeksjaar. De besparingen in huisartsenzorg (€2,4 per kwartaal, 4,9%) kwamen vooral door zorgmijders te excluderen van zorgprogramma's. Uitgaven aan diagnostiek namen iets af, terwijl die aan geneesmiddelen juist iets toenamen.

5.5.3 Aandacht voor Positieve Gezondheid vermindert verwijzingen en leidt tot circa 1,5% minder msz uitgaven door substitutie

De huisartsenpraktijk Afferden werkt met de filosofie van Positieve Gezondheid (Jung, et al., 2018). Daarbij ligt het accent niet op ziekte, maar op mensen zelf, op hun veerkracht en op wat hun leven betekenisvol maakt. De huisarts helpt de patiënt de juiste zorg te vinden. Belangrijk daarvoor is dat meer tijd beschikbaar is. Daarom werd de praktijk uitgebreid, van 2500 naar 1800 ingeschrevenen per fte huisarts. De kosten voor de extra 0,4 FTE werden gedragen door de zorgverzekeraar VGZ. Met VGZ werd ook voor 2016 en 2017 een aanneemsom afgesproken, zodat de inkomsten niet afhingen van de specifieke verrichtingen. Dit leidde tot 25% minder verwijzingen naar de tweedelijns zorg. Dit werd vooral gerealiseerd door voldoende tijd om met de patiënt in gesprek te gaan over wat de meest passende behandeling is en of een medische verwijzing daarbij zou passen.

De geschatte impact van uitgaven aan tweedelijns zorg was €0,5 miljoen per jaar voor de 2750 ingeschrevenen (dat is ongeveer 12%) (Jung, Laurant, & Van Asten, 2019). Dat kwam grotendeels door in te zetten op zinnige zorg en 'verwijzing' naar het sociaal domein, en de rest door substitutie van zorg. Het is aannemelijk dat ongeveer een derde (dus 4%) door substitutie van tweede- naar eerstelijns zorg komt. De extra uitgaven voor de nieuwe manier van werken zijn ongeveer €40.000 (0,4 FTE x 113.000 (kosten hidha volgens kostenonderzoek 2015)). Als we daarvan ook een derde aan substitutie toerekenen, is de efficiëntiefactor ongeveer 0,1. Het is niet duidelijk hoeveel huisartsenzorg voorkomen kon worden door naar het sociaal domein te verwijzen.

De initiatiefnemers concludeerden dat er nog veel barrières zijn om deze aanpak op te schalen, zelfs in het eigen gebied (Jung, Laurant, & Van Asten, 2019): Zorgverzekeraars wilden juist meer zorg uit laten voeren in het nabijgelegen ziekenhuis om dat levensvatbaar te houden en de gemeente bespaarde op het sociaal domein.

5.5.4 Maastricht University - Anderhalvelijns zorg in Limburg ondersteunt verwachtingen

Uit de evaluatie van proeftuinen van substitutie van zorg in Limburg, bleken positieve resultaten (Maastricht University, 2019). Deze pilots waren in het algemeen positief of neutraal voor diverse aspecten van gezondheid en tevredenheid van patiënten. Ook de ervaringen van zorgprofessionals zijn in het algemeen positief. Ze leiden hoogstwaarschijnlijk tot lagere uitgaven aan zorg, al is nog niet duidelijk hoeveel. Substitutie-effecten blijken moeilijk aan te tonen.

Het onderzoek richt zich op de inzet van medisch specialisten en gespecialiseerde huisartsen dan wel kaderhuisartsen in de eerstelijnssetting – ook wel anderhalvelijnscentrum genoemd. Huisartsen verwijzen laagrisicopatiënten met laagcomplexere klachten door naar het anderhalvelijnscentrum, waar deze specialisten op basis van één of twee consulten een behandeladvies geven aan de huisarts. De patiënt blijft onder regie van de huisarts en de specialisten worden als inhoudelijk deskundigen ‘ingehuurd’. Maastricht University onderzoekt de Stadspoli’s (onderdeel van ‘Blauwe zorg’) en het PlusPunt Medisch Centrum (onderdeel van “Mijnzorg”). Beide anderhalvelijnscentra bestaan sinds 2014. Voor beide pilots concluderen de onderzoekers dat de gemiddelde zorgkosten significant lager liggen dan de zorgkosten voor een patiënt die is verwezen naar reguliere ziekenhuiszorg. Dit geldt voor zowel de initiële kosten als voor de vervolgcosten gemeten tot en met twaalf maanden. Binnen sommige specialismen lijkt er substitutie van zorg plaats te vinden op regionaal niveau ook wanneer dit wordt vergeleken met de landelijke trend, maar in het algemeen is substitutie moeilijk aan te tonen.

5.6 Paramedische zorg

Onder paramedische zorg valt fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek. De schatting voor substitutie naar paramedische zorg bedraagt €120 miljoen waartegen voor €180 miljoen aan ziekenhuiszorg vermeden kan worden.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-factor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
ziekenhuizen	paramedie	€ 258	1,1%	0,75	€ 192	4,9%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1
ziekenhuizen	paramedie	€ 100	0,4%	0,55	€ 55	1,4%	Equalis (fysio-/oefenth.)	5.6.2

Tabel 12. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor paramedische zorg

Een deel van de inzet van paramedische zorg is voor eerstelijns ketenzorg zoals voor COPD en diabetes. Die zorg valt onder multidisciplinaire zorg die via zorggroepen van huisartsenzorg wordt gecontracteerd.

Voor substitutie naar paramedische zorg vonden we twee onderzoeken:

- Recent onderzoek naar substitutie van ziekenhuiszorg naar fysio- en oefentherapie voor vier behandelingen.
- Eerder onderzoek naar zorg brede substitutie kwam op een iets hoger bedrag (§5.3.1).

Substitutie naar paramedische zorg lijkt moeizaam tot stand te komen. De brancheorganisatie spant zich in om deze beweging te versnellen.

5.6.1 Brancheorganisatie spant zich in om waarde van substitutie te onderbouwen.

De belangrijkste belemmering van substitutie naar paramedische zorg is de twijfel bij zorgverzekeraars of het effectieve zorg betreft, aansluiting van medici en paramedici en het eigen risico voor patiënten. Deze problemen werden met recent onderzoek in opdracht van de KNGF geadresseerd.

