Beleidsimpact analyse aanvullende IZA-/GALA-afspraken

19 Mei 2025

Inhoudsopgave

01	Aanleiding en vraagstelling	p. 3
02	Methode	p. 4
03	Overzicht van de maatregelen	p. 9
04	Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren	p. 10
	Bijlagen	p. 20

© 2025 KPMG Advisory 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.

02

Leveren de aanvullende IZA-/GALA-afspraken de gewenste fte-besparing op?

Wat is de situatie?

De zorg- en welzijnssector in Nederland kampt met:

- Een toenemende zorgvraag;
- Schaarste in aanbod.

Resulterend in een groeiend personeelstekort, met een geraamd tekort van 266.000 werknemers in 2034.

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

Wat wordt er anders?

Zonder interventie zal het personeelstekort verder toenemen doordat de zorgvraag harder groeit dan het personeelsaanbod.

Het kabinet werkt daarom met veldpartijen aan een concrete set aanvullende IZA-/GALA-afspraken gericht op:

1. Het verkleinen van de krapte op de arbeidsmarkt.
2. De behoefte aan personele inzet verminderen.

Wat is uw vraag?

U hebt KPMG gevraagd een eerste beleidsimpactanalyse uit te voeren van de aanvullende afspraken die uitmaken van het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Maak de effecten duidelijk door voor iedere maatregel drie scenario's in beeld te brengen: laag, gemiddeld en hoog.

De analyse richt zich op het transitiedoel – de behoefte aan personele inzet verminderen, uitgedrukt in FTE en werknemers.

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.
- Deze analyse is gebaseerd op de aanvullende IZA-/GALA-afspraken, versie 0.6 dd. 21 januari 2025.
- Hoewel de uitkomsten kunnen bijdragen aan het inzicht in de haalbaarheid en opbrengsten van de voorgestelde maatregelen heeft de beleidsimpactanalyse een innovatief en exploratief karakter. Daarom dienen de resultaten met de nodige nuance en zorgvuldigheid te worden geïnterpreteerd.

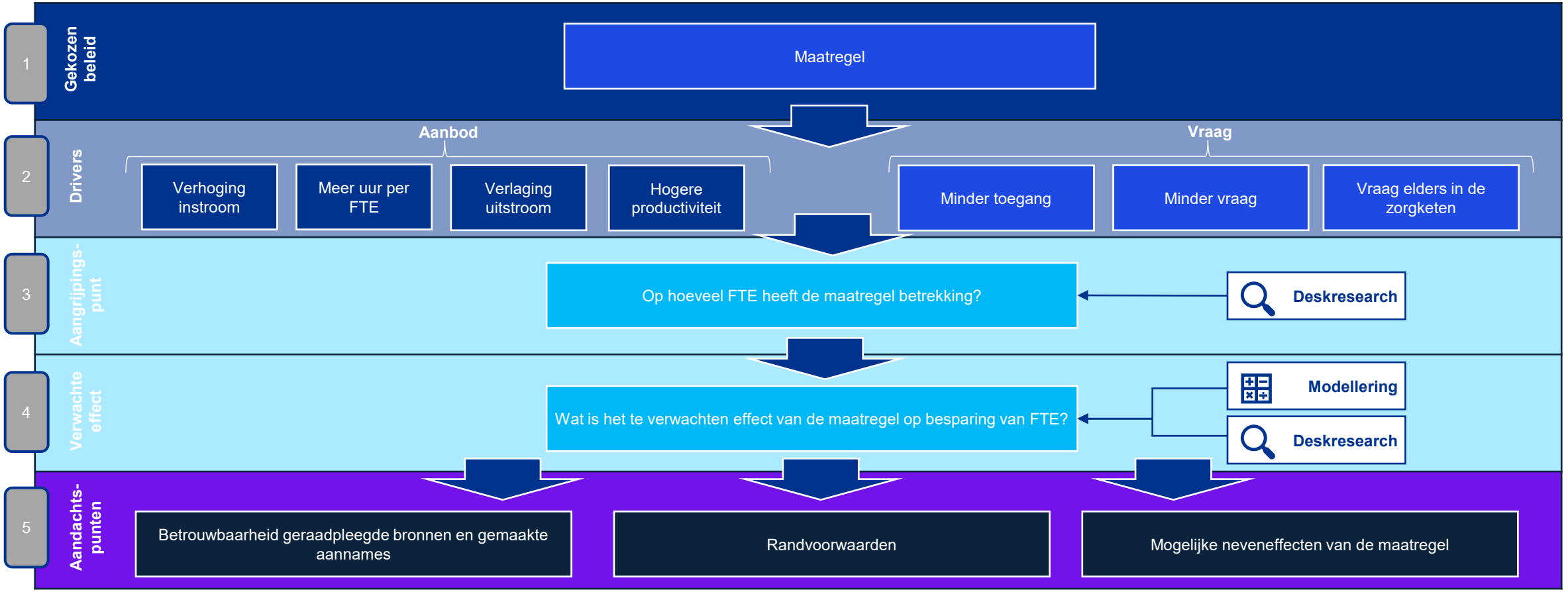
KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

Methode

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



Het conceptueel kader wordt op de volgende pagina per onderdeel toegelicht.

© 2025 KPMG Advisory 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.

Methode

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

1. Gekozen beleid

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

2. Toelichting op de drivers

Aan de aanbodzijde worden de volgende drivers herkend:

- Verhoging instroom: Hiermee wordt bedoeld dat de maatregel als doel heeft dat meer mensen kiezen voor een baan in de gezondheidszorg, 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 maatregel 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 bij 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:

