

Beleidsimpact analyse afspraken HLO

April 2025





Inhoudsopgave

01	Aanleiding en vraagstelling	p. 3
02	Methode	p. 4
03	Overzicht van de afspraken	p. 9
04	Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren	p. 11
	Bijlagen	p. 19

Wat dragen de afspraken in het HLO bij aan het verminderen van de behoefte aan personele inzet voor zorg en ondersteuning?

Wat is de situatie?

De Zorg en Welzijn sector in Nederland staat de komende jaren voor steeds grotere uitdagingen. Het aantal ouderen met een zorgvraag gaat verdubbelen, maar het aantal zorgprofessionals groeit niet mee. Het verwachte personeelstekort in de sector Zorg en Welzijn in Nederland neemt in de komende jaren steeds harder toe. In 2034 wordt een tekort geraamd van bijna 266 duizend werknemers in deze sector.

Deze voorspelde ontwikkeling brengt de continuïteit van de zorg in Nederland in gevaar.

Wat wordt er anders?

In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) wordt de afspraak gemaakt om een gezamenlijke inspanning te leveren om een onbeheersbaar arbeidsmarkttekort af te wenden.

In het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA), waar het HLO deel van uitmaakt, worden additionele afspraken gemaakt ten opzichte van het Integraal Zorgakkoord (IZA), deze afspraken zijn gericht op:

- De behoefte aan personele inzet verminderen en daarmee de zorg toegankelijk te houden
- Ervoor te zorgen dat (zeer) kwetsbare ouderen er op kunnen blijven rekenen dat passende zorg en ondersteuning voor hen beschikbaar is, ongeacht waar zij wonen en wat hun financiële situatie is. Kwaliteit van bestaan en eigen regie vormen daarbij het uitgangspunt.

Wat is uw vraag?

Om inzicht te krijgen in de impact van de afspraken op de arbeidsmarkt bestaat de behoefte aan een beleidsimpactanalyse van de afspraken uit het HLO.

Maak de effecten duidelijk door voor iedere afspraak drie scenario's in beeld te brengen: laag, gemiddeld en hoog.

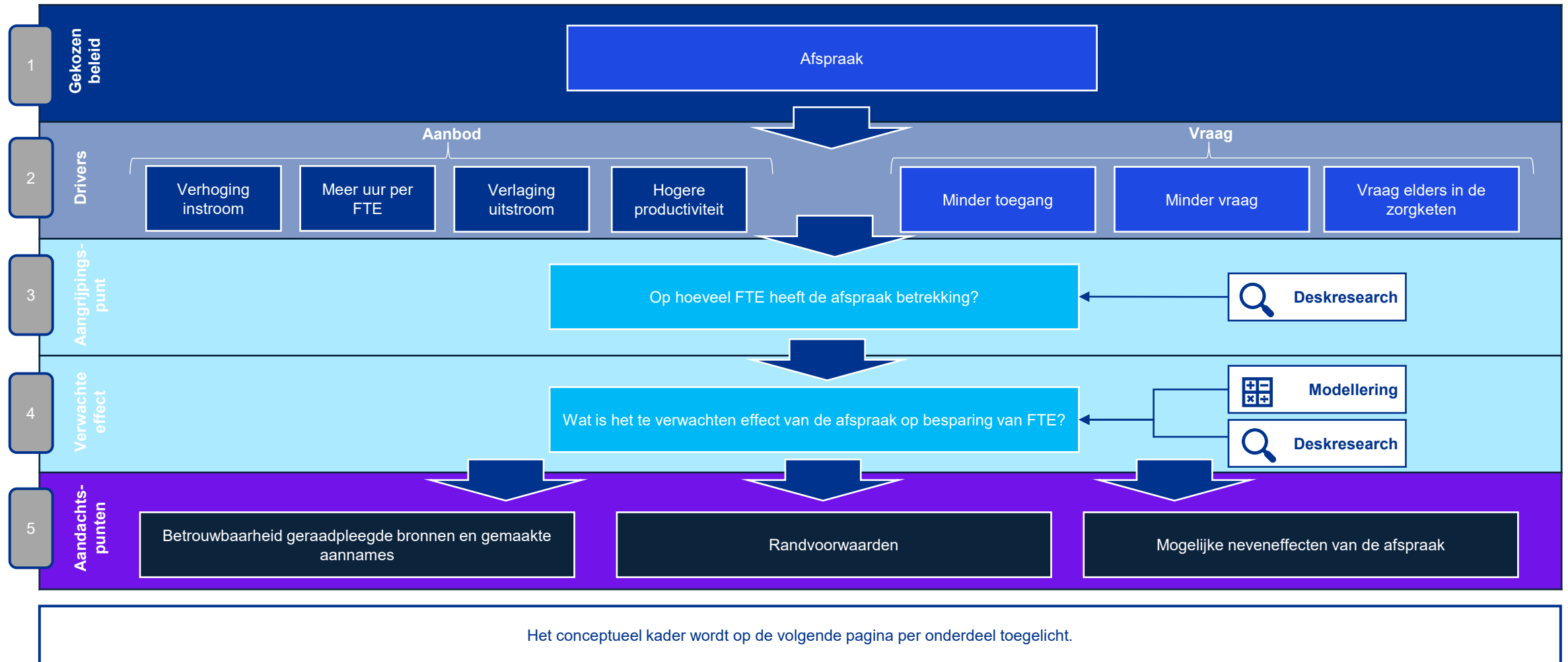
De analyse richt zich op het doorbraakdoel— de behoefte aan personele inzet verminderen.

Hierbij wordt rekening gehouden met randvoorwaarden en mogelijke neveneffecten en onzekerheden.

Aandachtspunten bij het lezen en interpreteren van deze rapportage

- Deze analyse heeft het karakter van een verkennende studie en is primair bedoeld om een indicatief beeld te verkrijgen van de mogelijke effecten van de voorgenomen doorbraakdoelen.
- Hoewel de uitkomsten kunnen bijdragen aan het inzicht in de haalbaarheid en opbrengsten van de voorgestelde afspraken heeft de beleidsimpactanalyse een innovatief en exploratief karakter. Daarom dienen de resultaten met de nodige nuance en zorgvuldigheid te worden geïnterpreteerd.

Voor een uniforme benadering van de verschillende afspraken is een conceptueel kader gebruikt



Het conceptueel kader kent vijf stappen die voor iedere afspraak op onderstaande wijze zijn doorlopen

1. Gekozen beleid

Voor een goed begrip van het effect van de afspraak is steeds eerst het conceptueel kader ingevuld. Bij elke afspraak is beoordeeld op welke drivers de afspraak effect heeft.

2. Toelichting op de drivers

Aan de aanbodzijde worden de volgende drivers herkend:

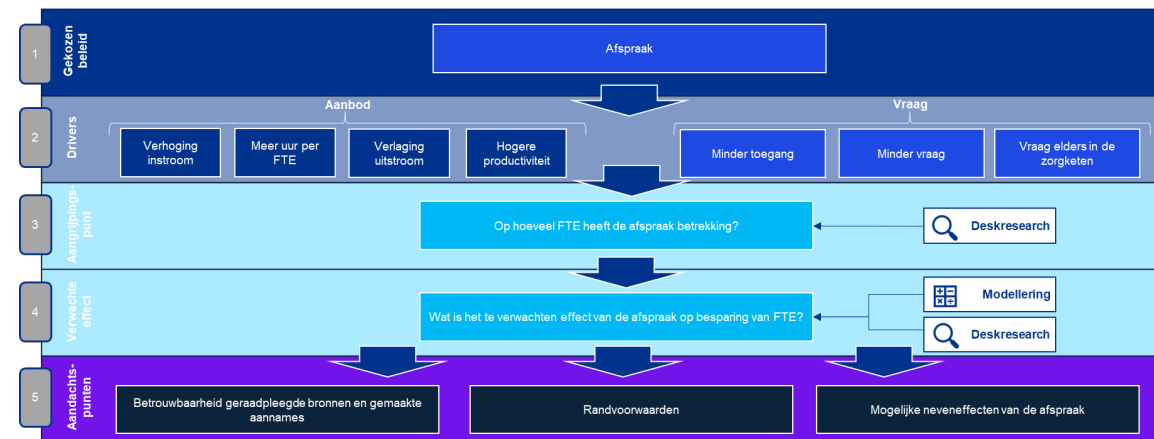
- Verhoging instroom: Hiermee wordt bedoeld dat de afspraak als doel heeft dat meer mensen kiezen voor een baan in de ouderenzorg, waardoor meer arbeidsinzet beschikbaar komt. Denk hierbij aan het bevorderen van de instroom bij opleidingen.
- Meer uur per FTE: dit wil zeggen dat van werknemers gevraagd wordt om meer te werken binnen hun contract, bijvoorbeeld door zich beschikbaar te stellen voor avond-, nacht- en weekenddiensten.
- Verlaging uitstroom: hiermee wordt bedoeld dat de afspraak inzet op het voorkomen dat werknemers de sector verlaten, bijvoorbeeld door in te zetten op aantrekkelijk werkgeverschap en duurzame inzetbaarheid.
- Hogere productiviteit: hieronder vallen alle effecten die werknemers in staat stellen meer arbeid te leveren binnen een gelijk aantal uren. Hieronder vallen bijvoorbeeld de inzet van technologie, maar ook het verminderen van administratieve lasten.

Aan de vraagzijde worden de volgende drivers herkend:

- Minder toegang: hiermee wordt bedoeld dat cliënten minder beroep doen op zorg. Denk hierbij onder andere aan preventie.
- Minder vraag: dit betekent dat een afspraak als effect heeft dat mensen bij eenzelfde zorgvraag minder zware zorg ontvangen of bijvoorbeeld met een lagere herhaalfrequentie.
- Vraag elders in de zorgketen: dit wil zeggen dat een deel van de vraag van een client elders wordt opgevangen. Hieronder vallen bijvoorbeeld 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' initiatieven.

3. Aangrijpingspunt

Wanneer duidelijk is op welke drivers een afspraak effect heeft, is door middel van deskresearch in kaart gebracht op hoeveel personen een afspraak effect heeft.



4. Verwachte effect

In deze stap is door middel van deskresearch onderbouwd hoe groot het te verwachten effect is. Wanneer verschillende bronnen een verschillend effect aangaven is zo goed mogelijk getrianguleerd tussen de beschikbare bronnen en beschreven welke afwegingen zijn gemaakt. In het geval dat bronnen verouderd waren, of van toepassing op een net iets andere situatie dan de Nederlandse, zijn zo goed mogelijk aannames gemaakt. Voor iedere maatregel zijn drie verschillende scenario's geanalyseerd.

5. Aandachtspunten

Voor een goede interpretatie van de effecten van de afspraak is het van belang om de aandachtspunten duidelijk in beeld te hebben. Dit betreft als eerste de betrouwbaarheid van de gehanteerde bronnen. Hierbij is onder andere gekeken naar de publicatiedatum, land van herkomst en de auteur.

Onder randvoorwaarden is steeds beschreven waarin moet worden voorzien om het verwachte effect van een afspraak daadwerkelijk te kunnen realiseren. Bijvoorbeeld investeringen, scholing, wetswijzigingen etc.

Als laatste worden de neveneffecten van iedere afspraak beschreven. Hierbij zijn zowel de bedoelde als onbedoelde effecten meegenomen, net als de positieve en negatieve neveneffecten. Een uitgebreidere toelichting volgt op pagina 7.

Voor iedere analyse is dezelfde systematiek gehanteerd

Toelichting afspraak

Korte samenvatting van de afspraak zoals beschreven in het concept Hoofdpijnenakkoord Ouderenzorg.

Stap 1. Kwalitatieve toelichting met impact van afspraak, aannames en bijbehorende bronnen

In deze stap wordt systematisch beschreven wat de effecten van de afspraken zijn op de verschillende drivers uit het conceptueel model.

Stap 2. Parameters

In deze stap worden de benodigde parameters ingevuld op basis van beschikbare bronnen. Indien aannames gemaakt worden, worden deze hier beschreven.

Stap 3. Effect van de afspraak per driver

Voor iedere driver worden de rekenstappen beschreven en wordt het effect doorgerekend. Dit wordt gedaan voor scenario "laag", "gemiddeld" en "hoog".

Stap 4. Uitkomst fte-besparing per scenario

De effecten per driver tellen voor ieder scenario op tot een mogelijke arbeidsbesparing uitgedrukt in FTE en werknemers. Voor de omrekening van FTE naar werknemers is de gemiddelde deeltijdfactor voor de sector gebruikt (0,59).

Toelichting afspraak

[Algemene toelichting]

Stap 1: kwalitatieve toelichting met impact van afspraak, aannames en bijbehorende bronnen

[Algemene toelichting]

	Drivers				Vraag		
	Verhoging instroom	Meer uur per fte	Verlaging uitstroom	Hogere productiviteit	Minder toegang	Minder vraag	Vraag elders in de zorgketen
Effect afspraak							
benodigde geraadpleegde bronnen	[input]						
Randvoorwaarden	[input]						
Neveneffecten	[input]						

Stap 2: Parameters

[Algemene toelichting]

#	Parameter	Waarde	Eenheid	Van toepassing op scenario:	Bron of aanname
1	[afpraak]				
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Stap 3: Effect van de afspraak per driver

[Algemene toelichting]

Aanbodvraag:
Effect:
afpraak:

#	Rekenstap	Formule	Scenario: Laag	Gemiddeld	Hoog
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Stap 4: Uitkomst fte-besparing per scenario

[Algemene toelichting]

Scenario	Uitkomst besparing aantal werknemers	Uitkomst aantal fte-besparing
Laag		
Gemiddeld		
Hoog		

Voorbeeld van het gehanteerde template in Excel

Voor iedere afspraak worden drie scenario's geanalyseerd en de aandachtspunten toegelicht

Toelichting scenario's

Laag

Dit betreft de minimaal haalbare impact. Dit kan van toepassing zijn in geval van een lage adoptie of onduidelijkheid over de omvang van de groep waarop de afspraak van toepassing is, dan wel de grootte van het effect van de afspraak.

Gemiddeld

Realistische inschatting op basis van aannames. Het gemiddelde scenario is meestal het scenario wat overeenkomt met het effect dat in bronnen wordt beschreven. Wanneer geen bronnen beschikbaar zijn is gekozen voor een bandbreedte, met het gemiddelde scenario als meest waarschijnlijke effect.

Hoog

Dit scenario geeft de maximaal haalbare impact bij optimale omstandigheden en bestuurlijke prioritering weer. Dit scenario kan alleen worden gerealiseerd wanneer er wordt ingezet op het invullen van de benodigde randvoorwaarden.

Toelichting aandachtspunten

Dit betreft de betrouwbaarheid van de gebruikte bronnen en de gemaakte aannames. Denk hierbij aan de actualiteit van beschikbare literatuur, de vertaalbaarheid naar de Nederlandse situatie, etc. Een overzicht van de gebruikte bronnen is opgenomen in bijlage 1 van deze rapportage.

Betrouwbaarheid

Hier wordt beschreven wat er nodig is om de beschreven afspraak te realiseren. Denk bijvoorbeeld aan vereiste kennis bij zorgprofessionals of benodigde investeringen.

Randvoorwaarden

Hier worden de neveneffecten van de afspraken beschreven. Soms betreft dit een mogelijke versterking van het effect van de afspraak, in andere gevallen kan een neveneffect een temperende werking hebben op het beoogde effect.