Ecorys concludeerde recent op basis van literatuurstudie dat er voor 27 van 39 onderzochte aandoeningen veel positief bewijs voor de effectiviteit is (Ecorys, 2020). Bij vijf van deze aandoeningen (artrose knie, claudicatio intermittens ziekte van Parkinson, hartfalen en chronische nekpijn) zijn tevens aanwijzingen voor kosteneffectiviteit. Voor de meeste andere aandoeningen is niet tot nauwelijks onderzoek naar de kosteneffectiviteit gedaan, waarbij gebrek aan geschikte data of beperkte inzage in (alternatieve) zorgkosten mogelijk een rol speelt.

AEF onderzocht zorgverplaatsing naar de paramedische sector (AEF, 2019). De mogelijkheden daarvoor zien zij vooral in verplaatsing van de ziekenhuiszorg naar paramedische zorg. Zij concluderen dat opschaling traag gaat vanwege bewijsvoering, financiële mogelijkheden en aansluiting tussen medici en paramedici, die vaak onvoldoende sterk regionaal georganiseerd zijn.

5.6.2 Equalis – fysio- en oefentherapie kunnen uitgaven in de msz voorkomen

In opdracht van de KNGF onderzocht Equalis het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet van fysio- en oefentherapie (Equalis, 2021). Er zijn vier aandoeningen onderzocht: COPD, voorste kruisbandletsel, degeneratief meniscusletsel, coronair lijden, en ziekte van Parkinson. Het

gemiddelde van laag (€67 mln) en hoog scenario (€131 mln) komt op €100 miljoen minder medisch specialistische zorg waarvan circa €55 miljoen wordt uitgegeven aan fysio- en oefentherapie.

De onderzoekers geven aan dat de besparingen uitgaan van het ideale zorgpad. Daarvoor moeten nog drempels worden weggenomen, en moet de aanspraak op paramedische zorg in de basisverzekering worden verruimd. In de 'disclaimer' bij het onderzoek geeft Equalis bovendien aan dat de effectiviteit van de behandeling an sich niet is onderzocht.

5.7 Farmaceutische zorg

De zorgfunctie van openbaar apotheken kan (acute) opnames en bijwerkingen door verkeerd geneesmiddelengebruik voorkomen. Daarmee zou circa €330 miljoen aan Zvw-uitgaven vermeden kunnen worden, waarvan ongeveer driekwart op ziekenhuiszorg en een kwart op huisartsenzorg. Daar zou ongeveer €130 miljoen aan uitgaven aan farmaceutische zorg tegenover staan.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-factor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 274	6,8%	0,50	€ 137	2,9%	Zorginstituut	5.3.2
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 60	1,5%	0,50	€ 30	0,6%	Equalis (medicijnmonitor)	5.7.1
huisartsen	farmaceutische zorg	€ 28	0,7%	0,60	€ 17	0,3%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 240	1,0%	0,30	€ 92	1,9%	SiRM, (Openbaar apoth.)	5.7.2
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 240	1,0%	0,30	€ 48	1,0%	Equalis (medicijnmonitor)	5.7.1
ziekenhuizen	farmaceutische zorg	€ 199	0,9%	0,38	€ 76	1,6%	SiRM (Next level zorg)	5.3.1

Tabel 13. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor farmaceutische zorg

De uitgaven voor farmaceutische zorg bestaan naast de inkoopkosten voor geneesmiddelen, uit de kosten voor de distributie en terhandstelling van de geneesmiddelen. De openbare apotheek heeft ook een zorgfunctie. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat door zorgvuldige reviews van geneesmiddelengebruik, kosten elders in de keten kunnen worden voorkomen. Dit werd geconcludeerd op basis van:

- Praktijkervaring bij een apotheekketen.
- Diverse onderzoeken naar belasting van acute zorg door foutief geneesmiddelgebruik.

Ook vanuit ander perspectief bleken mogelijkheden voor substitutie naar eerstelijns farmaceutische zorg:

- Het Zorginstituut (§5.3.2) vond veel potentie voor overheveling van huisartsenzorg naar farmaceutische zorg.
- Het onderzoek 'next level gezondheidszorg' van SiRM (§5.3.1) vond enkele jaren eerder minder voorbeelden.

Deze potentie is waarschijnlijk het beste te realiseren door de bekostiging te veranderen van bekostiging per verstrekt geneesmiddel naar bekostiging voor farmaceutische zorg, bijvoorbeeld met een abonnementstarief (SiRM, 2018).

5.7.1 Equalis – Uit praktijk blijkt dat goede farmaceutische zorg zorgkosten dempt

Goede farmaceutische patiëntenzorg kan een forse bijdrage leveren aan de kwaliteit van de gezondheidszorg, de beleving van patiënten en de beheersing van de zorgkosten. Equalis schatte dat op basis van praktijkervaring van BENU, ruim €300 miljoen bespaard kan worden waarvan 80% in ziekenhuiszorg en 20% in eerstelijns zorg (voornamelijk huisartsen) (Equalis, 2018). Om dat te realiseren zou ongeveer €130 miljoen moeten worden toegevoegd aan de uitgaven voor eerstelijns apotheken. De gemiddelde kostenfactor is 0,3.

5.7.2 SiRM – zorgvuldige controle geneesmiddelengebruik verlaagt gebruik acute zorg

Andere onderzoeken verwachten dat 4% tot 8% van de acute zorg wordt voorkomen met zorgvuldige controle van geneesmiddelengebruik (zie verwijzingen in (SiRM, 2018)). Gezamenlijk is dit ruim 1% van de ziekenhuiszorg. We hanteren de gemiddelde kostenfactor van 0,3 die volgt uit het Equalis onderzoek.

Populatiebesteding op basis van ingeschreven patiënten past daar beter bij dan betaling per verstrekt geneesmiddel. Dit concludeerde SiRM in een onderzoek naar besteding van eerstelijns farmaceutische zorg in opdracht van de KNMP (SiRM, 2018).

5.8 Digitale zorg

Op basis van vier onderzoeken schatten we dat met €1,1 miljard uitgaven aan digitale zorg met een substitutiekarakter (zie §3.1.3), ten minste €2,5 miljard aan uitgaven van de Zvw kan worden bespaard, waarvan ongeveer €1,5 miljard in ziekenhuiszorg. Deze schatting is overigens zeer onzeker. We moesten veel aannames doen om verkennende onderzoeken naar digitale zorg voor Nederland toe te passen. Het betreft naast ziekenhuiszorg ook ggz en huisartsenzorg. Ook voor langdurige zorg worden besparingen door digitale zorg verwacht.