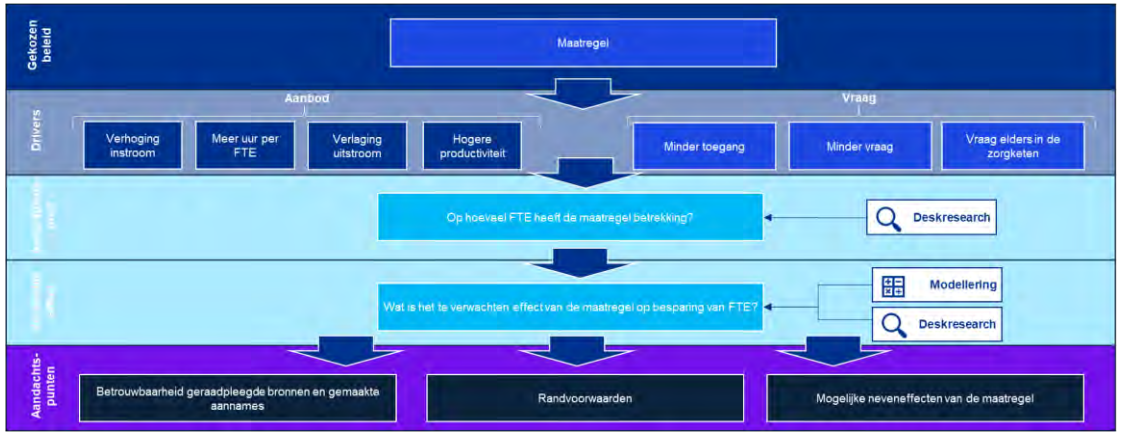
- Minder toegang: hiermee wordt bedoeld dat patiënten of cliënten minder beroep doen op zorg. Denk hierbij onder andere aan preventie.

- Minder vraag: dit betekent dat een maatregel 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 of een patiënt elders wordt opgevangen. Hieronder vallen bijvoorbeeld ‘Juiste Zorg op de Juiste Plek’ initiatieven.

3. Aangrijpingspunt

Wanneer duidelijk is op welke drivers een maatregel effect heeft, is door middel van deskresearch in kaart gebracht op hoeveel personen een maatregel 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 maagregel zijn drie verschillende scenario’s geanalyseerd.

5. Aandachtspunten

Voor een goede interpretatie van de effecten van de maatregel 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 maatregel daadwerkelijk te kunnen realiseren. Bijvoorbeeld investeringen, scholing, wetswijzigingen etc.

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

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

Methode

Voor iedere analyse is dezelfde systematiek gehanteerd

Toelichting maatregel

Korte samenvatting van de maatregel zoals beschreven in de aanvullende IZA-GALA afspraken.

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

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

Stap 2. Parameters

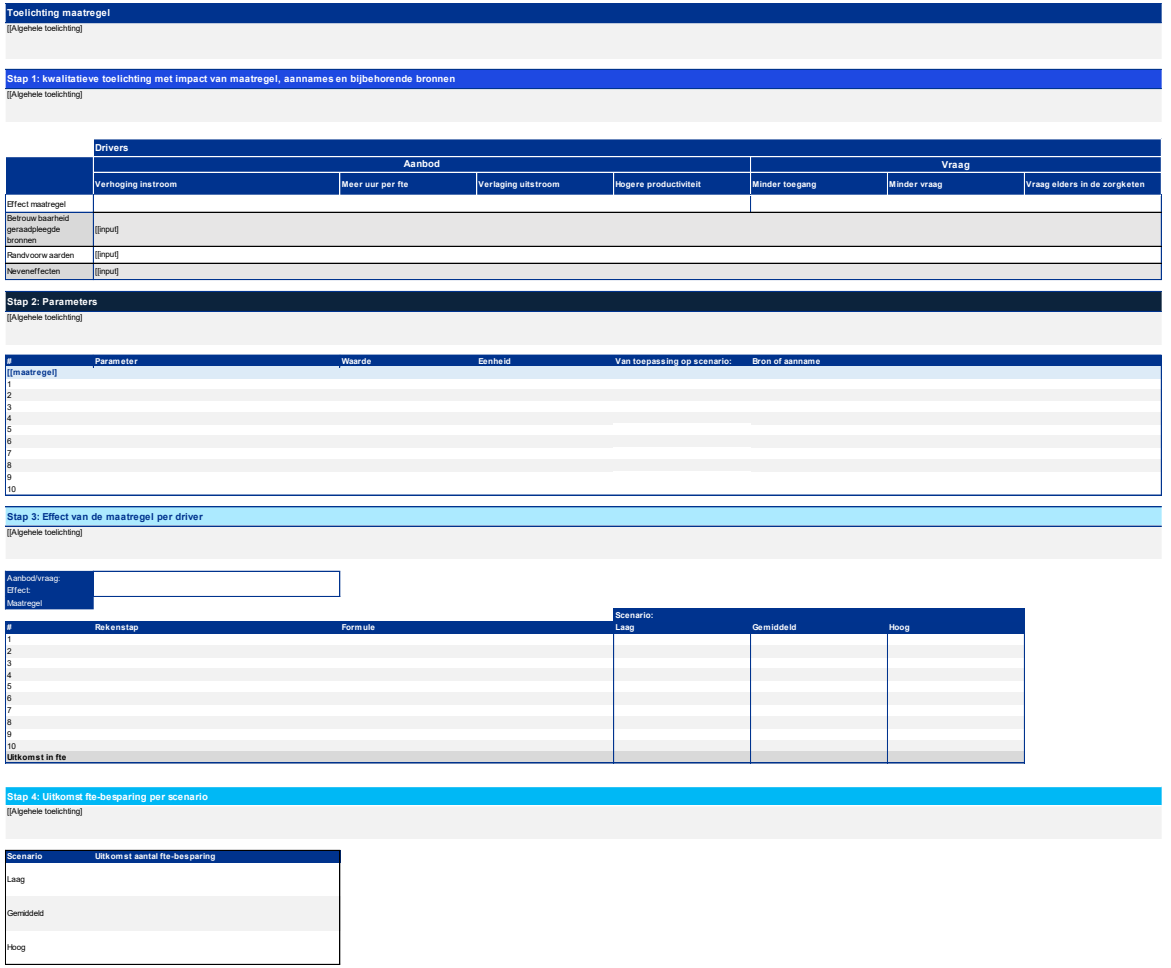
In deze stap worden de benodigde parameters ingevuld op basis van beschikbare bronnen. Indien aannames gemaakt worden, worden deze hier beschreven.

Stap 3. Effect van de maatregel 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 arbeidsbesparing per scenario in FTE/werknemers

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 zijn per type zorgprofessional verschillende deeltijdfactoren gebruikt. Voor de VVT als sector is een gemiddelde van 0.59 gebruikt, voor wijkverpleging 0.68, voor verpleegkundigen in de medisch specialistische zorg 0.75, voor de ggz 0.77 en voor huisartsen 0.74.