Neveneffecten

De randvoorwaarden geven de doorslag in de impact

Zonder invulling van de randvoorwaarden is de impact van de afspraken laag

In deze beleidsimpactanalyse is gekeken naar de mogelijke impact van (clusters) van afspraken. Dit betreft geen puntschatting, maar een potentiële bandbreedte die afhankelijk is van de invulling van de randvoorwaarden. Zonder juiste invulling van de randvoorwaarden zal het gewenste effect van de afspraken niet kunnen worden gerealiseerd.

De uiteindelijke impact van de afspraken ziet er daarom als volgt uit:

$$\text{FTE impact} = \text{potentie} * \text{invulling randvoorwaarden}$$

- **Potentie** verwijst naar het theoretisch maximale effect van de afspraak
- **Randvoorwaarden** zijn de vereisten om deze potentie daadwerkelijk te benutten, zoals financiële middelen, beleid en technologische ondersteuning.

De gerapporteerde FTE impact is daarmee afhankelijk van de aard van de afspraak, deze bepaalt het theoretisch maximale effect van de afspraak. Het daadwerkelijke effect is echter afhankelijk van de invulling van de randvoorwaarden. De FTE impact is daarom de resultante van de potentie maal de invulling van de randvoorwaarden.

Toelichting bij interpretatie van de uitkomsten

Vanaf pagina 10 wordt de impact van de afspraken weergegeven, waarbij de afspraken worden ingedeeld naar clusters. Bij het interpreteren van de resultaten is het belangrijk om rekening te houden met het volgende:

- **De gepresenteerde getallen betreffen bruto FTE-besparingen**
De getoonde besparingen zijn weergegeven zonder eventuele herverdelingseffecten of analyse van de beschreven neveneffecten. Het is derhalve niet mogelijk de gerapporteerde effecten één op één te verzilveren.
- **De gepresenteerde besparingen zijn ten opzichte van het basispad**
De FTE-impact wordt gemeten ten opzichte van het basispad, als basispad is het prognosemodel Zorg en Welzijn genomen.

Bronnen: Prognosemodel Zorg en Welzijn

- **De besparingen zijn structureel**
De gepresenteerde effecten betreffen geen eenmalige besparing, maar hebben een blijvend effect op de arbeidsmarkt. De besparingen treden in de volgende jaren opnieuw op.
- **Impact op wachtlijsten of financiële besparingen vallen buiten de scope**
Deze beleidsimpactanalyse richt zich uitsluitend op mogelijke FTE-besparingen en niet op bredere effecten binnen het zorgsysteem.
- **De impact van een afspraak wordt niet alleen bepaald door de potentie ervan**
De mate waarin de randvoorwaarden worden ingevuld geven de doorslag in de impact. Zonder de juiste randvoorwaarden zoals financiële middelen, beleid en technologische ondersteuning blijft de impact laag, ongeacht hoe veelbelovend een afspraak op papier lijkt.

Separaat worden per cluster van afspraken de betrouwbaarheid van de bronnen en aannames, de randvoorwaarden en de neveneffecten beoordeeld

De beoordeling wordt per set van afspraken als volgt weergegeven:

Betrouwbaarheid bronnen en aannames



- = Betrouwbaarheid van de bronnen/aannames is laag
- = Betrouwbaarheid van de bronnen/aannames is gemiddeld
- = Betrouwbaarheid van de bronnen is/aannames is hoog

Randvoorwaarden



- = Er wordt slechts minimaal voorzien in de randvoorwaarden
- = Er wordt in enige mate voorzien in de randvoorwaarden
- = Er wordt in de randvoorwaarden voorzien

Neveneffecten



- = Negatieve effecten
- = Neutrale effecten
- = Positieve effecten

Van het totaal aan afspraken zijn er negen geanalyseerd

9

Afspraken zijn geanalyseerd

- Voor deze afspraken zijn drie scenario's geanalyseerd en zijn de onderbouwing, randvoorwaarden, neveneffecten en onzekerheden gerapporteerd.

4

Afspraken konden niet geanalyseerd worden

- Op deze afspraken kan deze analyse niet worden uitgevoerd en is het niet mogelijk een FTE-besparing te rapporteren. In bijlage 2 is een overzicht opgenomen van alle afspraken. Per afspraak staat aangegeven of een analyse is uitgevoerd of wordt een toelichting gegeven waarom de afspraak niet is geanalyseerd.

De grootste impact op arbeidsbesparing valt onder te verdelen naar vier clusters

De negen geanalyseerde afspraken zijn verdeeld over de vier clusters.



De inzet van technologische innovatie en AI

Ontwikkeling, implementatie en opschaling van medische technologie inclusief de inzet van AI hebben in potentie veel impact. Deze oplossingen zijn op grote schaal in te zetten.

Beperking van administratieve lasten

De beperking van administratieve lasten leidt tot een arbeidsbesparing onder backoffice medewerkers, maar ook voor zorgprofessionals. Een bijkomend effect is dat mantelzorgers ontlast worden.



Inbedden en opschalen van passende zorg initiatieven

Door in te zetten op passende zorg in alle fases van het leven is een daling van de zorgvraag mogelijk, waarbij geleverde zorg ook nog beter aansluit bij de wensen van de client.

Zelfstandigheid en informele zorg

Door de zelfstandigheid van ouderen te vergroten en mantelzorgers beter te ondersteunen, wordt de vraag naar professionele zorg verminderd en efficiënter omgegaan met de beschikbare zorgcapaciteit.



Technologische innovatie, waaronder AI, heeft de potentie veel impact te maken



Toelichting:

- Betreft de inzet van Artificiële Intelligentie (AI) en technologische innovaties zoals leefcirkels, leefstijlmonitoring, slim incontinentiemateriaal, slimme bedsensoren, elektromechanisch toegangsbeheer, heupairbags, medicijndispensers, steunkousentechnologie en structuurrobots.
- AI toepassingen zijn veelbelovend en breed inzetbaar. Voor de analyses is specifiek gekeken naar het effect van speech-to-text oplossingen ter bevordering van de productiviteit. Hierin is een verder onderscheid gemaakt naar 1) stand-alone oplossingen, dit betreft op zich staande speech-to-text software, waarbij de zorgprofessional nog steeds teksten zal moeten kopiëren en plakken naar het dossier, 2) Speech-to-text software die is geïntegreerd in het EPD/ECD, kopiëren en plakken is niet meer nodig, 3) volledig in het EPD/ECD geïntegreerde speech-to-text software met externe koppelingen. Bij deze mate van integratie wordt bijvoorbeeld direct onderzoek aangevraagd wanneer dit ter sprake komt.
- Naast genoemde speech-to-text oplossingen is AI nog veel breder inzetbaar. Denk bijvoorbeeld aan beslissingsondersteuning, diagnostische mogelijkheden of ondersteuning bij complexe planningsvraagstukken. Van deze mogelijkheden is op dit moment nog minder duidelijk wat de daadwerkelijke effecten zijn op de productiviteit. Daarom is bij de analyses nu uitsluitend rekening gehouden met de potentie van speech-to-text oplossingen.

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

- Voor de potentie van kunstmatige intelligentie is op dit moment uitsluitend gekeken naar de toepassing van standalone speech-to-text software. Er zijn aannames gedaan op het gebied van de mogelijke tijdsbesparing, de adoptiegraad en de snelheid van de adoptie. Dit maakt dat de betrouwbaarheid van de aannames in dit geval als laag wordt beoordeeld.