Van sector	Naar sector	Uit (mln)	Uit (%)	k-factor	Naar (mln)	Naar (%)	SiRM bewerking van bron	§
ggz	digitale zorg	€ 411	11,1%	0,50	€ 206		McKinsey	5.8.2
huisartsen	digitale zorg	€ 720	18,0%	0,50	€ 360		McKinsey	5.8.2
huisartsen	digitale zorg	€ 640	16,0%	0,50	€ 320		Europese Commissie	5.8.3
huisartsen	digitale zorg	€ 320	8,0%	0,50	€ 160		Deloitte	5.8.4
huisartsen	digitale zorg	€ 200	5,0%	0,20	€ 40		PwC	5.8.5
langdurig-pg	digitale zorg	€ 51	1,3%	0,50	€ 26		McKinsey	5.8.2
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.847	8,0%	0,50	€ 924		Deloitte	5.8.4
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.847	8,0%	0,50	€ 924		Europese Commissie	5.8.3
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.259	5,5%	0,50	€ 630		McKinsey	5.8.2
ziekenhuizen	digitale zorg	€ 1.154	5,0%	0,20	€ 231		PwC	5.8.4

Tabel 14. Door SiRM bewerkte onderzoeken om substitutie te schatten voor digitale zorg

We baseren onze schattingen op vier onderzoeken. Alle vijf onderzoeken zijn verkennend van aard en geven zelf geen expliciete schatting voor digitale zorg met substitutiekarakter zoals wij dat hier in kaart brengen:

- Toepassing van internationaal onderzoek naar digitale zorg in Nederland op basis van opschaling van ervaringen uit literatuur en initiatieven door McKinsey.
- Vertaling van bevindingen van de Europese Commissie voor Duitsland en Frankrijk naar de Nederlandse situatie.
- Schatten van het aandeel van digitale zorg in de ziekenhuiszorg op basis van een onderzoek van Deloitte met scenario's voor de totale marktomvang van digitale zorg.
- Door PwC geschatte opbrengsten van mHealth.

De oorspronkelijke hooggespannen verwachtingen over de impact van digitalisering van zorg zijn de afgelopen jaren getemperd (SER, 2020). De Nederlandse zorg is, vergeleken met de rest van Europa, weliswaar relatief ver met digitalisering, maar het tempo van uitrol van digitalisering is veel lager dan in andere sectoren van de economie. Veel geïnterviewden en rapporten gaan ervan uit dat digitale zorg binnenkort zal doorbreken, mede vanwege ervaringen tijdens de coronapandemie.

5.8.1 Meer tempo maken voor digitale zorg is nodig

Ondanks de krappe arbeidsmarkt voltrekt de digitale revolutie in de zorg zich langzaam (VNO-NCW, 2020). De overtuiging dat digitalisering veelbelovend is, wordt nog steeds breed gedeeld, maar de adoptiesnelheid in de zorgsector is beduidend trager dan elders. In de preventie, curatieve en langdurige zorg is nog weinig sprake van disruptie.

Volgens VNO-NCW kunnen vier hoofdlijnen helpen bij meer tempo:

- Doorbreken van de not-invented-here cultuur.
- Realiseren van belangrijke randvoorwaarden voor opschaling.
- Ontschotten van zorg en stimuleren integrale zorg.
- Transformeren en anders organiseren door te investeren in mensen en middelen.

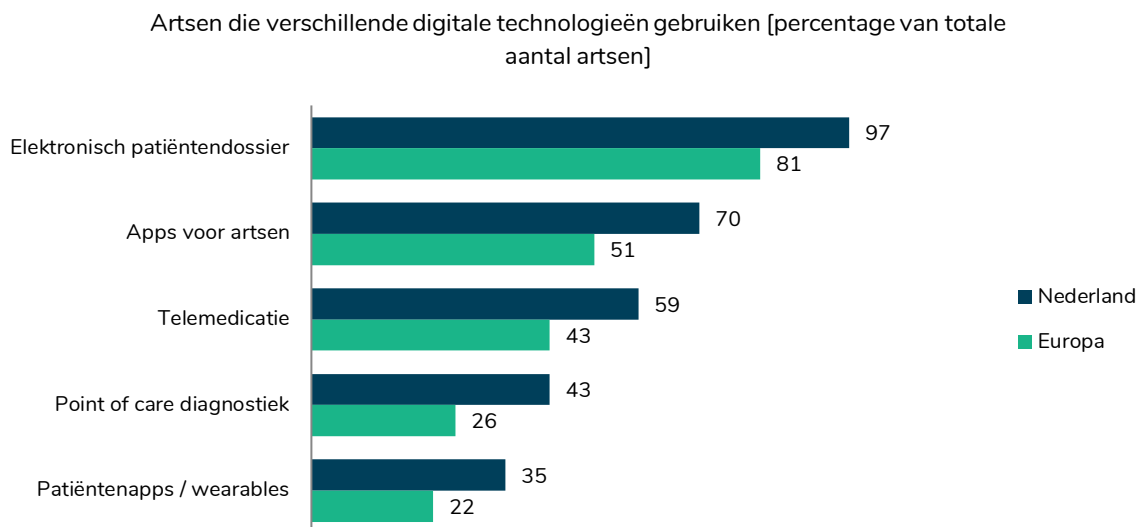
Onze bevindingen sluiten daarbij aan, en bespreken we daarom langs die hoofdlijnen.

Not-invented here cultuur

Een belangrijke barrière voor opschalen van digitale zorg is dat zorgaanbieders en zorgverleners elders bewezen concepten opnieuw gaan uitvinden. Jarenlange praktijkervaring in een ziekenhuis wordt daardoor niet effectief elders ingezet. Wellicht helpt het als er op landelijk niveau gekozen wordt voor een beperkt aantal systemen waar ziekenhuizen uit kunnen kiezen, gepaard met een doel om een bepaalde manier van digitale zorg binnen een bepaalde periode te implementeren.

Randvoorwaarden voor opschaling - gegevensuitwisseling

Er wordt hard gewerkt aan het realiseren van de randvoorwaarden, zowel in de eerste- als tweedelijns zorg. Er is dus een goede vertrekpositie. Nederlandse ziekenhuizen zijn, vergeleken met ziekenhuizen elders in Europa vrij ver met het gebruik van zorg specifieke ICT-systemen. Nederland kent relatief veel ziekenhuizen met hoog niveau van digitalisering volgens de HIMMS-classificatie (Figuur 15)



Figuur 15. Nederland loopt in Europa voorop met digitalisering (Bron: Deloitte 2019)

Om integrale zorg te stimuleren is tijdige uitwisseling van gegevens belangrijk. Dit bleek een van de succesfactoren van integrale zorg in de 'Alternative Quality Contracts' in de Verenigde Staten.