Toelichting maatregel

[[Algehele toelichting]]

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

[[Algehele toelichting]]

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

Stap 2: Parameters

[[Algehele toelichting]]

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

Stap 3: Effect van de maatregel per driver

[[Algehele toelichting]]

Aanbod/vraag:
Effect:
Maatregel

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

Stap 4: Uitkomst fte-besparing per scenario

[[Algehele toelichting]]

Scenario	Uitkomst aantal fte-besparing
Laag	
Gemiddeld	
Hoog	

Voorbeeld van het gehanteerde template in Excel

© 2025 KPMG Advisory 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.

Methode

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

Toelichting scenario's		Toelichting aandachtspunten	
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 maatregel van toepassing is, dan wel de grootte van het effect van de maatregel.	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.	Betrouwbaar-heid
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.	Hier wordt beschreven wat er nodig is om de beschreven maatregel te realiseren. Denk bijvoorbeeld aan vereiste kennis bij zorgprofessionals of benodigde investeringen.	Randvoor-waarden
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.	Hier worden de neveneffecten van de maatregelen beschreven. Soms betreft dit een mogelijke versterking van het effect van de maatregel, in andere gevallen kan een neveneffect een temperende werking hebben op het beoogde effect.	Neveneffecten

© 2025 KPMG Advisory 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.

02

De randvoorwaarden geven de doorslag in de impact

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

In deze beleidsimpactanalyse is gekeken naar de mogelijke impact van (clusters) van maatregelen. 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 maatregelen niet kunnen worden gerealiseerd.

De uiteindelijke impact van de maatregelen 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 maatregelen weergeven, waarbij de maatregelen 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.
- **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 maatregelen 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

Bronnen: Prognosemodel Zorg en Welzijn

© 2025 KPMG Advisory 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.

Overzicht van de maatregelen

Van de in totaal 28 maatregelen is van 16 maatregelen een analyse gemaakt

13

Maatregelen zijn geanalyseerd

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

3

Maatregelen zijn geanalyseerd, waarbij de effecten lastig te voorspellen zijn

- Voor deze maatregelen is wel een analyse gedaan, maar is sprake van veel afhankelijkheden. Dit leidt tot een grote bandbreedte.

12

Maatregelen zijn kwalitatief beschreven

- Van deze maatregelen is een kwalitatieve beschrijving van het mechanisme en effect beschreven. Er kan geen uitkomst in termen van FTE-besparing worden gegeven.

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren

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

De bovenstaande clusters zijn gebaseerd op hun impact op de totale arbeidsbesparing. Tien van de zestien geanalyseerde maatregelen zijn ondergebracht in bovenstaande clusters, deze clusters worden uitgewerkt vanaf pagina 11. De tien maatregelen ‘die niet in bovenstaande clusters vallen worden besproken op pagina 19.

De inzet van AI en technologische innovatie

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 patiënt.

Toegang tot geneesmiddelen

De toegang tot bestaande geneesmiddelen wordt verbeterd, hierdoor wordt efficiënter omgegaan met schaarste en ervoor gezorgd dat continuïteit van behandeling geborgd wordt.

© 2025 KPMG Advisory 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.

Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren

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

Toelichting:

— Betreft de inzet van Artificiële Intelligentie (AI) en technologische innovaties. In onderstaande analyse zijn meegenomen: medicijndispensers, leefstijlmonitoring, structuurrobot, verzorgend wassen en steunkousenhulp. Voor de inzet van iedere extra interventie zijn additionele effecten te verwachten.

— 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.

Beoordeling aandachtspunten

- Betrouwbaarheid bronnen en aannames
- Randvoorwaarden
- Neveneffecten

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.

	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
Afspraak	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
A4 – De kansen van AI in de zorg gaan we versneld en verantwoord benutten	240	3.954	18.535	*163*	*3.954*	*12.604*
F6 – We stimuleren de ontwikkeling, implementatie en opschaling van medische technologie in de zorg	1.367	4.437	10.132	*806*	*2.618*	*5.978*
Totaal	**1.607**	**8.391**	**28.667**	***969***	***6.572***	***18.582***

NB: Ook in de aanvullende afspraken opgenomen in het HLO is de implementatie van technologische innovaties en AI meegenomen. Wat betreft AI is er in deze analyse specifiek gekeken naar de medisch specialistische zorg, huisartsen en verpleegkundigen werkzaam in de curatieve zorg. De gerapporteerde effecten zijn additioneel aan de effecten gerapporteerd voor het HLO. In de medisch technologische interventies die zijn geanalyseerd zit overlap. In maatregel F6 is een additioneel effect opgenomen voor scenario laag, gemiddeld en hoog van respectievelijk 595, 1.264 en 1.747 FTE.

© 2025 KPMG Advisory 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.

04

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 patiënten 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.

2. 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.

3. Investeringen

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 van medische technologieën versnellen.

4. Bereidheid binnen zorginstellingen

Zorgaanbieders moeten openstaan voor de implementatie van AI en technologische innovaties en bereid zijn hun werkprocessen aan te passen waar nodig. Er moet actief verandermanagement worden toegepast om weerstand binnen zorgteams te minimaliseren en acceptatie te bevorderen. Zorgverleners moeten betrokken worden bij het ontwikkelen en testen van AI-tools, zodat deze aansluiten bij hun praktijkbehoeften.

5. Maatschappelijke acceptatie en ethische overwegingen

Niet alle patiënten 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 patiënten en zorgverleners te vergroten.

6. Samenwerking tussen stakeholders

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 AI-toepassingen in bestaande ECD's/EPD's, zal AI nooit het volledige potentieel kunnen realiseren. Publiek-private samenwerkingen moeten worden bevorderd om kennisuitwisseling en co-creatie van nieuwe technologieën te stimuleren.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Doordat bepaalde taken worden overgenomen door technologie, kan de zorgprofessional zich weer op de patiënt richten.
- 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 patiënten 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 tijdbesparende 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).

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren

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

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 onderstaande analyse zijn de effecten van een knie-/heupvervanging in dagbehandeling, een pacemakerplaatsing in dagbehandeling en het hyperhydratieschema bij cisplatine meegenomen. De gerapporteerde effecten betreffen de mogelijke extra arbeidsbesparing ten opzichte van de huidige situatie. Omdat slechts drie initiatieven zijn meegenomen in de analyse zijn de gerapporteerde uitkomsten een onderschatting van het totale potentieel.

— 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.

— In de huidige analyse zijn een aantal goed onderbouwde voorbeelden meegenomen. Ieder extra initiatief zal een additioneel effect hebben ten opzichte van het huidige resultaat.