Beoordeling aandachtspunten



Betrouwbaarheid bronnen en aannames



Randvoorwaarden



Neveneffecten

Afspraak	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
Technologie	560	3.831	12.736	331	2.260	7.514
Kunstmatige Intelligentie (AI)	341	4.370	20.484	201	2.578	12.086
Totaal	901	8.201	33.220	532	4.838	19.600

NB: Voor de totale potentie van kunstmatige intelligentie in de totale zorg- en welzijn sector verwijzen we ook naar de uitkomsten zoals weergegeven in de beleidsimpactanalyse van de aanvullende IZA-/GALA-afspraken. De mogelijke besparingen betreffende kunstmatige intelligentie in de ouderenzorg staan los van de besparingen in de beleidsimpactanalyse van de aanvullende IZA-/GALA-afspraken, de effecten zijn bij elkaar op te tellen. De effecten betreffende technologie overlappen voor een groot deel van de interventies met de effecten opgenomen in de beleidsimpactanalyse van de aanvullende IZA-/GALA-afspraken. Deze effecten kunnen niet bij elkaar opgeteld worden.

Randvoorwaarden en neveneffecten voor technologische innovaties en AI in de zorg

De succesvolle ontwikkeling, implementatie en opschaling van medische technologie in de zorg vereist een samenhangende aanpak waarin scholing, financiering, betrouwbaarheid en samenwerking tussen stakeholders centraal staan. Hoewel technologische innovaties zorgverleners kunnen ontlasten en de zorgvraag van cliënten kunnen verminderen, brengen ze ook uitdagingen met zich mee, zoals weerstand tegen verandering, ethische vraagstukken en risico's op verminderde sociale interactie. Om deze neveneffecten te beheersen, is een gefaseerde implementatiestrategie nodig met aandacht voor gebruiksvriendelijkheid, maatschappelijke acceptatie en continue evaluatie van de effectiviteit. Door technologie zorgvuldig en passend in te zetten, kan een duurzame transformatie van de zorg worden gerealiseerd.

Randvoorwaarden

1. Stimulering van implementatie en opschaling

Overheid, zorginstellingen en zorgverzekeraars moeten gezamenlijk afspraken maken over het versnellen van de opschaling van bewezen effectieve technologieën. Het lijkt verstandig een landelijk implementatie plan AI te ontwikkelen. Het moet integraal worden meegenomen in het zorgsysteem en de bijbehorende regelgeving. Technologie wordt nog steeds apart gefinancierd, in richtlijnen en zorgstandaarden is weinig aandacht voor de rol van technologie, waardoor onduidelijk blijft bij wie de verantwoordelijkheid voor juist gebruik van technologie ligt.

2. Interoperabiliteit van technologieën

Technologieën worden vaak onafhankelijk van elkaar ontwikkeld, wat kan leiden tot incompatibiliteit en extra administratieve lasten. Dit benadrukt de noodzaak van standaarden waaraan technologieën moeten voldoen om integratie en samenwerking te waarborgen. De samenwerking tussen kennisinstellingen, zorgorganisaties, industrie, eindgebruikers en de overheid moet worden versterkt om innovatie in de medische technologie te stimuleren. Zonder verdere integratie van toepassingen in bestaande ECD's/EPD's, zal nooit het volledige potentieel gerealiseerd kunnen worden. Het bevorderen van publiek-private samenwerkingen kan de kennisuitwisseling en co-creatie stimuleren.

3. Scholing en adoptie door zorgpersoneel

Zorgpersoneel moet voldoende zijn uitgerust met digitale vaardigheden of hiervoor worden opgeleid om nieuwe medische technologieën effectief te kunnen gebruiken. Acceptatie en bereidheid om met innovaties te werken zijn cruciaal om de volledige besparingspotentie te realiseren. Nationale trainingsprogramma's en voorlichtingscampagnes ondersteunen bij de implementatie.

4. Investerings

De ontwikkeling en implementatie van technologische innovaties vereist investeringen. Initieel in onderzoek naar de betreffende innovaties, maar ook investeringen om aanschaf en doorontwikkeling mogelijk te maken. De voornoemde scholing onder zorgpersoneel vereist eveneens een investering in zowel tijd als middelen. Specifieke investeringssubsidies en vergoedingsregelingen kunnen de adoptie versnellen.

5. Bereidheid binnen zorginstellingen

Zorgaanbieders moeten openstaan voor de implementatie van AI en technologische innovaties en hun IHH (Informatiehuishouding) op orde hebben. Er moet actief verandermanagement worden toegepast om weerstand binnen zorgteams te minimaliseren en acceptatie te bevorderen. Zorgverleners worden betrokken bij het ontwikkelen en testen van AI-tools, zodat deze aansluiten bij hun praktijkbehoeften.

6. Maatschappelijke acceptatie en ethische overwegingen

Niet alle cliënten voelen zich comfortabel bij technologie gestuurde zorg, waardoor hybride zorgoplossingen (een combinatie van menselijke en technologische zorg) nodig blijven. Privacy en gegevensbescherming moeten worden gewaarborgd, met inachtneming van wetgeving zoals de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Transparante communicatie over het gebruik van technologie en de impact op de zorg moet worden bevorderd om het vertrouwen van cliënten en zorgverleners te vergroten.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Doordat bepaalde taken worden overgenomen door technologie, kan de zorgprofessional zich weer op de client richten. De client ervaart meer regie en zelfstandigheid.
- Als gevolg van minder ervaren administratieve lasten of zware fysieke taken, doordat deze worden overgenomen door technologische innovaties kan de werkdruk afnemen en het werkplezier toenemen. Dit kan bijdragen aan het voorkomen van uitstroom in de sector en kan bijdragen aan het voorkomen van ziekteverzuim.

2. Negatieve effecten en risico's

- Tijdelijke toename van werkdruk: tijdens de implementatiefase kan de werkdruk tijdelijk toenemen, doordat zorgprofessionals en organisaties moeten wennen aan de nieuwe werkprocessen.
- Risico op verminderde sociale interactie: Technologieën zoals beeldschermzorg kunnen persoonlijke zorgmomenten vervangen.
- Weerstand tegen technologische veranderingen: Zorgmedewerkers en cliënten kunnen moeite hebben met de overgang naar technologie gedreven zorgprocessen.
- Betrouwbaarheid van apparatuur en systemen: Een storing of defect in de technologie kan gevolgen hebben voor de continuïteit en veiligheid van de zorgverlening.
- Ongelijke toegang tot technologie: Niet alle cliënten beschikken over de juiste digitale vaardigheden of middelen om technologie effectief te gebruiken, wat kan leiden tot ongelijkheid in toegang tot zorg.

Bronnen: Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging, Zorginstituut Nederland (2023.); Kamerbrief bij rapport over tijdsbesparende technologieën in de ouderenzorg, Rijksoverheid (2021); Geschat potentieel digitale zorg, SiRM (2023); Preventieve inzet van beeldschermzorg in de wijkverpleging, Vita Valley (2022); Transformatieagenda Digizo.nu, (2024); Opschaling en financiering van technologie, WOZO-werkorganisatie (2023);

Passende zorg heeft potentie op het gebied van arbeidsbesparing maar draagt ook bij aan de andere doorbraakdoelen



Toelichting:

- Passende zorg kan zowel leiden tot minder zorgvraag als tot minder zware zorg bij dezelfde vraag. Voorbeelden hiervan uit de curatieve zorg zijn bijvoorbeeld een operatie niet langer tijdens een klinische opname verrichten, maar in dagbehandeling wanneer dit veilig kan. In de ouderenzorg is veel potentie voor de toepassing van passende zorg initiatieven, omdat de wetenschappelijke basis voor dergelijke initiatieven vaak smal is. Pas sinds enkele jaren wordt hier onderzoek naar gedaan, dat betekent dat er nog veel mogelijkheden zijn. Bij implementatie van dergelijke initiatieven kan worden geprofiteerd van geleerde lessen binnen de curatieve zorg.
- Passende zorg draagt niet alleen bij aan een fte-besparing, maar zorgt er ook voor dat mensen passende zorg ontvangen gericht op wat goed is voor het individu. Dit draagt eveneens bij aan de toegankelijkheid van zorg.
- Daarbij gaat het bij HLO minder om herstel (de doelstelling curatief) maar om het vergroten van de kwaliteit van leven.
- In de huidige analyse zijn twee goed onderbouwde voorbeelden meegenomen. Het betreft de OOG-methodiek en Individuele Muziek Therapie Interventie. Omdat slechts twee interventies zijn geanalyseerd is het weergegeven arbeidseffect een onderschatting van het totaal potentieel van passende zorg.
- Ieder extra initiatief zal een additioneel effect hebben ten opzichte van het huidige resultaat, de gerapporteerde resultaten zijn daarmee mogelijk een onderschatting.