In verschillende landen binnen de EU bestaat de mogelijkheid om data tussen gezondheidszorgmedewerkers uit te wisselen. Dit kan doordat zij gebonden zijn aan hun beroepsgeheim. In deze landen (bijvoorbeeld Denemarken) staat de toezichthouder het toe om voor bepaalde doeleinden, zoals het stellen van een medische diagnose, deze gegevens uit te

wisselen (Bird & Bird, 2021). In Nederland is recent het Wetsvoorstel Elektronische gegevensuitwisseling in de zorg naar de Tweede Kamer gestuurd (Tweede Kamer, 2021). Dit biedt voor zover wij kunnen beoordelen de mogelijkheid om deze uitwisseling van gegevens in bepaalde processen ook mogelijk te maken.

Voor digitale zorg is ook de real-time informatie-uitwisseling van belang. Voor zover wij kunnen beoordelen kan dit op dit moment alleen indien de patiënt hier expliciet toestemming voor geeft. Wanneer het in Nederland eenvoudiger wordt om digitaal, real-time gegevens uit te wisselen, kan digitale zorg een sterkere vlucht nemen.

Randvoorwaarden voor opschaling – vergoeding van digitale zorg (mogelijk zoals in Duitsland)

Een andere belangrijke randvoorwaarde is dat digitale zorg goed vergoed wordt. Volgens de NZa (NZa, 2020): “Een toepassing is dus op zichzelf meestal geen zorg in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dat betekent dat zorgaanbieders de kosten die zij maken voor deze digitale zorgtoepassingen in de regel niet los kunnen declareren naast de prestaties voor de geleverde zorg. Zij moeten dit terugverdienen als onderdeel van de tarieven voor de zorg.” In de tarieven is ruimte opgenomen om te innoveren. [...] Voor digitale zorg die niet past in bestaande zorgprestaties kunnen aanbieders een beroep doen op de beleidsregel ‘Innovatie voor kleinschalige experimenten’. Deze beleidsregel biedt de mogelijkheid om drie jaar (en in sommige gevallen 5 jaar) een kleinschalig experiment uit te voeren met een innovatieve vorm van zorg.” Risico voor de zorgaanbieders is dat na de experimenteerperiode, de bekostiging vervalt.

Met het programma “Zelfzorg Ondersteund!”, ook wel “ZO!” worden patiënten getraind en ondersteund in ‘selfmanagement’ van hun chronische aandoening met digitale zorg. Onderzoekers schatten een social return on investment gedurende vijf jaar van 4,9 maal de investeringen (Talboom-Kamp, Ketelaar, & Versluis, 2021). Probleem is wel dat de investeringen in tijd en geld van huisartsenpraktijken, niet vergoed worden. De geldbaten vallen vooral bij zorgverzekeraars.

In Duitsland kunnen artsen sinds eind 2019 digitale zorg voorschrijven. Die wordt vervolgens door het ziekenfonds vergoed conform het Digitale Versorgungs Gesetz (DVG). Men verwacht dat dit de ontwikkeling en inzet van apps voor gezondheid bevordert. Dat betreft apps voor zelfbehandeling door patiënten, voornamelijk voor chronische aandoeningen waaronder psychische problemen, diabetes, longziekten, en cardiovasculaire aandoeningen.

McKinsey schat de besparingen van de DVG voor Duitsland op €3,4 miljard, ofwel circa 1% (McKinsey, 2020b). In 2017 schatte IQVIA op basis van bijna 500 gepubliceerde studies naar clinical evidence van apps, dat apps voor deze patiëntengroepen 1% van de zorgkosten zou besparen in de VS (IQVIA, 2017).

Met de nieuwe wet (DVG) ontstaan ook meer verdienmodellen voor ontwikkelaars van apps (McKinsey, 2020b): „Der Markt ist insgesamt also durch eine starke Diskrepanz gekennzeichnet: Die geradezu explodierende Entwicklung bei Angebot von und Nachfrage nach Gesundheits-Apps kontrastiert mit dem (häufig) ausbleibenden wirtschaftlichen Erfolg aufseiten der Anbieter. Diese mangelnde Monetarisierung und Vergütung hemmen die inhaltliche und technische Weiterentwicklung der Apps – nicht zuletzt in Deutschland.“

Transformeren in plaats van enkel huidige processen digitaliseren

Transformatie blijft nog achterwege. Zo stelt bijvoorbeeld de NHG als voorwaarde dat eHealth is ingebed in de bestaande arts-patiënt relatie. Er is daardoor eerder sprake van inzet van digitale middelen gegeven de huidige manier van zorg leveren, dan van daadwerkelijke digitale zorg.

Enkele voorbeelden daarvan zijn:

- De digitale triage met de applicatie moetiknaardedokter.nl doorloopt dezelfde vragen als anders per telefoon bij de HAP zouden zijn gesteld.
- Zelfhulp met bijvoorbeeld thuisdokter.nl is de facto een uitgebreidere versie van de papieren 'medische gezinsencyclopedie' met stroomschema voor klachten en informatie over ziekten.

Er zijn ook voorbeelden van anders organiseren van zorg door digitalisering:

- Met apps zoals Luscii kan zorg we degelijk anders georganiseerd worden. Bijvoorbeeld door thuis te monitoren zodat opname in een ziekenhuis niet nodig is. Het bekendste voorbeeld daarvan betreft de thuisbehandeling van Covid-19 patiënten zoals bijvoorbeeld door het OLVG georganiseerd.
- Recent zijn wel enkele 'digital first' huisartsenpraktijken gestart zoals DocLine en Quin.md. Mogelijk levert dit alsnog disruptie en kan het helpen om huisartsentekorten op te lossen, zoals onlangs bij een praktijk in Barger-Compascuum in Drenthe.

De impact van digitale zorg kan overigens ook zijn dat er juist meer zorg wordt geleverd (Rahimi, 2019). Alhoewel nieuwe technologie (waaronder ook geneesmiddelen) een belangrijke kostendrijver van zorg is, hoeft dat voor digitale zorg niet op te gaan. Immers, digitale zorg richt zich vooral op nieuwe manieren van organiseren van zorg, en (nog) niet zozeer op nieuwe behandelingen. Lagere zorgkosten door digitale zorg hoeft niet direct tot lagere uitgaven te leiden. De consumptie van zorg zou daardoor juist toe kunnen nemen.

Ontschotten van zorg en stimuleren integrale zorg

Een groot deel van de baten van digitale zorg valt buiten de zorg, dat is des te meer reden om erin te investeren bij een ruim begrip van 'ontschotting'.