Beoordeling aandachtspunten

- Betrouwbaarheid bronnen en aannames
- Randvoorwaarden
- Neveneffecten

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

— Voor de impact van passende zorg initiatieven zijn betrouwbare bronnen aanwezig, hier zijn echter slechts drie voorbeelden doorgerekend, wat extrapolatie van de resultaten niet mogelijk maakt. Voor de effecten van het vertalen van transitiedoelen in richtlijnen en de effecten van het vroegtijdige gesprek in de palliatieve setting zijn minder betrouwbare bronnen aanwezig en zijn derhalve aannames gedaan over de omvang van de effecten. De betrouwbaarheid van de bronnen en aannames wordt daarom afgegeven als gemiddeld.

	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
Afspraak	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
F1 - We contracteren impactvolle passende zorg initiatieven	1.645	2.173	3.567	*1.233*	*1.629*	*2.675*
F2 - We vertalen de transitiedoelen in de richtlijnen voor professionals	127	170	212	*87*	*115*	*144*
F8 - Zorgverleners gaan vroegtijdig het gesprek aan met patiënten over de laatste fase van het leven	574	820	1.394	*390*	*557*	*948*
Totaal	**2.346**	**3.163**	**5.173**	***1.710***	***2.301***	***3.767***

NB: ook in het HLO 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 afspraken in het HLO.

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

04

Randvoorwaarden en neveneffecten voor de implementatie van passende zorg

De transitie naar passende zorg biedt een grote kans om de zorg efficiënter, toegankelijker en duurzamer te maken. Door middel van gerichte contractering, herziening van richtlijnen en proactieve zorgplanning kunnen zorgprocessen beter worden afgestemd op de behoeften van patiënten en zorgverleners. Dit vereist een samenhangende aanpak waarin samenwerking, financiering en adoptie in de zorgpraktijk centraal staan. Hoewel de verwachte voordelen aanzienlijk zijn, zoals een efficiëntere inzet van zorgprofessionals, een verbeterde patiënttevredenheid en kostenbesparing, moeten ook de risico's zoals implementatieresistentie en een verhoogde druk op bepaalde zorgsectoren zorgvuldig worden beheerd. Door middel van een gefaseerde en goed gemonitorde aanpak kan de transformatie naar passende zorg succesvol worden gerealiseerd.

Randvoorwaarden

1. Financiële onderbouwing en contractering

Vergoeding van zorg is vaak gericht op productie (PxQ), maar niet op het afhouden van zorg of samenwerking over de lijnen heen. De huidige vergoedingsstructuur is daarmee niet passend voor passende zorg interventies. Er moeten meerjarige contractafspraken komen tussen 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. Veel richtlijnen zijn verouderd en worden slechts periodiek geactualiseerd. Het actualiseren van tijdlijnen is een tijdrovend proces, waardoor er mogelijk een discrepantie zit tussen de wens tot implementatie van passende zorg initiatieven en de daadwerkelijke integratie in zorgprocessen.

3. Zorgverleners, instellingen en wetenschappelijke verenigingen

Passende zorg interventies vragen vaak om samenwerking over disciplines of zelfs om lijnoverstijgende samenwerking. Dit maakt dat eigenaarschap ontbreekt of conflicteert wanneer meerdere partijen betrokken zijn bij zorg voor eenzelfde ziektebeeld. 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. Patiënten en patiëntenverenigingen

In de afgelopen jaren is binnen de curatieve zorg veel onderzoek gedaan naar kwaliteit van zorg, waardoor een goede wetenschappelijke basis bestaat voor passende zorg interventies. Desondanks is structurele inbedding in het zorgproces noodzakelijk, net als een omslag in het denken van zowel patiënten als zorgverleners.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Het schrappen van verouderde en minder effectieve interventies zal bijdragen aan efficiëntere zorg en een vermindering van de werkdruk
- Zorgverleners krijgen betere handvatten om passende zorg te leveren, wat leidt tot een hogere kwaliteit van leven voor patiënten.
- 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.
- 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.
- Risico op hogere zorgkosten: Als interventies niet goed worden geëvalueerd of onvoldoende effectief blijken te zijn, kan de invoering leiden tot onvoorziene hogere kosten in plaats van besparingen.
- Toename van zorgvraag elders: Door verplaatsing van zorg uit ziekenhuizen kan een grotere druk ontstaan op huisartsen, fysiotherapeuten en wijkverpleging.
- Ongelijke toegang tot technologie: Niet alle patiënten beschikken over gelijke (digitale) vaardigheden of middelen om technologische interventies effectief te gebruiken, wat kan leiden tot ongelijkheid in toegang tot zorg.

Bronnen: Retrospectief, observationeel, oriënterend onderzoek naar nefrotoxiciteit bij behandeling met cisplatine volgens twee verschillende hydratieschema's, NPFO (2016); Geschat potentieel effectieve zorg, SiRM (2021); Geschat potentieel digitale zorg, SiRM (2023); De olifant de kamer uit: Een einde aan het taboe rondom het voeren van het gesprek in en over de laatste levensfase, Gupta (2024); Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg, NPPZZII (2024). Passende zorg vraagt om meer centrale benadering - Medisch Contact (2025)

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

04

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 patiënt-/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 verminderen van de administratieve lasten is een sectorbrede ambitie. Op meerdere vlakken worden stappen gezet die bijdragen aan deze ambitie. Zowel in de aanvullende IZA-/GALA afspraken als in het HLO zijn verschillende maatregelen geformuleerd die bijdragen aan het verminderen van de administratieve last.

— Beperking van administratieve lasten kan bijvoorbeeld door het afschaffen van onnodige machtigingen, het wegnemen van verantwoordingseisen voor verzekeraars bij zorginkoop, en domeinoverstijgend indiceren.

— Bij het interpreteren van de onderstaande uitkomsten is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de gerapporteerde effecten, uitsluitend de effecten betreffen van de in het AZWA opgenomen maatregelen. Dit betreft een gedeeltelijke bijdrage aan de overkoepelende ambitie om de administratieve lasten te halveren.

Beoordeling aandachtspunten

- Betrouwbaarheid bronnen en aannames
- Randvoorwaarden
- Neveneffecten

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:

— Voor de genoemde maatregelen is deels nog onduidelijk hoe hier invulling aan gegeven zal worden. Dat maakt het effect van de maatregelen lastig in te schatten. De betrouwbaarheid van de bronnen en de gemaakte aannames wordt daarom als gemiddeld beoordeeld.