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

- Voor de analyse van passende zorg is gebruik gemaakt van twee voorbeelden binnen de ouderenzorg. De wetenschappelijke onderbouwing van deze interventies wordt beoordeeld als gemiddeld.

Beoordeling aandachtspunten



Betrouwbaarheid bronnen en aannames



Randvoorwaarden



Neveneffecten

Afspraak	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
Passende zorg	371	743	1.485	219	438	876
Totaal	371	743	1.485	219	438	876

NB: ook in de aanvullende IZA-/GALA-afspraken is gekeken naar de effecten van een aantal passende zorg initiatieven. Dit betreft andere initiatieven. De hierboven gerapporteerde fte-besparing betreft daarom een additioneel effect ten opzichte van de aanvullende IZA-GALA-afspraken.

Randvoorwaarden en neveneffecten van passende zorg als uitgangspunt in de Wlz

De implementatie van passende zorg binnen zowel de Wlz als de Zvw heeft als doel een betere kwaliteit van leven voor ouderen en een efficiëntere inzet van personeel. Door een systematische inventarisatie van interventies, de ontwikkeling van richtlijnen en een goed georganiseerde implementatie, kan de zorg effectiever en doelmatiger worden ingericht. Hoewel er verwachte effecten zijn, moeten enkele risico's zorgvuldig worden gemonitord, zoals de wetenschappelijke onderbouwing van interventies, de adoptie door zorgaanbieders en mogelijke regionale verschillen in implementatie. Een gedegen financiële onderbouwing en meerjarige afspraken tussen zorgkantoren en -aanbieders zijn essentieel om de continuïteit van passende zorg te waarborgen.

Randvoorwaarden

1. Vergoeding

Vergoeding van zorg is vaak gericht op productie (PxQ), maar niet op het afhouden van zorg of samenwerking over de domeinen heen. De huidige vergoedingsstructuur is daarmee niet passend voor passende zorg interventies. Er moeten meerjarige contractafspraken komen tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om zekerheid te bieden over de financiering van de nieuwe interventies. De bekostiging moet zodanig worden ingericht dat bewezen effectieve interventies worden gestimuleerd en minder effectieve of verouderde interventies worden afgebouwd.

2. Ontwikkeling en bijstelling van richtlijnen

Passende zorginterventies moeten systematisch worden geëvalueerd op passendheid en effectiviteit. Stakeholders moeten impactvolle passende zorginterventies selecteren en deze vertalen naar praktische richtlijnen en handreikingen voor zorgverleners. Deze richtlijnen moeten goed aansluiten op de doorbraakdoelen en het generiek kompas, zodat ze bijdragen aan efficiëntere zorg en een betere kwaliteit van leven voor ouderen. SKILZ, Verenso en V&VN moeten bestaande richtlijnen kritisch evalueren en indien nodig actualiseren, schrappen of vervangen door nieuwe evidence-based interventies. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met het feit dat de huidige richtlijnen vaak verouderd zijn en slechts periodiek worden geactualiseerd. Het actualiseren van richtlijnen is een tijdrovend proces. Om passende zorg initiatieven in te bedden is een versnelling gewenst.

3. Zorgverleners, instellingen en wetenschappelijke verenigingen

Passende zorg interventies vragen vaak om domeinoverstijgende samenwerking. Dit maakt dat eigenaarschap ontbreekt of conflicteert wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij de zorg voor ouderen. Deze rollen moeten duidelijk worden ingericht om het potentieel van passende zorg te realiseren.

4. Capaciteit en acceptatie binnen de zorgsector

Zorgaanbieders moeten voldoende capaciteit en middelen hebben om passende zorginitiatieven te implementeren zonder dat dit leidt tot extra werkdruk of inefficiëntie. Zorgverleners moeten actief worden betrokken bij het ontwikkelen en toepassen van richtlijnen, zodat er draagvlak ontstaat binnen de sector. Hierbij kan organisatie van zorg verschillen per regio, waardoor per regio mogelijk andere oplossingen gewenst zijn.

5. Acceptatie wetenschappelijke onderbouwing

In de curatieve zorg wordt kwaliteit vaak gemeten in uitkomsten als overleving of een ziektevrije periode. In de langdurige zorg zijn deze uitkomsten vaak niet van toepassing, maar gaat het om kwaliteit van leven. Dit vereist een omslag in het denken over het doen van onderzoek binnen de ouderenzorg, met kwaliteit van leven als belangrijkste uitkomstmaat.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Het schrappen van verouderde en minder effectieve interventies zal bijdragen aan efficiëntere zorg en een vermindering van de werkdruk binnen de langdurige zorg.
- Zorgverleners krijgen betere handvatten om passende zorg te leveren, wat leidt tot een hogere kwaliteit van leven voor ouderen.
- De implementatie van innovatieve interventies kan leiden tot een betere organisatie van zorgprocessen en een meer doelmatige inzet van personeel.

2. Negatieve effecten en risico's

- Beperkte adoptie van interventies: Zorgaanbieders kunnen terughoudend zijn in de implementatie van nieuwe interventies, waardoor het effect op de werkdruk en zorgkwaliteit lager uitvalt dan verwacht. Voor optimale adoptie en ondersteuning van nieuwe werkwijzen en interventies is integratie met ECD's en EPD's nodig. Dit kost tijd en geld en kan de adoptie belemmeren.
- Onzekerheid over de effectiviteit: Veel interventies binnen de langdurige zorg zijn nog niet grootschalig wetenschappelijk onderbouwd, waardoor de verwachte voordelen niet altijd kunnen worden gegarandeerd.
- Hogere initiële kosten: De implementatie van passende zorginitiatieven en het opleiden van zorgprofessionals kan in eerste instantie leiden tot hogere kosten en een tijdelijke toename van werkdruk.

Het beperken van administratieve lasten leidt in potentie tot een wenselijke arbeidsbesparing



Toelichting:

- Zorgprofessionals ervaren een hoge administratieve last. Dit gaat ten koste van de cliëntgebonden tijd, maar ook ten koste van werkplezier. Werknemers geven aan dat zij de zorg niet kunnen leveren zoals zij dat graag zouden willen. Dit leidt tot uitstroom uit de sector en ziekteverzuim.
- Het halveren van de administratieve lasten is een grote overkoepelende ambitie. Op meerdere vlakken worden stappen gezet die bijdragen aan deze ambitie.
- Beperking van administratieve lasten kan bijvoorbeeld door domeinoverstijgend indiceren, het vereenvoudigen van het proces van herindiceren in het verpleeghuis, maar ook door de implementatie van KIK-V.

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

- Er zijn gerichte en recente onderzoeken gedaan naar de (ervaren) administratieve lasten onder werknemers in de ouderenzorg. Gemaakte aannames konden eveneens goed onderbouwd worden op basis van beschikbare bronnen. De betrouwbaarheid van de gebruikte bronnen en aannames wordt daarom als hoog beoordeeld.

Beoordeling aandachtspunten



Betrouwbaarheid bronnen en aannames



Randvoorwaarden



Neveneffecten

Afspraak	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
Herindicaties in het verpleeghuis	34	54	64	20	32	38
Administratieve lasten	2.732	3.573	4.414	1.612	2.108	2.604
KIK-V: uitwisseling van secundaire data	671	1.006	1.342	396	594	792
Totaal	3.437	4.633	5.820	2.028	2.734	3.434

NB: Bij het interpreteren van de bovenstaande uitkomsten is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de gerapporteerde effecten, uitsluitend de effecten betreffen van de in het HLO opgenomen afspraken. Deze resultaten staan los van de IZA-/GALA-afspraken. Effecten zijn bij elkaar op te tellen.