OPEN is het vierjarig versnellingsprogramma van InEen, LHV en NHG om huisartsen te helpen bij het veilig online delen van medische gegevens met hun patiënt. De maatschappelijke opbrengsten van een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) zijn volgens een MKBA in opdracht van OPEN in vrijwel alle scenario's positief (Gupta Strategists, 2021) (Vital Innovators, 2019). Maar de business case voor een huisartsenpraktijk is dat niet. Zij moeten vooral tijd investeren om met een pgo te leren werken, en om de gegevens up to date te houden. Bovendien zijn de maatschappelijke baten volgens de MKBA voornamelijk indirecte baten zoals minder ziekteverzuim, minder instroom in de WIA, lagere uitgaven voor ziekenhuiszorg door zelfmanagement, en een lager beroep op de Wmo door meer zelfredzaamheid.

5.8.2 McKinsey onderzoek naar digitale zorg in Nederland

Recent publiceerde McKinsey een onderzoek naar digitale zorg in Nederland (McKinsey, 2020). Daarin wordt de bruto impact van digitalisering op de Nederlandse zorg geschat op €18 miljard

per jaar in 2030 voor msz, ggz, eerstelijns en langdurige zorg. Naar verwachting wordt de helft daarvan besteed om de digitale zorg te leveren. Het netto effect is dan ongeveer 9% van de uitgaven aan zorg. Deze schattingen zijn gebaseerd op analyse van ruim 500 wetenschappelijke artikelen met bewezen werkzame digitale zorg. Het betreft internationale onderzoeken die zijn toegepast op de Nederlandse volumes en uitgaven aan zorg.

Een deel van deze besparingen scharen wij onder JZOJP en substitutie:

- Voor de helft meegenomen (zie verder):
 - Geïntegreerd EPD.
 - Bewaking op afstand met sensoren.
 - Consulten op afstand.
- Zelfdiagnostiek en advies.
- Digitale preventie.

De overige digitale zorg, zoals personeelsmanagement en klinische beslissondersteuning leidt vooral tot efficiëntere bedrijfsvoering, beter inrichten van processen en betere medische beslissingen. Alhoewel het JZOJP kan ondersteunen, is het daar niet primair op gericht en valt het buiten het bereik van dit onderzoek naar substitutie, ondanks de grote verwachte impact.

Drie items nemen we voor de helft mee. We schatten in dat de opbrengsten deels vallen onder (het mogelijk maken van) substitutie en deels onder efficiëntieverbetering:

- Consulten op afstand vervangen deels (herhaal)polibezoeken en kunnen ook deels verwijzingen naar het ziekenhuis vervangen, bijvoorbeeld als een medisch specialist kan aansluiten bij een huisartsconsult (dat zelf al dan niet op afstand geleverd wordt). We gaan ervan uit dat het deel dat hiervan geboekt wordt op langdurige zorg, betrekking heeft op pg-zorg.
- Geïntegreerd EPD omdat snel toegankelijke gedeelde informatie vaak is genoemd als belangrijke randvoorwaarde voor zorg op de juiste plek.
- Bewaking op afstand met sensoren. Een deel van deze zorg betreft optimalisatie van medisch specialistische zorg. Hierdoor kunnen bijvoorbeeld het aantal herhaalpolikliniekbezoeken worden verminderd, of kunnen patiënten eerder uit het ziekenhuis worden ontslagen na een chirurgische ingreep. Dat betreft dan geen substitutie zoals we de term hier gebruiken.

In onze ervaring kunnen internationale onderzoeken die vaak gebaseerd zijn op de VS, niet direct vertaald worden naar de Nederlandse situatie (zie ook (SiRM, 2021)). Zo is bijvoorbeeld de relevantie van tele-IC in Nederland minder groot vanwege de organisatie van de IC-zorg. Bovendien wordt in Nederland al relatief weinig zorg geconsumeerd en is de eerstelijns zorg al sterk ontwikkeld (§5.5.1). We corrigeren hiervoor met een factor 2/3. Daarnaast corrigeren we voor de groei (2,3%/jaar) tussen 2019 en 2030 zodat de bedragen kunnen worden vergeleken met de uitgaven in 2019. McKinsey gaat ervan uit dat de verschuivingen tot 2030 geleidelijk aan plaatsvinden. De besparingen in curatieve zorg zijn dan ongeveer 6% bruto, en 3% netto.

Tabel 15. Schatting verschuiving naar digitale zorg belopen €2,4 miljard op jaarbasis, ofwel circa 6% van de meegenomen uitgaven aan zorg (excl. Wmo).

Deel van zorg	Eerste- lijns zorg	Zieken- huis- zorg	GGZ	Lang- durige zorg	Totaal
Bewaking op afstand met sensoren (50%)	0,1	0,5	0,1	0,0	0,8
Consulten op afstand (voor 50%)	0,1	0,2	0,1	0,0	0,5
Zelfdiagnostiek en advies	0,4	-	-	-	0,4
Digitale preventie	-	0,1	0,1	-	0,2
Geïntegreerd EPD (50%)	0,1	0,4	0,1	-	0,6
Totaal	0,7	1,3	0,4	0,1	2,4
Deel van uitgaven	7,5%	5,5%	11,1%	1,3%	6,0%

5.8.3 Europese Commissie – Vijf soorten digital health

EC – Impact van digital health op uitgaven in Frankrijk en Duitsland

De Europese Commissie deelt 'digital health' in naar vijf soorten (Europese Commissie, 2020):

- Online interaction waaronder teleconsulten, monitoring van chronische patiënten en e-triage.
- Paperless data waaronder een elektronisch patiëntendossier.
- Workflow/automation waarbij processen in het ziekenhuis efficiënter worden.
- Outcomes transparency waarin de resultaten van het zorgproces worden gemeten.
- Patient self care waaronder zelfmanagement voor mensen met een chronische aandoening, preventietools en zorg door chatbots.

Men geeft aan dat hiermee in Frankrijk en Duitsland totaal circa €55 miljard aan waarde gecreëerd kan worden. Ongeveer de helft daarvan scharen we onder mogelijke substitutie voor curatieve zorg (online interaction en patient self care en de helft van de opbrengsten van epd's die bij paperless data zijn ingedeeld)⁹. Een deel hiervan zal in onze definitie van substitutie vallen binnen de ziekenhuiszorg, bijvoorbeeld monitoring onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist of een huisarts. We nemen daarom nogmaals de helft van de gecreëerde waarde.