	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
Afspraak	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
A1 - Onnodige machtigingen schaffen we af	60	68	85	*41*	*46*	*58*
A2 - Verantwoordingseisen voor verzekeraars bij zorginkoop worden verminderd of weggenomen	478	1.468	3.606	*325*	*998*	*2.452*
A3 – Doorbraakprojecten die regeldruk voor professionals verminderen worden opgeschaald	89	142	195	*67*	*107*	*146*
A5 - We zetten in op arbitrage door domeinoverstijgend indiceren, om de zorg voor patiënt en professional overzichtelijker te organiseren	372	745	1.117	*220*	*439*	*659*
Totaal	**999**	**2.423**	**5.003**	***653***	***1.590***	***3.315***

NB: Bij het interpreteren van de bovenstaande uitkomsten is het belangrijk om er rekening mee te houden dat de gerapporteerde effecten, uitsluitend de effecten van de aanvullende IZA-/GALA- afspraken betreffen. De hier genoemde effecten zijn daarom op te tellen bij de effecten gerapporteerd voor de afspraken in het HLO. 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.

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren

De verschillende maatregelen die leiden tot lagere administratieve lasten leiden tot een arbeidsbesparing

De halvering van de administratieve lasten is een sectorbrede ambitie. De maatregelen in het AZWA richten zich specifiek op het afschaffen van onnodige machtigingen, het verminderen of wegnemen van verantwoordingseisen voor verzekeraars bij zorginkoop, het opschalen van doorbraakprojecten die de regeldruk voor professionals verminderen en arbitrage door domeinoverstijgend indiceren. De genoemde voorbeelden zijn uitwerkingen die bijdragen aan de ambitie om de administratietijd te halveren, de maatregelen verminderen werkdruk voor professionals en maken processen eenvoudiger voor patiënten, hun mantelzorgers en zorginstellingen. Realiseren van het potentieel van de maatregel is niet mogelijk zonder dat aan de genoemde randvoorwaarden wordt voldaan, daarbij moet rekening worden gehouden dat ondanks versobering van administratieve processen er voldoende controle en evaluatie blijft.

Randvoorwaarden

1. Betrokkenheid en samenwerking

Voor de implementatie van de gewenste stappen is het gewenst dat de verschillende stakeholders zoals zorgverzekeraars, brancheverenigingen, zorgverleners, patiëntenorganisaties ne ketenpartners in de besluitvorming, uitvoering en evaluatie van de maatregelen actief worden betrokken.

2. Monitoring en evaluatie

De effecten van het wijzigen van de machtigingen/verantwoordingseisen en domeinoverstijgend indiceren moeten nauwlettend worden gevolgd om te beoordelen of dit leidt tot een afname van administratieve lasten zonder negatieve gevolgen voor de zorguitgaven en kwaliteit. Er moet een mechanisme worden ingericht om vast te stellen of geschrapte machtigingen niet onbedoeld leiden tot extra kosten of misbruik binnen de zorgsector.

3. Procesafspraken en besluitvorming

Zorgverzekeraars en brancheverenigingen moeten gezamenlijk komen tot een selectie van machtigingen en inkoop-en verantwoordingseisen. Hierbij verdient het de voorkeur dat zorgverleners en patiëntenorganisaties moeten betrokken worden bij de identificatie en evaluatie van machtigingen om te garanderen dat de juiste keuzes worden gemaakt.

4. Stapsgewijze implementatie

Er moet een duidelijke fasering in de implementatie worden gehanteerd, zodat gemeenten, zorginstellingen en zorgverzekeraars stapsgewijs kunnen wennen aan de nieuwe werkwijze. Wanneer voortgang nauwlettend wordt gemonitord, kunnen knelpunten vroegtijdig worden gesignaleerd en aangepakt.

5. Afstemming met andere regelgeving en wetgeving

De bekostiging moet waar nodig worden aangepast om te voorkomen dat de maatregelen leiden tot ongewenste financiële prikkels of budgettaire risico's. Zorgverzekeraars moeten er samen met beleidsmakers op toezien dat de maatregelen passen binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet en andere relevante regelgeving.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Minder administratieve lasten voor zorgverleners, waardoor zij meer tijd kunnen besteden aan patiëntenzorg.
- Versnelling van het zorgproces voor patiënten, doordat goedkeuringsprocedures en wachttijden voor machtigingen worden verkort of geëlimineerd.
- Kostenbesparing door efficiënter gebruik van zorgmiddelen, mits de maatregel zorgvuldig wordt geïmplementeerd en gemonitord.

2. Negatieve effecten en risico's

- Risico op verminderde controle over zorguitgaven, doordat machtigingen, maar ook verantwoordingseisen, vaak worden gebruikt om de rechtmatigheid en doelmatigheid van zorg te waarborgen.
- Mogelijke toename in zorgkosten door een toename in het gebruik van bepaalde zorgmiddelen en hulpmiddelen of door een toename van het aantal indicaties.
- Weerstand bij zorgverzekeraars en beleidsmakers, indien er zorgen zijn dat het afschaffen aanvullende administratieve handelingen kan leiden tot onrechtmatige declaraties of verminderde controle op behandelingen.

Bronnen: Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging, Zorginstituut Nederland (2023.); Gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen – Monitor Langdurige Zorg; GVS-advise actualisatie bijlage 2 voorwaarden – Zorginstituut Nederland (2019); Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn WNE mei-juni 2024; Meer tijd voor zorg door anders administreren – Berenschot (2024)

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Document Classificatie: KPMG Confidentieel

04

Het verbeteren van de toegang tot bestaande geneesmiddelen maakt in potentie een directe en indirecte arbeidsbesparing

Toelichting:
— Deze maatregel heeft als doel dat er wordt gezorgd voor betere toegang tot bestaande geneesmiddelen, wanneer deze toegang echter niet gegarandeerd kan worden wordt eveneens ingezet op goede zorg en continuïteit van zorg voor onze patiënten.
— Apotheken worden hiermee ontlast in het zoeken naar schaarse geneesmiddelen en patiënten worden beter beschermd, waardoor zijn in potentie minder beroep op zorg hoeven doen. Hiermee heeft de maatregel in potentie een direct en een indirecte arbeidsbesparing tot gevolg.