Door de genoemde maatregelen vindt een verlaging van de administratieve lasten plaats bij verschillende zorgprofessionals. Deze arbeidsbesparing kan echter uitsluitend optimaal benut worden wanneer één zorgprofessional als gevolg van de tijdsbesparing in staat wordt gesteld extra zorgtaken op te kunnen pakken.

Randvoorwaarden en neveneffecten bij het beperken van administratieve lasten

De halvering van de administratieve lasten is een sectorbrede ambitie. De afspraken in het HLO richten zich specifiek op het vereenvoudigen van het proces van herindiceren, het stoppen met overbodige handtekeningen in Wlz en wijkverpleging, het regelarm maken van het (client)dossier, het verminderen van de regeldruk bij de Rekenmodule Wlz en de implementatie van KIK-V. De vier eerstgenoemde voorbeelden zijn een belangrijke stap om administratieve lasten te verlagen en de werkdruk voor zorgprofessionals te verminderen. Door zorgprofessionals meer regie te geven en de procedure te vereenvoudigen, kunnen zij zich beter richten op de zorg voor kwetsbare ouderen. De implementatie van KIK-V heeft met name verbeterde beschikbaarheid van verantwoordingsgegevens en een efficiëntere werkwijze binnen zorginstellingen als doel. Door de uitwisseling van secundaire data te standaardiseren en te digitaliseren, kunnen zorgaanbieders zich beter richten op hun kerntaken en wordt de besluitvorming op basis van betrouwbare data verbeterd.

Randvoorwaarden

1. Wettelijke en beleidsmatige verankering

Er dient gebruik gemaakt te worden van de bestaande ruimte in huidige wet- en regelgeving om deze vernieuwde processen vast te leggen, zodat zorginstellingen en professionals een duidelijke basis hebben om hiernaar te handelen. Er moeten beleidsmatige kaders worden opgesteld waarin wordt beschreven hoe de administratieve lastenreductie wordt bereikt zonder de zorgkwaliteit in gevaar te brengen. Implementatie van de nieuwe werkprocessen en KIK-V moeten voldoen aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en andere relevante wet- en regelgeving. Transparantie over datagebruik en duidelijke afspraken over gegevensbescherming zijn noodzakelijk om het vertrouwen van zorgaanbieders en cliënten te waarborgen.

2. Duidelijke afspraken over gegevens en monitoring

Zorginstellingen, zorgprofessionals en zorgkantoren moeten afspraken maken over welke gegevens noodzakelijk blijven en hoe deze eenvoudig kunnen worden vastgelegd. Zo moet bijv. het CIZ in samenwerking met zorgpartijen de effectiviteit van het nieuwe proces periodiek toetsen en bijstellen waar nodig. Voor implementatie van KIK-V moeten uniforme standaarden worden gehanteerd voor de vastlegging, opslag en uitwisseling van secundaire data om interoperabiliteit te garanderen.

3. Draagvlak en vaardigheden bij zorgaanbieders en professionals

Zorgprofessionals moeten actief betrokken worden bij het inrichten van nieuwe regelarme werkprocessen en de implementatie daarvan. Alleen dan kan de benodigde gedragsverandering plaatsvinden, waarbij zorginstellingen en medewerkers zich doorlopend bewust zijn van efficiënt administreren. Succesvolle implementatie kan alleen plaatsvinden wanneer zorgprofessionals voldoende voorbereid en getraind worden op het werken met de nieuwe processen.

4. IT-infrastructuur en procesintegratie

De vernieuwde processen moeten worden ingebed in de bestaande EPD's/ECD's, maar ook binnen het ICT-systeem van het CIZ. Dit vereist medewerking van de leveranciers om herinrichting van de dossiers mogelijk te maken. Zorginstellingen moeten voorbereid worden op de technische en administratieve wijzigingen en hun systemen hierop aanpassen.

5. Samenwerking en governance

Alle betrokken partijen, waaronder zorgaanbieders, toezichthouders, zorgkantoren en ICT-leveranciers, moeten zich committeren aan een uniforme werkwijze en duidelijke taakverdeling. Er moet een centrale coördinatie en monitoring plaatsvinden om voortgang, effectiviteit en verbeterpunten tijdig te signaleren en door te voeren.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Door het verminderen van de administratieve lasten krijgen zorgprofessionals meer tijd voor directe zorg aan cliënten.
- De vermindering van administratieve handelingen kan bijdragen aan het verlagen van de werkdruk en daarmee het vergroten van het werkplezier en derhalve het verminderen van uitstroom van zorgpersoneel.
- Wanneer processen goed worden ingericht bevordert dit de kwaliteit waarmee zorgprofessionals hun werk kunnen doen, wat eveneens bijdraagt aan hun werkplezier.
- Cliënten en hun familieleden hoeven minder regelwerk te verrichten, wat de toegang tot zorg en het gemak van het zorgproces verbetert.

2. Negatieve effecten en risico's

- Risico op minder zorgvuldige indicatiestelling en registratie: Door een vereenvoudigd proces bestaat de kans dat herindicaties minder nauwkeurig aansluiten op de zorgbehoefte van cliënten, wat kan leiden tot onder- of overindicering. Bij het regelarm clientdossier bestaat een vergelijkbaar risico.
- Onzekerheid over de daadwerkelijke tijdsbesparing: Mogelijk verschuift de administratieve last van zorgprofessionals naar andere schakels in de zorgketen, bijvoorbeeld naar kwaliteitscontroles of extra registratiewerkzaamheden binnen zorgkantoren.
- Afhankelijkheid van ICT-ontwikkelingen: Als de implementatie van de vernieuwde processen in ICT-systemen vertraging oploopt, kan dit leiden tot uitstel van de realisatie van de afspraken. Daarnaast kan de afhankelijkheid van het portfolio van verschillende beleidsdossiers bij dezelfde leveranciers, de zogenaamde implementatiefile, ook bijdragen aan vertragingen.

Bronnen: Monitor Langdurige Zorg, CBS (2025); Ministerie van VWS. Herindicaties VV profielen naar zorggebruik (2024); Bureau HHM. Tijdsduur en -besteding Wlz-aanvraag (2024); Van uitstroom naar behoud in de sector zorg en welzijn – NIVEL (2023)

Vereenvoudigen leveringsvormen, zorg zonder verblijf en zorg op maat



Toelichting:

- Binnen dit cluster is gekeken naar de effecten van alle afspraken die eraan bijdragen dat ouderen langer (zelfstandig) thuis kunnen blijven wonen.
- Reablement helpt ouderen om vaardigheden te behouden of opnieuw aan te leren, waardoor de inzet van professionele zorg wordt verminderd en in sommige gevallen de overgang naar verpleeghuiszorg wel met zes maanden kan worden uitgesteld.
- Het versterken van mantelzorgondersteuning en de afspraak gericht op het meewegen van de sociale context bij Wlz-zorg zonder verblijf vertonen een sterke samenhang. De laatstgenoemde afspraak zet erop in dat het uitgangspunt in de Wlz zorg zonder verblijf moet zijn ('zo gewoon mogelijk') en indien zorg in de thuissituatie niet meer verantwoord of passend is zorg in een instelling in beeld komt. Door zorg zonder verblijf eenvoudiger en flexibeler te organiseren, wordt zorg beter afgestemd op de situatie van ouderen (en mantelzorgers) en worden onnodige administratieve lasten en personele inzet beperkt.
- Bij de Wlz-zorg zonder verblijf wordt de sociale context van de client meegewogen. Het informele netwerk kan hierbij een rol spelen, indien rekening wordt gehouden met ieders grenzen en mogelijkheden.
- Door mantelzorgers beter te ondersteunen en respijt- en logeerszorg te verbeteren, wordt overbelasting bij mantelzorgers verminderd of zelfs voorkomen.