Duitsland en Frankrijk gaven in 2018 respectievelijk €383 en €266 miljoen aan zorg uit (Eurostat, 2020), iets meer dan de helft daarvan aan curatieve zorg; samen circa €350 miljoen. De impact van digitale zorg werd daarmee geschat op ongeveer 4% (55/2/2/350). Als we de algemene aanname dat de efficiëntiefactor ongeveer 0,5 is, hierop toepassen, wordt dus voor 8% van de zorg een verplaatsing verwacht. We passen dit toe op zowel huisartsen- als ziekenhuiszorg.

⁹ Het betreft een illustratie bij een bredere beschouwing van de impact van digitalisering van de Europese samenleving. De EC lijkt resultaten van een publicatie van Franse en Duitse ministeries over te nemen, maar geeft geen duidelijke bronvermelding. Wij hebben de originele bron niet kunnen vinden.

Expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) geeft waarschuwing

In een rapport uit 2018 van het expert panel on effective ways of investing in health (EXPH) dat de Europese Commissie adviseert, lezen we een waarschuwing (Europese Commissie, 2019):

“The lack of robust evidence on cost-effectiveness is partly due to the absence of available data collected over long periods of time and may also be related to regulations and requirements for funding and reimbursement as well as to difficulties in determining cost-effectiveness in this context. This is especially the case when the introduction of some digital technology changes organisational structures. For some changes, it may not only take several years to see a clear impact at the health system level, but it may also be highly difficult to isolate the costs and effects of such changes in a developing health care environment. There are indeed examples which have demonstrated cost-effectiveness, for instance regarding telehealth, and even cost-savings [...] Again, the generalisability of such findings, as well as the quality and breadth of the evaluations performed, are important to consider. There are also examples of less favourable or more mixed results for digital health services [...].”

Het EXPH doet geen uitspraak over mogelijke besparingen door eHealth.

5.8.4 Deloitte – Europese digital health markt circa 4% van curatieve zorg

Deloitte verwacht dat de Europese markt voor digital healthcare in 2025 circa US\$173 miljard (€142 miljard) groot zal zijn (Deloitte, 2020). We nemen aan dat de helft zorg betreft die impact heeft op ziekenhuiszorg en binnen de gebruikte definitie van substitutie past (zie ook §5.3). Als we de uitgaven aan ziekenhuiszorg in de EU van 2018 opschalen naar 2025 met jaarlijkse groei van 2,5%, dan is dat circa €1.600 miljard. Digital health care zou dan ruim 4% van de markt voor curatieve zorg beslaan. Als we wederom de efficiëntiefactor van 0,5 gebruiken, komen we op 8% verschuiving van zorg. We passen dit toe op zowel huisartsen- als ziekenhuiszorg.

5.8.5 PwC 2013 schatte voor 2017 al opbrengsten voor mHealth (5%/0,2)

In 2013 onderzocht PwC (PwC, 2013) in opdracht van de Europese Commissie de impact van mHealth; digitale zorg via mobiele applicaties. PwC schatte dat bij volledige adoptie van het potentieel van mHealth, de besparingen in 2017 voor de EU zouden oplopen tot bijna €100 miljard. De schattingen zijn gebaseerd op (pilot)projectresultaten en expert opinions.

De besparingen vallen voor 70% onder de categorie ‘wellness en wellbeing’ waarmee vooral leefstijl wordt verbeterd en ziekten worden voorkomen. De besparingen in de categorieën diagnose, behandeling en monitoring zouden circa €35 miljard bedragen. Dit is ongeveer 5% van de uitgaven aan curatieve zorg in de EU. PwC heeft al gesaldeerd voor inzet aan menskracht om mHealth te ondersteunen voor ruim €6 miljard. Daarmee is de kostenfactor ongeveer 0,2. Hoogstwaarschijnlijk moet dit potentieel nog steeds gerealiseerd worden, gegeven de veel tragere ontwikkeling dan verwacht in digitale zorg.

5.9 Overige onderzoeken

Ook uit overige onderzoeken blijkt nog potentie voor substitutie. De orde van grootte is consistent met de overige bevindingen.

5.9.1 KPMG Wie doet het met wie 2020

KPMG schetst een transformatie van het zorglandschap waarmee de demografische groei wordt opgevangen (KPMG, 2020). In plaats van de huidige 'lijnen' wordt de zorg dan geleverd in vijf 'settings': expert, complex specialistisch, electief specialistisch, generalistisch en thuis.

KPMG verwacht een groei van €28,6 miljard aan uitgaven aan Wmo en Zvw in 2018 naar €35,4 miljard in 2040, ofwel 1,0% per jaar. De verwachting van het CPB is gemiddeld 1,8% per jaar (CPB, 2020), ofwel €42,3 miljard in 2040 (Tabel 16). KPMG gaat dus uit van een besparing van gemiddeld 16% in 2040 boven op de beleidsmaatregelen die CPB heeft verwerkt. Dat is overigens een saldo van meerdere verschuivingen, grotendeels naar de thuiszorg (verpleging en verzorging in de zvw).

	2018 (€ mln)	groei	2040 (€ mln)	groei*	2040 (€ mln)	(€ mln)	relatief
Wmo	4.918	0,8%	5.880	2,2%	7.938	2.058	26%
Huisartsen	3.684	0,7%	4.253	1,7%	5.338	1.085	20%
Paramedisch	764	0,8%	917	1,7%	1.107	190	17%
MSZ	11.694	0,9%	14.098	1,7%	16.944	2.846	17%
Basis en spec. ggz	3.396	0,2%	3.561	1,7%	4.921	1.360	28%
Verpl. en verzorging	3.640	2,3%	6.052	1,7%	5.274	-778	-15%
Verlosk. en kraamzorg	524	0,7%	605	1,7%	759	154	20%
Totaal	28.620	1,0%	35.366	1,8%	42.282	6.916	16%

Tabel 16. Vergeleken met groeiverwachting van CPB verwacht KPMG in 2040 16% minder uitgaven aan zorg (* tabel 2.9 kolom c, dus zonder Covid inhaalzorg van CPB – bronnen zie tekst).

KPMG hield onder andere rekening met digitalisering, zinnige zorg en taakdifferentiatie. De in de tabel opgenomen bedragen zijn sado's van onderliggende stromen. Dit leidt tot extra groei in verpleging en verzorging en minder snelle groei in de overige sectoren. De bevindingen zijn consistent met een demping van de groei van ongeveer 1% per jaar gedurende ruim twintig jaar.