Toelichting betrouwbaarheid bronnen en aannames:
— Er zijn relatief betrouwbare bronnen bekend over de extra administratieve lasten van een medewerker in een apotheek. Voor de inschatting van het voorkomen van zorg door toegang tot bestaande geneesmiddelen zijn echter verschillende aannames gedaan. De betrouwbaarheid wordt daarom beoordeeld als gemiddeld.

Beoordeling aandachtspunten

- Betrouwbaarheid bronnen en aannames
- Randvoorwaarden
- Neveneffecten

	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
Afspraak	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
F4 - We verbeteren toegang tot bestaande geneesmiddelen voor patiënten	2.187	2.938	3.690	*1.487*	*1.998*	*2.509*
Totaal	**2.187**	**2.938**	**3.690**	***1.487***	***1.998***	***2.509***

NB: in het HLO is geen vergelijkbare afspraak opgenomen. Het hier gerapporteerde effect staat op zichzelf.

© 2025 KPMG Advisory 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.

04

Randvoorwaarden en neveneffecten van het verbeteren van toegang tot bestaande geneesmiddelen

Het verbeteren van de toegang tot geneesmiddelen is een essentiële maatregel om de zorg efficiënter en patiëntvriendelijker te maken. Door structurele afspraken te maken met zorgverzekeraars, apothekers en farmaceutische bedrijven kunnen de administratieve lasten verminderen en kunnen patiënten sneller toegang krijgen tot hun medicatie. De maatregel biedt voordelen voor zowel zorgprofessionals als patiënten, maar brengt ook uitdagingen met zich mee, zoals een mogelijke toename in zorguitgaven en logistieke knelpunten bij grootschalige implementatie. Een zorgvuldig uitgevoerde en goed gecoördineerde strategie is daarom noodzakelijk om de impact van tekorten te minimaliseren en de continuïteit van zorg te waarborgen.

Randvoorwaarden

1. Tekorten zijn een wereldwijd probleem en er is vaak sprake van een fysiek tekort aan API / grondstof

Bij deze maatregel is het van belang om te beseffen dat tekorten een wereldwijd en EU-breed probleem zijn. Tevens is het zo dat tekorten in een aanzienlijk deel van de gevallen veroorzaakt wordt door een fysiek tekort van een API / grondstof, dat in sommige gevallen niet eenvoudig vanuit Nederland is op te lossen gelet op de complexe logistieke keten. Deze omstandigheid maakt dat het geheel oplossen van tekorten geen eenvoudig te realisteren voornemen is.

2. Vermindering van administratieve lasten

Administratieve lasten rondom het declareren van alternatieve geneesmiddelen bij tekorten kunnen worden teruggedrongen door afspraken tussen zorgverzekeraars en apothekers. Verbeterde afstemming tussen de eerste en tweede lijn vermindert onnodige bureaucratie en helpt om processen efficiënter te laten verlopen. Er moet een juridisch verankerde regeling komen voor therapeutische substitutie, zodat apothekers zonder onnodige vertraging vervangende geneesmiddelen kunnen leveren.

3. Financiële en logistieke afspraken

Zorgverzekeraars, apothekers en VWS moeten gezamenlijk de vergoeding van bijkomende werkzaamheden bij geneesmiddelentekorten evalueren en indien nodig aanpassen. Onderzoek naar de kosten en haalbaarheid van productieopschaling bij langdurige tekorten kan Nederlandse fabrikanten helpen hier tijdig op kunnen inspelen.

4. Verbetering van data-uitwisseling en monitoring

Door gestandaardiseerde definities en uniforme data-uitwisselingsprotocollen worden geneesmiddelentekorten sneller en beter inzichtelijk gemaakt. Zorgverleners, ziekenhuizen en apothekers moeten sneller en efficiënter kunnen inspelen op dreigende tekorten door een geoptimaliseerd systeem voor informatie-uitwisseling. Preferentiebeleid moet flexibel worden aangepast bij tekorten om ongewenste discontinuïteit in de behandeling van patiënten te voorkomen.

5. Praktische oplossingen voor continuïteit van zorg

Zorgverzekeraars en apothekers moeten uniforme afspraken maken over verlenging van de uitverkooptermijn bij wisseling van preferente geneesmiddelen, zodat er minder risico op tekorten rond de jaargrens is. De mogelijkheid van een pilot waarbij bepaalde geneesmiddelen tijdelijk worden uitgesloten van preferentiebeleid moet worden onderzocht, zodat de impact op beschikbaarheid en betaalbaarheid in kaart kan worden gebracht.

Neveneffecten

1. Positieve effecten

- Zorgprofessionals, zoals apothekers en artsen, zullen minder tijd kwijt zijn aan het zoeken naar alternatieve geneesmiddelen, wat hun productiviteit verhoogt.
- Patiënten zullen sneller toegang hebben tot hun medicatie, wat de continuïteit van zorg waarborgt en de behandelresultaten verbetert en mogelijk zelfs opnames voorkomt.
- Door betere inkoopstrategieën coördinatie zal de impact van tekorten verminderen, waardoor minder patiënten worden geconfronteerd met onderbrekingen in hun behandeling.

2. Negatieve effecten en risico’s

- Toename in vraag naar bepaalde geneesmiddelen: Verbeterde beschikbaarheid kan leiden tot een verhoogde vraag, waardoor tekorten op een ander niveau kunnen ontstaan.
- Financiële druk op zorgbudgetten: Een betere toegang tot geneesmiddelen kan leiden tot hogere uitgaven, vooral als dure innovatieve geneesmiddelen structureel beschikbaar worden gesteld.
- Onvoorziene logistieke problemen: Hoewel preferentiebeleid flexibeler kan worden aangepast, kunnen productie- en leveringsproblemen alsnog de beschikbaarheid van geneesmiddelen beïnvloeden.
- Complexiteit in implementatie: Het opzetten van uniforme richtlijnen en afspraken tussen diverse partijen vereist langdurige samenwerking en aanpassingen in de werkwijze van apothekers en zorgverzekeraars.
- Afhankelijkheid van farmaceutische bedrijven: Bij productie-opschaling in Nederland moet rekening worden gehouden met commerciële belangen van fabrikanten, wat afspraken over productiecapaciteit complex kan maken.

Bronnen: Tekorten uitgelegd - KNMP|Farmanco. Dossier Geneesmiddelentekorten – KNMP; Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen – Europees Parlement (2024)

KPMG

© 2025 KPMG Advisory 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.