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

- De betrouwbaarheid van de gebruikte bronnen is hoog. Om een inschatting te maken van het effect van de afspraken zijn echter verschillende aannames gedaan, die op basis van beschikbare bronnen niet altijd goed te onderbouwen waren. De betrouwbaarheid van de bronnen en aannames wordt daarom beoordeeld als gemiddeld.

Beoordeling aandachtspunten



Betrouwbaarheid bronnen en aannames



Randvoorwaarden



Neveneffecten

Afspraak	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
Behoud kwaliteit van bestaan	7.609	15.219	22.828	4.490	8.979	13.469
Versterken mantelzorgondersteuning	14.031	17.363	20.771	8.278	10.244	12.255
Sociale context en Wlz-zorg zonder verblijf	2.265	4.543	6.922	1.336	2.680	4.084
Totaal	23.905	37.125	50.521	14.104	21.904	29.808

NB: in de aanvullende IZA-/GALA-afspraken zijn geen vergelijkbare afspraken opgenomen. De hier gerapporteerde uitkomsten betreffen een additioneel effect.

Randvoorwaarden en neveneffecten voor het behoud van zelfredzaamheid en voorkomen van overbelasting van mantelzorgers

Het versterken van zelfstandigheid en het behouden van eigen regie door middel van reablement kan een bijdrage leveren aan de kwaliteit van bestaan van ouderen en tegelijkertijd de druk op de zorgsector verminderen. Het meewegen van de sociale context bij Wlz-zorg zonder verblijf gaat er vanuit dat cliënten in principe in de thuissituatie worden verzorgd, tot dit niet meer verantwoord of passend is. Wanneer wordt gekeken naar de sociale context is de mogelijke inzet van mantelzorg daarbij een belangrijke schakel. De drie genoemde afspraken vragen om een goed doordachte implementatiestrategie met aandacht voor scholing, samenwerking tussen zorg- en sociaal domein, en voldoende financiering. Hoewel de positieve effecten, zoals een betere kwaliteit van leven en minder zorgvraag, duidelijk aanwezig zijn, moeten ook de risico's worden beheerst. Ongelijke toegang, mogelijke overbelasting van mantelzorgers en hoge initiële kosten vragen om een zorgvuldige aanpak.

Randvoorwaarden	Neveneffecten
1. Scholing en training van zorgprofessionals en mantelzorgers Zorgprofessionals moeten worden opgeleid in de principes van reablement en de methoden die nodig zijn om ouderen te ondersteunen bij het behouden van hun zelfstandigheid. Daarnaast zullen deze veranderingen ook aanpassingen vereisen in ECD's en EPD's, om de nieuwe werkwijzen en interventies goed te kunnen ondersteunen. Er moeten richtlijnen worden opgesteld over hoe reablement in de praktijk kan worden toegepast, inclusief protocollen voor het signaleren van zorgbehoeften en het stimuleren van zelfredzaamheid. Door mantelzorgers beter te ondersteunen in het vervullen van hun mantelzorgtaken ervaren zij minder belasting. 2. Acceptatie en motivatie bij ouderen Ouderen en hun familie of omgeving moeten bewust worden gemaakt van de voordelen van reablement en het behoud van zelfstandigheid in algemene zin en gemotiveerd worden om actief deel te nemen. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichtingscampagnes om ouderen te informeren over hoe zij langer zelfstandig kunnen blijven door gebruik te maken van trainingen en hulpmiddelen. Begeleiding op maat moet worden aangeboden om rekening te houden met verschillen in gezondheidsstatus, sociaaleconomische omstandigheden en digitale vaardigheden. 3. Samenwerking en afstemming tussen betrokken partijen Heldere taakverdeling en afstemming tussen gemeenten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en andere betrokken partijen is noodzakelijk om reablement effectief te implementeren. Er kunnen afspraken worden gemaakt over financiering en bekostiging om knelpunten in de toegang tot reablement-programma's weg te nemen. Gemeenten en zorgaanbieders zullen samenwerken om reablement te integreren in zowel de Wmo als de Zvw en Wlz. VNG, werkgevers, MantelzorgNL en andere maatschappelijke partners kunnen samenwerken aan een gelijkgericht ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. VWS, VNG en ZN ontwikkelen een gezamenlijk kader voor een regionaal passend aanbod aan logeerszorg en respijtzorg. VWS, SZW, OCW en het ministerie van Financiën doet op basis van het SER-advies voorstellen voor een betere combinatie van werk en mantelzorg. 4. Financiering en structurele borging Er behoort duidelijkheid komen over hoe reablement structureel wordt gefinancierd en hoe bestaande knelpunten in de bekostiging worden opgelost. Het Zorginstituut en de NZa dienen advies uit te brengen over hoe reablement kan worden geborgd binnen het zorgsysteem. Gemeenten en zorgverzekeraars ontwikkelen samen een plan van aanpak om de inzet van reablement duurzaam te verankeren in de zorg- en welzijnssector. De afspraken om de positie van mantelzorgers te ondersteunen dienen structureel te worden gefinancierd, om mantelzorgers in staat te stellen balans te houden in de zorgtaken en andere taken in het leven.	1. Positieve effecten - Betere kwaliteit van leven: Ouderen behouden langer hun zelfstandigheid en eigen regie, wat bijdraagt aan hun welzijn en gevoel van eigenwaarde. - Minder druk op de zorgsector: Door ouderen langer zelfstandig te houden, wordt de instroom in de langdurige zorg vertraagd en neemt de druk op zorgprofessionals af. - Een substantieel aandeel van de mantelzorgers is werkzaam in de formele zorg. Door belastende mantelzorgtaken stromen zij vaker uit of verzuimen vaker wegens ziekte. 2. Negatieve effecten en risico's - Hogere belasting van mantelzorgers: Hoewel reablement ouderen zelfstandiger maakt, kan het in sommige gevallen leiden tot een zwaardere zorgtaak voor mantelzorgers en familieleden. - Risico op onderbehandeling: Er bestaat een kans dat ouderen te lang zelfstandig blijven, waardoor noodzakelijke zorg te laat wordt ingezet en hun gezondheid verslechtert. - Initiële kosten: Investeringskosten in scholing van zorgprofessionals en mantelzorgers, hulpmiddelen en implementatie van reablement kunnen op korte termijn hoge kosten met zich meebrengen voordat de voordelen volledig worden gerealiseerd. - Weerstand tegen verandering: Zowel ouderen als zorgprofessionals kunnen moeite hebben met de overgang naar een andere manier van werken en zorg verlenen.