5.9.2 KPMG JZOJP – condities en consequenties

KPMG schreef het rapport "Juiste Zorg op de Juiste Plek – condities en consequenties" in opdracht van de Taskforce JZOJP (KPMG, 2018). KPMG maakt drie belangrijke algemene observaties die voor ons onderzoek van belang zijn:

- KPMG bepleit om JZOJP breder te zien dan enkel substitutie van tweede naar eerstelijns zorg, maar ook verplaatsing naar nuldelijns zorg met empowerment en regie van de patiënt mee te nemen.
- KPMG waarschuwt dat er soms onrealistische (financiële) verwachtingen zijn over wat JZOJP kan opleveren. Het blijkt lastig om mogelijke besparingen door JZOJP te kwantificeren, omdat voor veel van de goede voorbeelden van juiste zorg op de juiste plek informatie over zowel kosten als opbrengsten niet of onvolledig beschikbaar is.
- Over het algemeen komt uit de geanalyseerde voorbeelden naar voren dat het tijd en inspanning van betrokken partijen kost om initiatieven van de grond te krijgen waarin zorg op een andere wijze wordt georganiseerd. De kans is groot dat de kosten hierbij voor de baten uitlopen, omdat er extra prikkels en investeringen nodig zijn om verandering voor elkaar te krijgen

6 Bijlage – Geïnterviewde personen

Voor dit onderzoek voerden we 20 gesprekken. De gesprekken zijn gebruikt als input voor het onderzoek. Een gesprek houdt uiteraard geen instemming met onze bevindingen in.

Personen	Organisatie
Anne-Fleur Roos, Rob Aalbers	CPB
Anoeska Mosterdijk, Judith van Duuren	InEen
David Jongen	Zuyderland
Ester Agterdenbosch	Menzis
Heleen Post	KNGF
Herman Nieuwenhuis, Ingrid van Uffelen	ZKN
Jenny Heering, Hanny Schulten	LHV
Johan Polder	RIVM
Josefien Kursten, Harmen Lieverdink	NZa
Marc Bruijnzeels	Jan van Es instituut / LUMC
Nynke van Zorge, Isabel Joosen, Jan Jaap Veldhuis	VNG
Patrick Jeurissen, Roos Mesman	IQ Healthcare/RadboudUMC
Peter Bennemeer	Bernhoven
Randy Poelman	VWS
Rob Dillmann	Isala
Sjoerd Repping, Kirsten de Brouwer	Programma ZE&GG
Stefan Roskam, Lilianne van der Velde	NVZ
Stefan Vink, Carel Mastenbroek	Zorginstituut
Tijmen Oegema	IGJ
Wout Adema	ZN

7 Bibliografie

- AEF. (2019). *Zorgverplaatsing naar de paramedische sector: lokale kansen verzilveren op nationaal niveau.*
- Allers, M. (2021). *De gemeentefinanciën zijn onhoudbaar.* ESB, te verschijnen - <https://esb.nu/esb/20063099/de-gemeentefinancien-zijn-onhoudbaar>.
- BDO. (2020). *Stagneren of transformeren? Sector dringend toe aan serieuze ingreep.*
- BDO. (2021). *De groeiende druk van het sociaal domein.*
- Bennemeer, P. (2020). *De ingreep - Hoe een buitenstaander het ziekenhuis beter maakte.*
- Bird & Bird. (2021, Juni 2). *Professional secrecy.* Opgehaald van www.twobirds.nl: <https://www.twobirds.com/en/in-focus/general-data-protection-regulation/gdpr-tracker/professional-secrecy>
- Buurman, B. (2019, november 18). *Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg.* *Huisarts en Wetenschap*, DOI:10.1007/s12445-019-0362-x.
- Canoy, M., & Van Dijk, S. (2021, mei 4). *De menselijke maat doe je zo (column).* *Sociale vraagstukken.*
- Christensen, C. (2009). *The innovators prescription: A disruptive solution for health care.*
- CPB. (2012). *Decompositie van de zorguitgaven 1972-2010.*
- CPB. (2015). *Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg.*
- CPB. (2020). *Actualisatie Verkenning middellange termijn.*
- CPB. (2020). *Casestudie Beatrixziekenhuis en Bernhoven.*
- Deloitte. (2020). *Digital transformation: Shaping the future of European healthcare .*
- DLA Piper. (2021). www.dlapiperdataprotection.com. Opgehaald van DLA Piper Data Protection: <https://www.dlapiperdataprotection.com/index.html?t=collection-and-processing&c=DK>
- DSP. (2021). *Opbrengsten van drie pilots structurele logeerszorg voor ouderen.*
- Ecorys. (2020). *Substitutie van zorg - Fysio- en oefentherapie op de juiste plek.*
- Equalis. (2018).
- Equalis. (2021). *Het substitutiepotentieel van uitgebreidere inzet fysio- en oefentherapie.*
- Europese Commissie. (2019). *Assessing the impact of digital transformation on health services - Report of the expert panel on effective ways of investing in health (EXPH).* Luxemburg.
- Europese Commissie. (2020). *Shaping the digital transformation in Europe.*

- Eurostat. (2020). *Current healthcare expenditure, 2018*.
- Fluent. (2017). *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen*. ActiZ.
- FMS & LHV. (2017). *Substitutie van zorg - huisarts en medisch specialist samen aan de slag*.
- Gupta Strategists. (2016). *No place like home*.
- Gupta Strategists. (2021). *Maatschappelijke kosten en baten van ontsluiten patiëntgegevens in de eerste lijn - MKBA 2020*.
- Hayen. (2018). *Shared Savings and patient cost sharing in the Dutch healthcare system*. Ipskamp.
- Hayen, A. (2018). *Shared savings and patient cost sharing in the Dutch health care system*.
- IHI. (2003). *The Breakthrough Series - IHI's collaborative model for achieving breakthrough improvement*.
- InEen. (2020). *Transparante ketenzorg - Spiegel voor het verbeteren van chronische zorg*.
- InEen, LHV, NHG. (2021). *Opgehaald van Hechte Huisartsenzorg: www.hechtehuisartsenzorg.n*
- IQ Healthcare. (2019). *Verzilveren met ontschotten - Onderzoek naar succes- en faalfactoren, opschaling, maatschappelijke kosten en baten*.
- IQVIA. (2017). *The growing value of digital health*.
- Isala. (2021). *Transitie van zorg*.
- Isala. (2021, mei). *Transitie van Zorg*. p. nr. 2.
- Jung, H., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). *Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen*. *Huisarts en wetenschap*, 39-42.
- Jung, H., Laurant, M., & Van Asten, C. (2019, november 21). *Zinnige zorg dreigt utopie te worden - Limburgse Afferden zit ingeklemd tussen tegenstrijdige eisen*. *Medisch Contact*.
- KPMG. (2018). *Juiste Zorg op de Juiste Plek - condities en consequenties*.
- KPMG. (2020). *Wie doet het met wie - krapte vraagt om creativiteit*.
- KPMG. (2020b). *Macroveranderingen en invloed op budget sociaal domein*.
- Maastricht University. (2019). *Monitoring en evaluatie van substitutie van zorg in drie Limburgse proeftuinen*.
- McKinsey. (2020). *Digitale zorg in Nederland - De zorg van morgen fijner voor de patiënt én beter betaalbaar*.
- McKinsey. (2020b). *App auf Rezept: Wie das Digitale-Versorgung-Gesetz den Markt für Gesundheits-Apps revolutioniert*.
- Monitor langdurige zorg. (2021, juni 1). *Uitgaven en volume Wlz-zorg in natura; declaraties*.
Opgehaald van Monitor langdurige zorg: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers>

- Nivel & Prismant. (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*.
- Nivel. (2016). *De werkbelasting van huisartsen - Nederland in internationaal perspectief*.
- NZa. (2012). *Substitutie - huisartsenzorg en ziekenhuiszorg op de juiste plek*.
- NZa. (2020). *Monitor contractering huisartsenzorg 2020*.
- NZa. (2020, maart 1). *Wegwijzer bekostiging digitale zorg*. Opgehaald van Nederlandse Zorgautoriteit: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316224_22/1/
- NZa. (2021). *Monitor contractering huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2021*.
- PwC. (2013). *Socio-economic impact of mHealth - An assessment report for the European Union*.
- Radboudumc, IQ Healthcare. (2020). *Op weg naar hoge kwaliteit en lage kosten in de medisch specialistische zorg - evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven*.
- Rahimi, K. (2019, Juli). *Digital health and the elusive quest for cost savings (Comment)*. *The Lancet - digital health*.
- Rebel. (2020). *Notitie Mid term Review Hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg*.
- Rekenkamer. (2020). *Verzekerd van zinnige zorg - de bijdrage van het programma Zinnige Zorg aan gepast gebruik van het basispakket 2014-2019*.
- Ribbink, M., Resodikromo, M., Willems, H., Slee, M., & Buurman, B. (2020). *De WijkKliniek: ziekenhuisbehandeling voor oudere patiënten in een VVT-instelling - Een beschrijving en tussentijdse analyse*. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, No.2.
- RIVM. (2019). *(Kosten)effectiviteit van twee interventies: Welzijn op Recept en Gecombineerde Leefstijlinterventie bij kinderen*.
- RIVM. (2020). *Lerende evaluatie Juiste Zorg op de Juiste Plek - Plan van aanpak op hoofdlijnen*.
- Schäfer, W. (2016). *Organisational characteristics facilitating a broader range of general practitioner service profiles*. In W. Schäfer, *Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients* (p. 186).
- SCP. (2020). *Sociaal domein op koers - Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*.
- SEOR. (2020). *Meta-analyse business cases sociaal werk*.
- SER. (2020). *Zorg voor de toekomst - over de toekomstbestendigheid van de zorg*.
- SiRM. (2016). *Next level gezondheidszorg: Hoe de zorg efficiënter en beter kan*.
- SiRM. (2018). *Versterking van de zorgfunctie van openbaar apothekers*.
- SiRM. (2018b). *Actie-agenda ouderenzorg*.
- SiRM. (2019). *Aanbevelingen ter bevordering van gelijkgerichtheid*.

- SiRM. (2020). Concentratie van complexe ingrepen kan meer dan 200 sterftegevallen vermijden.
- SiRM. (2021). Geschat potentieel effectieve zorg.
- SiRM en CommonEye. (2014). Naar professionele ondersteuning en infrastructuur voor samenwerking van huisartsen en multidisciplinaire zorg.
- Talboom-Kamp, E., Ketelaar, P., & Versluis, A. (2021). A national program to support self-management for patients with a chronic condition in primary care: A social return on investment analysis. *Clinical eHealth*, 45-49.
- Taskforce Juiste Zorg op de Juiste Plek. (2018). *De juiste zorg op de juiste plek - Wie durft?*
- TOA of Care. (2020, november). <https://tao-of-care.nl/assets/attachements/resultaten-social-trial-2020.pdf>. Opgehaald van toa-of-care.
- Trimbos. (2019). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige ggz 2019*.
- Tweede Kamer, 2. 5. (2021, Juni 2). Kamerbrief over beleidsbrief bij aanbidding wetsvoorstel Wegiz. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/05/06/beleidsbrief-bij-aanbidding-wetsvoorstel-wegiz>
- Vital Innovators. (2019). *Social Return on Investment Analyse Zelfzorg Ondersteund!* update 2018.
- VNO-NCW. (2020). *Vitale mensen, slimme zorg*.
- Volksgesondheidszorg.info. (2021). <https://www.volksgesondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgesondheidszorginfo/wat-preventie#!node-doelgroepen-van-preventie>. Opgehaald van Volksgesondheidszorg: <https://www.volksgesondheidszorg.info/verantwoording/preventie-volksgesondheidszorginfo/wat-preventie#!node-doelgroepen-van-preventie>
- VWS. (2019, mei 27). Resultaten vooronderzoek Langer Thuis in het kader van de pilot Lerend evalueren. *Brief aan Tweede Kamer (31765-412)*.
- VWS. (2020). *Discussienota Zorg voor de toekomst*.
- Wong, A., Bakx, P., Wouterse, B., & Van Doorslaer, E. (2018). Thuiszorg is niet altijd goedkoper dan verpleeghuiszorg. *ESB*, 419-421.
- Zorginstituut. (2020). *Doelmatigheidspotentieel van substitutie van zorg in 2022*.
- Zorginstituut, NZa. (2020, maart 1). [puc.overheid.nl](https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316224_22/1/). Opgehaald van Wegwijzer bekostiging digitale zorg: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_316224_22/1/
- Zorginstituut, NZa. (2020). *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú*.
- Zorgvisie. (2019, januari 24). Canoy: 'Laat innovatieve ideeën niet in het bureaucratische moeras wegzakken'. *Zorgvisie*.

Zorgvisie. (2020, december 10). Sociale benadering dementie bespaart op uitgaven Wlz. Zorgvisie.

Zorgvisie. (2021a). Kina Koster: 'Een op de drie verpleeghuisbewoners kan terug naar huis'.