Uitwerking randvoorwaarden om potentie te realiseren

Zes maatregelen zijn niet ondergebracht in de clusters met de grootste impact, maar dragen wel bij aan de totale arbeidsbesparing

Toelichting:
- De maatregelen die hieronder worden genoemd dragen in kleinere mate bij aan de totale arbeidsbesparing en zijn daarom niet opgenomen in de clusters met potentieel de hoogste impact op de arbeidsbesparing.
- De maatregelen E5, E2, E3 en D4 richten zich allen op het versterken van de eerste lijn. In algemene zin geldt voor deze maatregelen dat de bronnen die gebruikt zijn om het effect van de maatregelen in te schatten betrouwbaar zijn, de bronnen zijn echter niet direct te vertalen naar de huidige situatie in Nederland, waardoor de effecten van de maatregelen met een zekere mate van onnauwkeurigheid zijn ingeschat.
- Het eerste orde effect van de genoemde maatregelen is gericht op het versterken van de eerste lijn. Het tweede orde effect dat mogelijkerwijs optreedt is dat door een versterking van de eerste lijn, zorg elders in de keten meer wordt ontlast dan uit onderstaande analyses blijkt.
- Zie voor een gedetailleerde uitwerking van de betrouwbaarheid van gehanteerde bronnen en gemaakte aannames, de randvoorwaarden en neveneffecten ook het bijgesloten databook.

	Arbeidsbesparing in werknemers			Arbeidsbesparing in FTE		
Afspraak	Laag	Gemiddeld	Hoog	Laag	Gemiddeld	Hoog
D4 - Thuisarts.nl wordt structureel geborgd	4	14	24	*3*	*9*	*15*
E2 - De versterking van de eerstelijnszorg wordt structureel geborgd	569	1.409	2.258	*387*	*958*	*1.536*
E3 - Huisartsen gaan standaard met een vaste patiëntenpopulatie werken	506	1.012	1.494	*344*	*688*	*1.016*
E4 - Psychiaters en verpleegkundig specialisten stellen zich verplicht beschikbaar voor avond-, nacht-, weekend- en crisisdiensten in hun regio	215	430	586	*150*	*301*	*451*
E5 – We versterken de samenwerking tussen partijen op het snijvlak medisch en sociaal domein	118	235	353	*80*	*160*	*240*
F5 - We ondersteunen medische preventie zoals vaccinaties als hiermee zorgvraag wordt voorkomen	442	697	975	*301*	*474*	*663*
Totaal	**1.854**	**3.797**	**5.690**	***1.265***	***2.590***	***3.921***

NB: De bovenstaande uitkomsten betreffen afspraken die geen overlap kennen met het HLO. De gerapporteerde effecten staan op zichzelf. .

© 2025 KPMG Advisory 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.

Bijlagen

Bijlage 1 – Overzicht gehanteerde bronnen

1. Zorginstituut Nederland. GVS-advies actualisatie bijlage 2 voorwaarde. 3 okt. 2019.
2. Zorginstituut Nederland. Incontinentie absorptiemateriaal: noodzakelijk te verzekeren zorg? 30 mei 2011.
3. Vilans. Hulpmiddelen bij het aan- en uittrekken van steunkousen. N.v.t.
4. Zorgkaart Nederland. Instellingen voor wijkverpleging in Nederland. N.v.t.
5. Zorgkaart Nederland. GGZ-instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland. N.v.t.
6. Zorgkaart Nederland. aanbieders van overige zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking in Nederland. N.v.t.
7. Pharmaceutisch weekblad. Helft zorgpersoneel besteedt kwart tijd aan administratie. 13 juni 2024.
8. CBS, Dashboard Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW), N.v.t.
9. CBS. AZWbreed aantal werknemers en gemiddelde deeltijdfactor. Juni 2024.
10. Actiz. Regionale coördinatiefuncties eerstelijnsverblijf. Februari 2021
11. NZA. Kerncijfers kortdurende zorg. N.v.t.
12. Nationale zorggids. In 2019 ontvingen 53.000 ouderen geriatrische revalidatiezorg. 27 juli 2021
13. NVIC en V&VN. Capaciteit intensive care najaar/winter 2022-2023. Mei 2022.
14. NVIC. Checklist zorgbeleidsplan IC-afdelingen in Nederland. 2021.
15. FNV. FNV onderzoek naar administratiedruk in Zorg & Welzijn. 12 juni 2024.
16. Radboudumc, Rijnstate, UMCG, NFU en Zorginstituut Nederland. Experiment Zinvolle Registraite (ZIRE). Januari 2021.
17. ORDZ. ZIRE: Meer kwaliteit van zorg door minder (kwaliteits)registraties. 20 januari 2025.
18. CIBG, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basisberoep en specialisme. N.v.t.
19. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2024-2027. Oktober 2022.
20. NTVG. Een dag uit het leven van de zaalarts interne geneeskunde. 8 januari 2018.
21. SiRM. Geschat potentieel digitale zorg: Onderzoek naar opbrengsten digitalisering van zorg. 2023.
22. Amberscript BV and Amsterdam UMC: Accurate voice-to-text transcriptions for healthcare professionals – Medrecord. N.v.t.
23. Nivel. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenparktijken: een actualisering voor de periode 2020-2022. 2022.
24. Nivel. De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018. November 2018.
25. International Journal of Innovative Science and Research Technology. Harnessing Generative AI for Patient-Centric Clinical Note Generation. 28 mei 2024.
26. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2022-2025. December 2022.
27. Berenschot. Administratieve belasting langdurige zorg 2019. 2019.
28. Nivel. Factsheet Administratieve Druk. December 2017.
29. Nieuwscheckers. Zorgpersoneel besteedt minder dan 40% van werktijd aan belastende regels. 20 okt. 2023.
30. Zorginstituut Nederland. Advies - Verdelen van schaarste in de wijkverpleging. 2 nov. 2023.
31. KPMG. De toegevoegde waarde van Buurtzorg t.o.v. ander aanbieders van thuiszorg. 2014.
32. Monitor Langdurige Zorg. Gebruik Wmo-maatwerkvoorzieningen. N.v.t.
33. De Nederlandse ggz. Verkennend gesprek. September 2023.
34. Tijdschrift voor Psychiatrie. Het verkennend gesprek: actieonderzoek naar het perspectief van zorgvragers. 2024.
35. Medisch contact. Basis-ggz kan besparing tot 270 miljoen euro bieden. 9 feb. 2018.
36. Nederlandse Zorgautoriteit. Kerncijfers huisartsenzorg. N.v.t.
37. NHG. 2022: 80 miljoen bezoekers Thuisarts.nl. 2022.
38. Federatie Medisch Specialisten. Uitbreiding tweedelijns patiënteninformatie op Thuisarts.nl 5 januari 2023.
39. Nivel. Cijfers uit de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenparktijken. December 2022.
40. Prognosemodel Zorg en Welzijn. 7 Huisartsen en gezondheidscentra (HA) – Nederland. N.v.t
41. Nivel. De werkweek van de Nederlandse Huisarts in 2018. November 2018.
42. CIBG. BIG-register. Fysiotherapeut. 1 feb. 2025.
43. Vzinfo. Eerstelijnszorg | Aanbod| Paramedische zorg. 14 Okt. 2024.
44. Vzinfo. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Leeftijd en geslacht. 18 juni 2024.
45. Nivel. Zorg door de Fysiotherapeut. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023. 2024.
46. Vzinfo. Chronische aandoeningen en multimorbiditeit | Regionaal | Volwassenen. 28 feb. 2024.
47. Medisch Contact. Passende zorg vraagt om meer centrale benadering. 2025.
48. KNGF. FysioFacts. November 2024.
49. Nivel. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken. 2012.
50. VeiligheidNL. Infographic Valongevallen. 2023.

© 2025 KPMG Advisory 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.

Bijlage 1 – Overzicht gehanteerde bronnen

51. Cochrane Library. Exercise for preventing falls in older people living in the community. 31 jan. 2019.
52. Vzinfo. COPD | Zorg. 1 sept. 2022.
53. CBS. Bevolkingsgroei. N.v.t.
54. Huisartsen Service. Forse toename aantal waarnemend huisartsen, dramatische afname praktijkhouders van 84%
55. NZA. Update cijfers acute zorg 2019. 2019.
56. British Journal of General Practice. Continuitiy in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. 27 jan. 2022.
57. CIBG. BIG-register. Basisberoep en specialisme. N.v.t.
58. Vzinfo. Acute zorg | Regionaal | Crisisdienst ggz. 22 okt. 2022.
59. TMI. Alles over het werken bij de crisisdienst. 14 dec. 2022.
60. PrimaCura. Organisatie van de ANW zorg. N.v.t.
61. Vzinfo. Bevolking | Vergrijzing | Volksgezondheid en Zorg. 18 feb. 2025.
62. RIVM. Overzicht feiten en cijfers acute zorg. Februari – april 2022.
63. Vzinfo. Ziekenhuiszorg | Gebruik | Ligduur | Volksgezondheid en Zorg. 24 juni 2024.
64. Netwerk acute zorg Brabant. Factsheet Valincidenten in Noord-Brabant. 2018.
65. ActiZ. Onderzoek Eerstelijns verblijf. Maart 2018.
66. LROI. Online LROI annual report 2024. 31 dec. 2023
67. Hart en Vaatcijfers. Jaarcijfers behandeling met pacemaker of ICD.2023.
68. Journal of Interventional Cardiac Elektrophysiology. Safety of same-day discharge versus overnight stay strategy following caridac device implantations: a high-volume single-centre experience. 5 sept. 2022.
69. Isala. Patiëntenfolder Pacemaker-implantatie. 17 april 2023.
70. NPFO. Retrospectief, observationeel, oriënterend onderzoek naar nefrotoxiciteit bij behandeling met cisplatine volgens twee verschillende hydratieschema's. 2016.
71. CBS. Bevolkingsgroei. N.v.t.
72. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Medisch specialisten: aantal contacten. 2024.
73. Patiëntenfederatie Nederland. Rapport Onnodige zorg. Feb. 2024.
74. SFK. Aantal apotheken zakt terug naar niveau 2008. 15 feb. 2024.
75. Rijksoverheid. Start alliantie medicatieveiligheid. 4 juni 2019.
76. NTVG. Ziekenhuisopnames door geneesmiddelbijwerkingen bij 55-plussers in Nederland. 15 nov. 2012.
77. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. Ligduur in ziekenhuizen. 2022.
78. Vzinfo. Bevolking| Geboorte. 18 dec. 2024.
79. RiVM. Het Rijksvaccinatie-programma in Nederland. 2018.
80. Gezondheidsraad. Immunisatie tegen RSV in het eerste levensjaar. 14 feb. 2024.
81. Dynaphar. RSV kritieke periode voor baby's breekt aan vooral voor prematuren. N.v.t.
82. Vzinfo. Bevolking | Bevolkingsomvang. 25 nov. 2024.
83. RiVM. LCI-richtlijn | Gordelroos. 19 maart 2025.
84. https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2019/07/15/vaccinatie-tegen-gordelroos
85. Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen gordelroos. 15 juli 2019.
86. Rijksoverheid.nl. Kamerbrief bij rapport over tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg. 12 juli 2021.
87. SiRM. Onderzoek naar opbrengsten digitalisering van zorg. Okt. 2023.
88. VenVN. Informatie Verzorgend wassen voor zorgmedewerkers. N.v.t
89. VitaValley. Verkenning SRoI Analyse | Preventieve inzet van beeldschermzorg in de wijkverpleging. November 2022.
90. Palliaweb. Kerncijfers behoefte aan palliatieve zorg. 26 april 2024.
91. Gupta Strategists. De olifant de kamer uit. April 2024.
92. International Journal of Integrated Care. Potentially Inappropriate End of Life Care and Healthcare Costs in the Last 30 Days of Life in Regions Providing Integrated Palliative Care in the Netherlands: A Registration-based Study. 8 juli 2024.
93. UMC Utrecht. Spoedeisende hulp (SEH). N.v.t.
94. Digizo. Transformatieagenda Digizo.nu. 10 juli 2024.
95. SiRM. Inschatting potentieel van effectieve zorg. 13 mei 2021.
96. NPPZ. Transformatie palliatieve zorg. N.v.t.
97. Berenschot. Meer tijd voor zorg door anders administreren. 5 sept. 2024.
98. KNMP. Tekorten uitgelegd. N.v.t.
99. Europees Parlement. Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Mei 2024.

© 2025 KPMG Advisory 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.

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 beleidsmaatregelen. 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