Bronnen: Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario's, ABF (2024); Arbeidsmarkt zorg en Welzijn 2033 – Eindrapportage toekomstscenario's, AZW (2024). Mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, CBS (2023)

Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht gehanteerde bronnen

1. [CBS. Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. N.A.](#)
2. [Ministerie van VWS. Monitor Langdurige Zorg. N.A.](#)
3. [Tweede Kamer. Presentatie Feiten en cijfers: thuiswonende ouderen. 4 juni 2020.](#)
4. [Vilans. Reablement: wat we kunnen leren van Denemarken. Januari 2025](#)
5. [Nieuwsbrief Zorg & Innovatie. Reablement: het recht op een zelfstandig leven - Nieuwsbrief Zorg en Innovatie. 21 september 2023](#)
6. [KPMG. De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. ander aanbieders van thuiszorg. December 2014.](#)
7. [Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn 2033. Eindrapportage Toekomstscenario's. N.A.](#)
8. [CBS. Hoeveel mensen zijn mantelzorger? - Nederland in cijfers 2024. 2024](#)
9. [Movisie. Behoeftedonderzoek logeerzorg. Februari 2020](#)
10. [Ministerie van VWS. Mantelzorgagenda 2023 – 2026. Juni 2023.](#)
11. [Sociaal en Cultureel Planbureau. Werk en mantelzorg. Februari 2019.](#)
12. [Werk en mantelzorg. Op weg naar een mantelzorgvriendelijk arbeidsklimaat. N.A.](#)
13. [Werk en mantelzorg. Kwaliteit van leven en het gebruik van ondersteuning op het werk. Februari 2019.](#)
14. [Josten, Edith & Boer, Alice. Competition between informal care and paid work. 2015.](#)
15. [Mantelzorg NL. Verlofregelingen voor mantelzorgers. N.A.](#)
16. [SER-advies. Balans in maatschappelijk verlot. N.A.](#)
17. [StatLine. Wlz-zorg in natura: uitgaven/volume op basis van declaraties; leveringsvorm. 2025.](#)
18. [Monitor Langdurige Zorg. Kerncijfers Indicatie. N.A.](#)
19. [Zorginstituut Nederland. Infographic: Kwaliteitsgegevens verpleeghuiszorg verslagjaar. 2021.](#)
20. [Waardigheid en trots. Verpleegzorg thuis werkt als je er vroeg bij bent. April 2023.](#)
21. [Zorgverzekeraars Nederland. Landelijke rapportage wachtlijsten verpleegzorg \(Wlz\). 2023.](#)
22. [CZ. Hoeveel zorginzet past bij uw zorgprofiel? N.A.](#)
23. [Alzheimer Nederland. Aantal mensen met dementie. 2023.](#)
24. [ZonMW. Onderzoek naar zeer ernstig probleemgedrag bij dementie. 2023.](#)
25. [AZW. De Staat van de arbeidsmarkt verpleging, verzorging en thuiszorg. 2024.](#)
26. [CBS. Arbeidsmarktprofiel Zorgmedewerkers. 2022.](#)
27. [AZW. Kwartaalupdate Q1 2024: Sector zorg en welzijn opnieuw gegroeid, met 26.000 extra zorgmedewerkers. 2024.](#)
28. [Vektis. Factsheet Wijkverpleging. 2022.](#)
29. [Zorg Voor Beter. Hoe vaak moet het zorgplan geëvalueerd worden?. 2022.](#)
30. [CBS. AZW WNE mei – juni 2024. 2024.](#)
31. [Berenschot. Meer tijd voor zorg door anders administreren. 2024.](#)
32. [Zorgverzekeraars Nederland. Landelijke rapportage wachtlijsten verpleegzorg \(Wlz\). 2023.](#)
33. [Ministerie van VWS. Secundair datagebruik | Data voor gezondheid. N.A.](#)
34. [Nivel. Administratieve druk: meer dan kwestie van tijd. 2017](#)
35. [Actiz. Ondanks IZA toch veel administratieve lasten voor zorgorganisaties en onduidelijkheid over financiering. 2023.](#)
36. [KIK-V. Rapporteren via de KIK-V werkwijze. N.A.](#)
37. [Zorgkaart Nederland. 2354 verpleeghuizen en verzorgingshuizen in Nederland. N.A.](#)
38. [CIBG. Zorgaanbieders en combinatie-instellingen | Jaarverantwoording zorg. N.A.](#)
39. [SiRM. Geschat-potentieel-digitale-zorg. Oktober 2023.](#)
40. [Zorginstituut Nederland. Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging. 2023.](#)
41. [Rijksoverheid. Kamerbrief bij rapport over tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg. 12 juli 2021.](#)
42. [VitaValley. Preventieve inzet van beeldschermzorg in de wijkverpleging. November 2022.](#)
43. [Vilans. Databank erkende interventies voor de langdurige zorg. 2024.](#)
44. [Medisch Contact. Passende zorg vraagt om meer centrale benadering. 2025.](#)
45. [Ministerie van VWS. Herindicaties VV profielen naar zorggebruik. 2024.](#)
46. [Bureau HHM. Tijdsduur en -besteding Wlz-aanvraag. 2024.](#)
47. [NIVEL. Van uitstroom naar behoud in de sector zorg en welzijn. 2023.](#)
48. [ABF. Inzetten op de potentie van sociaal werk – alternatieve scenario's. 2024.](#)
49. [AZW. Arbeidsmarkt zorg en Welzijn 2033 – Eindrapportage toekomstscenario's. 2024.](#)
50. [CBS. Mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg, 2023.](#)

Bijlage 2 – Overzicht van alle afspraken

	Afspraak	Toelichting op uitwerking
	Behoud kwaliteit van bestaan	Analyse
	Mantelzorgondersteuning	Analyse
	Sociale context en WIZ-zorg zonder verblijf	Analyse
	Toegang verblijf in de WLz	De belangrijkste interventie binnen deze afspraak is het opstellen van een nieuw afwegingskader. Doordat het afwegingskader nog opgesteld moet worden is het effect onvoorspelbaar. Mogelijke effecten zijn dat de indicatiestelling tijdelijk ingewikkelder wordt, leidt tot meer indicaties, of leidt tot minder indicaties. Vanwege deze onvoorspelbaarheid is besloten om op dit moment geen analyse uit te voeren van de genoemde afspraak.
	Herindicaties verpleeghuis	Analyse
	Passende zorg	Analyse
	Pakketbeheer: toets op het basispakket (VVTB)	De verwachting is dat deze afspraak niet binnen de looptijd van het HLO (tot en met 2028) zal leiden tot een arbeidsbesparing, daarom is voor deze afspraak geen effect opgenomen binnen de huidige analyse.
	Administratieve lasten	Analyse
	KIK-V: uitwisseling van secundaire data	Analyse
	Beschikbaarheid data	Databeschikbaarheid is een randvoorwaarde om andere afspraken succesvol te kunnen implementeren. De effecten van deze afspraak zijn daarom onderdeel van andere afspraken. Voor deze afspraak is geen afzonderlijke analyse uitgevoerd.
	Technologie	Analyse
	Kunstmatige intelligentie	Analyse
	Rol WLz-uitvoerders bij de zorginkoop i.s.m. veldpartijen met name bij zorg thuis	Deze afspraak vraagt een actievere houding van zorgkantoren, het effect van de afspraak kan echter twee kanten op vallen. Enerzijds staan cliënten mogelijk ten onrechte op wachtlijsten en hoeven zij geen zorg meer te ontvangen, anderzijds staan mogelijk cliënten op wachtlijsten die acuter zorg toegewezen moeten krijgen. Het netto-effect van de afspraak is daarmee dermate onvoorspelbaar dat er geen analyse voor deze afspraak is uitgevoerd.



Contactpersoon:

Dr. David Ikkersheim, Partner

KPMG Health

T +31 6 41 83 96 26

E ikkersheim.david@kpmg.nl



kpmg.com/socialmedia

Deze rapportage is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. KPMG aanvaardt enkel aansprakelijkheid jegens opdrachtgever.

In deze rapportage zijn inschattingen gemaakt van de mogelijke impact van voorgenomen beleidsafspraken. Zoals aangegeven in de methode en resultatensectie van dit rapport zijn uiteindelijke effecten afhankelijk van invulling randvoorwaarden, betrouwbaarheid van het beschikbare bewijs en mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Daarmee zijn de getallen in dit rapport indicatief van aard en kunnen er geen rechten aan ontleend worden.

© 2025 KPMG N.V., een naamloze vennootschap en lid van het KPMG-netwerk van zelfstandige ondernemingen die verbonden zijn aan KPMG International Limited, een Engelse entiteit. Alle rechten voorbehouden.

De naam KPMG en het logo zijn geregistreerde merken die onder licentie worden gebruikt door de zelfstandige ondernemingen die lid zijn van de wereldwijde KPMG organisatie.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel