

Een werkagenda voor integrale zorg

PwC Strategy&
april 2025

Robert Steemers
Director
M: +31 (0) 651 573 355
robert.steemers@pwc.com

Sander Visser
Partner
M: +31 (0) 618 654 228
sander.visser@pwc.com

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.
Thomas R. Malthusstraat 5,
1066 JR Amsterdam,
Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam
T: + 088 792 00 20
F: + 088 792 96 40
www.pwc.nl

Geadresseerd aan:
Stichting Rivas Zorggroep
Maasziekenhuis Pantein B.V.
Stichting CuraMare
Stichting ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen

Betreft: rapportage 'Een werkagenda voor integrale zorg'

Geachte meneer van Rozendaal, mevrouw Terwijn, mevrouw Hoogervorst en mevrouw Hurkens,

Voor u ligt ons rapport 'Een werkagenda voor integrale zorg'. Op jullie verzoek en conform onze afspraken vastgelegd in de opdrachtbevestiging van 8 juli 2024, hebben we een onderzoek uitgevoerd om inzicht te verschaffen in de kwantitatieve potentie van integrale zorg in Nederland, de wijze waarop ketenorganisaties daar invulling aan geven, en wat er nodig is om deze potentie in het stelsel te verzilveren.

In de periode augustus 2024 tot en met april 2025 heeft PwC Strategy& onafhankelijk onderzoek gedaan. Dit rapport 'Een werkagenda voor integrale zorg', welke is gedateerd op 18 april 2025 vormt hiervan het eindproduct.

Dit rapport is strikt vertrouwelijk en alleen voor u bedoeld. Het mag alleen aan derden worden verstrekt voor zover overeengekomen in ons contract of nadat wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven. Wij accepteren geen aansprakelijkheid (ook niet voor nalatigheid) richting enige andere partij dan u of voor enig ander gebruik van dit rapport dan waarvoor het bedoeld is.

Heeft u nog vragen? Neemt u dan gerust contact met mij op.

Met vriendelijke groet,

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.

Sander Visser
Partner PwC Strategy&

Over dit rapport

Reikwijdte



Beperkt

Uitgebreid

PwC Strategy& – onderdeel van PwC Advisory N.V. – is door Stichting CuraMare, Maasziekenhuis Pantein B.V., Stichting Rivas Zorggroep, en Stichting ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen verzocht om een onderzoek uit te voeren naar de potentie van integrale zorg en de rol van ketenorganisaties. In augustus 2024 tot en met april 2025 heeft PwC Strategy& een onderzoek uitgevoerd. In overeenstemming met de opdrachtbrief omvatte onze scope het inzichtelijk maken de kwantitatieve potentie van integrale zorg in Nederland aan de hand van (internationale) wetenschappelijke literatuur en ervaringscijfers, en dit in relatie stellen tot de inzet en resultaten die ketenorganisaties nu al leveren en realiseren op het vlak van integrale zorg. Daarnaast omvatte de scope: (i) een overzicht van de profielen van de ketenorganisaties, (ii) illustraties van integrale zorg, (iii) barrières voor integrale zorg, en (iv) aanbevelingen voor een (samen)werkagenda op het vlak van integrale zorg. De scope van de werkzaamheden zoals afgesproken in de opdrachtbevestiging is ongewijzigd. Wij hebben onze analysewerkzaamheden afgerond op 18 april 2025. Dit rapport bevat daarom niet de gevolgen van gebeurtenissen na die datum of de impact van later beschikbaar gekomen informatie.

Beschikbaarheid en kwaliteit van informatie



Beperkt

Uitgebreid

We hebben ons onderzoek gebaseerd op een combinatie van informatiebronnen, waaronder wetenschappelijke literatuur, publieke databronnen (vb. CBS), interviews (met o.a. de bestuurders en (zorg)medewerkers van de ketenorganisaties), en specifieke productie- en organisatiedata van de ketenorganisaties die relevant was voor de geïnccludeerde initiatieven en analyses. De gehanteerde bronnen zijn in dit rapport steeds aangegeven op de respectievelijke pagina's en in totaliteit opgenomen in de Appendix.

Uitgangspunt voor ons werk

We hebben onze werkzaamheden gebaseerd op de aan ons ter beschikking gestelde informatie. Wij hebben aangenomen dat deze informatie juist, volledig en niet misleidend is. Wij hebben geen accountantscontrole uitgevoerd met betrekking tot deze informatie, noch een beoordeling gericht op het vaststellen van volledigheid en juistheid daarvan conform internationale audit of reviewstandaarden.

Toegang tot ons rapport

Ons rapport is specifiek opgesteld voor client met wie we overeenstemming hebben over het doel en de reikwijdte van ons werk of aan wie we de aard en omvang van ons werk en de beperkingen daarin hebben toegelicht. Voor het gebruik van het rapport door andere partijen dan de client aanvaarden wij derhalve geen verantwoordelijkheid, zorgplicht of aansprakelijkheid - contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins.

Zoals overeengekomen in onze opdrachtbrief, mag ons rapport uitsluitend voor informatieve doeleinden worden gedeeld.

Overige opmerkingen

Het Rapport alsmede enig geschil voortvloeiende uit of verband houdend met (de inhoud van) het Rapport worden uitsluitend beheerst door Nederlands recht.

Voorwoord



Robert Steemers is director bij PwC Strategy&. Robert adviseert organisaties in de zorg over transformaties en strategievorming
E-mail: robert.steemers@strategyand.nl.pwc.com



Ab Klink is Senior Executive Advisor bij PwC Strategy&, hoogleraar zorg, arbeid en politieke sturing, en lid van de WRR. Ab is voormalig minister van VWS en bestuurder van VGZ.
E-mail: ab.k.klink@strategyand.nl.pwc.com



Hunter Reynolds is senior associate bij PwC Strategy&. Hunter richt zich in haar advieswerk op strategieontwikkeling in de zorgpraktijk.
E-mail: hunter.lily.reynolds@strategyand.nl.pwc.com



Sander Visser is partner bij PwC Strategy&. Sander geeft leiding aan de dienstverlening van PwC Strategy& in Nederland, en aan de internationale zorgpraktijk van PwC in Europa.
E-mail: sander.visser@strategyand.nl.pwc.com

PricewaterhouseCoopers Advisory N.V.
Thomas R. Malthusstraat 5, 1066 JR Amsterdam,
Postbus 9616, 1006 GC Amsterdam
www.pwc.nl

Dagelijks krijgen duizenden mensen te maken met ziekenhuiszorg, wijkverpleging, intramurale ouderenzorg of andere vormen van zorg. Zeker de mensen met meervoudige problematiek ervaren vaak fragmentatie van zorg, die daarmee onsamenvattend is en soms onnodig is of als onnodig wordt ervaren.

Ketenorganisaties zoals Curamare, Rivas, Pantein en Zorgsaam (die zowel ziekenhuiszorg, wijkverpleging en intramurale ouderenzorg bieden) proberen al jaren invulling te geven aan integrale zorg. Integrale zorg is per definitie persoonsgericht, vraag-gestuurd en gecoördineerd vanuit het perspectief van de inwoner, en kan dus veel van de bovengenoemde problemen ondervangen. Er is veel consensus in Nederland en daarbuiten dat integrale zorg gewenst is. Er is ook veel consensus dat integrale zorg moeilijk te organiseren is, o.a. omdat het zorgstelsel “silo’s” kent en daarmee integraliteit bemoeilijkt. Waar veel minder consensus over is, is de mate waarin integrale zorg al wordt geleverd, wat het verdere potentieel is en welke barrières nou écht in de weg zitten om integrale zorg te leveren.

PwC Strategy& accepteerde daarom graag de onderzoeksopdracht om inzicht te verschaffen in de potentie van integrale zorg, en de wijze hoe ketenorganisaties daar invulling aan geven. Deze vraag is relevant tegen de achtergrond van oplopende personeelstekorten en budgetbeperkingen. Een absoluut oordeel hoeveel potentie behaald is en wat er aanvullend nog mogelijk is, is op basis van beschikbare (openbare) data niet te geven. Maar verschillende onderzoeken tonen aan dat fragmentatie van zorg tot hoge kosten leidt en dat integrale zorg zowel zorgkwaliteit kan verhogen als zorgkosten kan verlagen. Ketenorganisaties hebben al sprekende voorbeelden van integrale zorg die opschaalbaar zijn in andere regio’s. Met andere woorden: er is nog (voldoende) potentieel om integrale zorg hoger op de agenda te zetten. Het is aan alle betrokken partijen om hier een agenda van te maken.

Wij hebben in ons onderzoek kunnen leunen op de samenwerking met de bestuurders en medewerkers van onze opdrachtgevers. We zijn hen zeer dankbaar. De conclusies in dit onderzoek blijven uiteraard voor onze rekening.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting

2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

Samenvatting (1/5)

Inleiding

Integrale zorg kan een belangrijke bijdrage leveren om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de Nederlandse zorg nu, en in de toekomst te waarborgen. Door demografische ontwikkelingen is de behoefte aan samenhang binnen en tussen het zorg- en welzijnsaanbod steeds belangrijker. Integrale zorg gaat over het organiseren van passende zorg bij meervoudige en complexe zorgvragen. Integrale zorg is persoonsgericht, vraag-gestuurd en gecoördineerd, vanuit het perspectief van de inwoner.

Ketenorganisaties zijn zorg- en welzijnsaanbieders die meerdere zorgvormen verlenen, waaronder ziekenhuiszorg, langdurige zorgvormen, en wijkverpleging. CuraMare, Pantein Zorggroep (hierna 'Pantein'), Rivas Zorggroep (hierna 'Rivas'), en ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen (hierna 'ZorgSaam') zijn ketenorganisaties. Vanuit hun ervaringen zijn zij overtuigd van de waarde van integrale zorg. Afzonderlijk ontwikkelen en implementeren zij integrale zorg al in de praktijk in de eigen organisaties en regio, en komen daarbij periodiek bijeen om van elkaar te leren.

CuraMare, Pantein, Rivas en ZorgSaam hebben PwC Strategy& gevraagd de potentie van integrale zorg te onderzoeken en aanbevelingen te doen voor een samenwerkingsagenda voor de ketenorganisaties op het vlak van integrale zorg. Dit rapport bevat de bevindingen van dit onderzoek.

De noodzaak van integrale zorg neemt toe

Het zorggebruik, zowel in totaal als per persoon, zal de komende jaren sterk toenemen. De totale zorguitgaven stijgen met 76% tussen 2022 en 2050. Dit wordt onder meer gedreven door toenemende complexiteit: inwoners hebben vaker meervoudige en complexe zorg- en welzijnsvragen. In 2050 heeft meer dan 60% van de inwoners minimaal één chronische aandoening, en meer dan 35% heeft twee of meer chronische aandoeningen.

Voor inwoners met meervoudige vragen is integrale zorg noodzakelijk, omdat dit inzet vraagt van verschillende zorg- en welzijnsaanbieders. Als betrokken professionals onvoldoende coördineren ervaart de inwoner fragmentatie, wat kan leiden tot onder- en overbehandeling. Dit vertaalt zich onder meer in onnodige zorg, een hoge druk op schaars personeel, en een groter risico op slechte zorguitkomsten.

Integrale zorg is per definitie gericht op het verminderen van fragmentatie. Fragmentatie is deels inherent aan de inrichting van het zorgaanbod. Er bestaan silo's in het zorg- en welzijnsstelsel: tussen financieringsdomeinen, zorgsectoren, organisaties en vakinhoudelijke beroepsgroepen. De silo's maken het moeilijker om integrale zorg te verlenen.

Het personeelstekort in zorg- en welzijnssector is een van de grootste uitdagingen voor kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Integrale zorg kan een belangrijke rol spelen in het verminderen van de zorgvraag – en daarmee het personeelstekort – en tegelijkertijd de kwaliteit van zorg voor deze doelgroep verhogen.

De potentie van integrale zorg is groot

Internationaal onderzoek suggereert dat er in Nederland onbenut potentieel is voor integrale zorg. Dit rapport hanteert drie perspectieven om die potentie te duiden: onderzoek naar faalkosten, wetenschappelijke economische evaluaties van integrale zorg, en Nederlandse praktijkvoorbeelden. Op basis daarvan kan worden geconcludeerd dat integrale zorg de potentie heeft de zorgvraag structureel te verlagen met 7-9%. Gegeven het maatschappelijke belang, wordt de potentie uitgedrukt in termen van het toekomstige personeelstekort. Wanneer we uitgaan van een conservatiever potentieel van 4-8% minder zorgvraag, heeft integrale zorg de potentie om het personeelstekort in 2032 met 31-62% te verminderen. Dit staat gelijk aan het voorkomen van de benodigde inzet van 65.000-130.000 extra medewerkers.

Samenvatting (2/5)

A. *Perspectief op de potentie van integrale zorg vanuit faalkosten*

Faalkosten zijn gangbaar in internationale literatuur om inefficiënties in een systeem (o.a. zorg) te duiden. Faalkosten zijn “kosten die worden veroorzaakt door structurele inefficiënties die aantoonbaar worden veroorzaakt door het systeem en die voorkomen hadden kunnen worden”. Een Nederlands onderzoek naar faalkosten in de zorg concludeert dat faalkosten 25% van de totale Nederlandse zorguitgaven drijven. Faalkosten in de zorg worden gecategoriseerd naar (i) administratieve lasten, (ii) fraude en misbruik, (iii) gebrekkige zorgverlening en coördinatie van zorg, (iv) overbehandeling en zorg met weinig waarde voor de patiënt, en (v) hoge prijzen en winsten.

‘Gebrekkige zorgverlening en coördinatie van zorg’ is direct te relateren aan fragmentatie. Regressie analyse toont aan dat (i) administratieve lasten en (iv) overbehandeling en zorg met weinig waarde voor de patiënt deels te relateren zijn aan fragmentatie. Tezamen wijst dit op faalkosten gerelateerd aan fragmentatie gelijk aan 9% van de totale zorguitgaven, ofwel €11,5 miljard in 2022.

B. *Perspectief op de potentie van integrale zorg vanuit wetenschappelijke economische evaluaties*

Er zijn veel wetenschappelijke economische evaluaties van integrale zorg initiatieven beschikbaar, zowel internationaal als in Nederland. De kwaliteit hiervan is wisselend. Recente meta analyse (met weging van onderzoekskwaliteit) van 34 evaluaties wijst op uiteenlopende resultaten, met een gemiddelde impact van 7% zorgkosten vermindering, tegen 7% hogere kwaliteit.

C. *Perspectief op de potentie van integrale zorg vanuit Nederlandse praktijkvoorbeelden*

Nederland kent veel praktijkvoorbeelden van integrale zorg. De in dit onderzoek opgenomen voorbeelden verhogen de kwaliteit van zorg op verschillende onderdelen, zoals betere kwaliteit van leven, langer thuis kunnen wonen, en meer eigen regie. Deze

voorbeelden leiden ook gemiddeld tot 26% zorgkosten vermindering. Over het algemeen zijn dit initiatieven voor specifieke doelgroepen, waardoor de potentie hoger is dan op nationaal niveau realistisch haalbaar. Het is dus niet mogelijk om deze uitkomsten naar het nationale niveau simpel te extrapoleren.

Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg

A. *Ketenorganisaties bieden meerdere vormen van zorg aan in meerdere domeinen*

CuraMare, Pantein, Rivas en ZorgSaam verlenen primair ziekenhuiszorg, vormen van langdurige zorg en wijkverpleging in verschillende en niet-overlappende regio's. Het zijn grote zorgaanbieders met in 2023 een jaaromzet van ca. €215 tot €360 miljoen, en ca. 3.000 tot 6.000 medewerkers.

Vanwege de organisatievorm hebben ketenorganisaties kenmerken die de systemische silo's in het Nederlandse zorgaanbod doorkruisen. Zo beslaat het aanbod bijvoorbeeld meerdere zorgsoorten, waardoor het gefinancierd wordt vanuit meerdere domeinen. Dit resulteert in *capabilities* die integrale zorg kunnen faciliteren, zoals korte en directe lijnen binnen verschillende disciplines en in de regio, en integraal capaciteitsmanagement.

Silo's op het vlak van financieringsdomeinen leiden bij ketenorganisaties echter ook tot silo's in de interne aansturing. Ketenorganisaties hebben te maken met verschillende stelselwetten, financiers, financiering, en verantwoordingseisen. Middelen kunnen hierdoor niet volledig geïntegreerd worden ingezet. Ketenorganisaties pogen al integrale zorg te verlenen vanuit patiënt en/of client perspectief, maar moeten intern oplossingen vinden om dat bedrijfsvoering technisch te realiseren, zoals interne facturering.

B. *Ketenorganisaties hebben voorbeelden van hoe zij nu al integrale zorg verlenen*

De organisaties hebben al voorbeelden van hoe zij nu integrale zorg verlenen:

Samenvatting (3/5)

- CuraMare's geriatrische spoedzorg afspraken voorkomen opnames van ouderen vanaf de SEH en verkorten de ligduur
- Pantein's regionaal coördinatiecentrum (RECO) bevordert betere in-, door- en uitstroom door centrale coördinatie van de gefragmenteerde regionale capaciteit
- Pantein's inzet van de SO in de 1^e lijn ontlast de huisarts, en zorgt dat ouderen langer thuis kunnen wonen en minder formele (Zvw) thuiszorg gebruiken
- Zorgadvies van Rivas bevordert passende zorg en betere in-, door- en uitstroom door centrale coördinatie van eigen en regionale capaciteit
- Thuismonitoring door Rivas met de 1^e lijn vermindert het aantal fysieke controles, en brengt zorg naar de eerste lijn of zelfs naar huis
- ZorgSaam's Wondexpertisecentrum (WEC) versterkt poliklinische en 1^e-lijns wondzorg en brengt zorg hiermee dichterbij de patiënt (niet gekwantificeerd)

Dit onderzoek toont aan dat de organisaties hiermee al een deel van de eigen zorgvraag hebben weten af te buigen. De initiatieven hebben de potentie om – mits landelijk opgeschaald – het landelijke personeelstekort te verminderen.

Er zijn ook voorbeelden van initiatieven die maatschappelijke impact kunnen hebben, waar opschaling tot op heden niet gelukt is omdat knelpunten voor de ketenorganisaties te groot bleken. Voorbeelden van knelpunten waren:

- Het ontbreken van een structurele betaaltitel bij zorginzet in een andere setting (bijvoorbeeld bij de inzet van specialistische kennis in de 1^e lijn)
- Het niet kunnen declareren van activiteiten nodig om integrale zorg vorm te geven (bijvoorbeeld bepaalde multidisciplinaire overleggen en overlegtijd)

C. Ketenorganisaties realiseren al een deel van de voordelen van integrale zorg

Wetenschappelijke evaluaties van integrale zorg hanteren indicatoren op de inzet op integrale zorg en de uitkomsten van integrale zorg op kwaliteit en kosten. Dit onderzoek hanteert gangbare indicatoren om te toetsen in hoeverre de inzet van ketenorganisaties op integrale zorg al leidt tot resultaten op organisatieniveau en ten opzichte van landelijke gemiddelden en trends.

Ketenorganisaties realiseren gemiddeld op acht van de negen indicatoren een bovengemiddeld resultaat ten opzichte van een benchmark, wat indiceert dat ketenorganisaties nu al voordelen realiseren van hun inzet op integrale zorg. Zo is bijvoorbeeld het relatief aantal wachtenden voor langdurige zorg gemiddeld meer dan 5 procentpunt lager dan het landelijk gemiddelde, en ligt de heropnameratio 9 procentpunt lager dan het landelijk gemiddelde.

Hoewel de gemiddelde waarden van de ketenorganisaties gemiddeld of beter presteren dan een benchmark, is er sprake van onderlinge variatie. Niet alle organisaties scoren op elk van de indicatoren altijd beter dan de benchmark. Dit toont aan dat er nog potentie is voor de organisaties om van elkaar te leren om de grondslag van die variatie te begrijpen, met als doel convergeren naar de *best in class* per indicator.

Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg

Dit onderzoek toont aan dat integrale zorg in Nederland op lokale schaal al wordt ingevuld. Vaak zijn dit pilots, tijdelijke experimenten, en het implementeren van andere manieren van werken binnen organisaties en in zorgketens voor specifieke doelgroepen. Onderzoek van de Europese Commissie naar de volwassenheid van diverse nationale en regionale zorgsystemen in termen van integrale zorg bevestigt dit beeld. De Europese Commissie constateert ook dat in Nederland nog veel barrières bestaan die grootschalige implementatie van integrale zorg in de weg staan, als gevolg van een gebrek aan politieke consensus en ontwikkeling van ondersteunend nationaal beleid.

Samenvatting (4/5)

In wetenschappelijke literatuur wordt gesproken over vijf vereisten die een brede opschaling en adoptie van integrale zorg mogelijk maken:

1. **Passende financiering en bekostiging:** Structurele bekostiging die integrale zorg over organisaties, sectoren en domeinen heen faciliteert en daarin congruent is wanneer dit bijdraagt aan betere zorg tegen minder benodigde inzet van personeel en / of lagere kosten.
2. **Databeschikbaarheid:** Relevante patiënt- e/o clientgegevens en historie zijn inzichtelijk voor alle betrokken zorgprofessionals wanneer daar aanleiding toe is vanuit het contact, ongeacht het domein, zorgsoort of organisatie van de professional in kwestie. Gegevens over effectiviteit, kwaliteit en kosten van zorg zijn beschikbaar voor secundair gebruik.
3. **Lijnloze personeelsinzet:** Schaars zorgpersoneel wordt lijnloos ingezet op de plek waar diegene nodig is, ongeacht organisatie e/o sectorgrenzen, zo lang medewerker bekwaam is en de kwaliteit van zorg gewaarborgd is.
4. **Stimpel en eenduidig toezicht:** Eenheid van opvatting en uitvoering i.r.t. integrale zorg bij relevante toezichthouders over zorgschotten heen, zodat verantwoordingseisen de beweging naar integrale zorg niet belemmeren.
5. **Draagvlak en eigenaarschap bij professionals:** Professionals bepalen wanneer integrale zorg nodig is en wat dat voor de specifieke patiënt / client in kwestie betekent. Zij krijgen en voelen de ruimte krijgen om hier invulling aan te geven.

Verschillende barrières hinderen bovenstaande vereisten. Dit onderzoek benoemt veel van deze barrières, zoals dat (i) aanbieders ervaren dat de sectorspecifieke betaaltitels en financiële schotten tussen domeinen integrale zorg belemmeren, en (ii) een gebrek aan interoperabiliteit van ICT-systemen databeschikbaarheid tussen verschillende zorgverleners belemmert.

Dit onderzoek toont ook aan dat het ketenorganisaties soms lukt om deze barrières te slechten. Met andere woorden: barrières hinderen, maar maken integrale zorg niet onmogelijk. Barrières moeten dan ook niet verlamd werken: er is veel dat nu al mogelijk is. Maar, hoewel de afzonderlijke barrières leiden tot hindernissen die soms te slechten zijn, is het vooral de opstapeling van barrières die opschaling belemmert. Losstaande puntoplossingen om specifieke barrières te slechten zijn niet voldoende. Dit betekent dat alle systeempartijen een belangrijke rol hebben, en in gezamenlijkheid of ten minste in samenhang moeten acteren.

Aanbevelingen om de potentie van integrale zorg te verzilveren

Aanbeveling: Alle systeempartijen moeten aan de slag met een agenda om de potentie van integrale zorg te verzilveren

De agenda kan er als volgt uit zien: overheid en toezichthouders voeren ‘top-down’ regie over de voortgang op de werkagenda. Ze helpen bij het vinden van oplossingen voor geïdentificeerde knelpunten. Zorg- en welzijnsaanbieders voeren ‘bottom-up’ regie op de inhoud, en zorgen ervoor dat overige partijen voldoende verbonden zijn aan het veld en informatie hebben om keuzes te kunnen maken. Financiers spelen een sleutelrol tussen overheid en toezichthouders en zorg- en welzijnsaanbieders. Zij ondersteunen overheid en toezicht met informatie vanuit de praktijk over voortgang en inhoud, en faciliteren zorg- en welzijnsaanbieders door middel van contractering.

Voorgestelde agenda voor “Overheid en toezichthouders”: werk aan een stelsel dat integrale zorg faciliteert en stimuleert

De maatschappelijke uitdagingen en potentie van integrale zorg om die uitdagingen het hoofd te bieden zijn dusdanig groot dat systeempartijen op ‘macro’ niveau (bv. overheid, instituten, toezichthouders) zich maximaal zouden moeten inzetten voor integrale zorg. In de kern betekent dit dat partijen pogen de vereisten voor integrale zorg structureel te

Samenvatting (5/5)

realiseren, ‘puntoplossingen’ zo snel mogelijk te generaliseren, en systemische barrières proactief te signaleren, agenderen, en remediëren. Vanuit de regierol die zij voeren is het van belang dat zij overige systeempartijen motiveren – en achterblijvers al dan niet dwingen – om (opschaling van) integrale zorg te faciliteren. PwC Strategy& onderschrijft hiermee eerdere oproepen om responsief bestuur vanuit een adaptief en lerend stelsel.

Voorgestelde agenda voor “Financiers en toeleveranciers”: faciliteer en stimuleer aanbieders die werk maken van integrale zorg

Financiers en leveranciers hebben zowel richting overheid en toezichthouders als naar zorg- en welzijnsaanbieders een rol. Passende financiering en bekostiging is een belangrijks vereiste, waarop nu veel barrières worden ervaren. De agenda voor financiers is gericht op het introduceren van financiële prikkels die opschaling van integrale zorg faciliteren, het reduceren van administratieve lasten als gevolg van contractuele resultaatafspraken, en gelijkgerichte contractering van integrale zorg. Dit biedt financiers ook een kans: door inzicht te krijgen in de succesfactoren van integrale zorg, kan dit landelijk worden opgeschaald en ingekocht. Databeschikbaarheid vraagt specifiek actie van ICT leveranciers, gericht op interoperabiliteit van systemen en het faciliteren van evaluatie van integrale zorg.

Voorgestelde agenda voor “Zorg- en welzijnsaanbieders”: werk aan integrale zorg en maak inzet, resultaten en de barrières die worden ervaren periodiek en systematisch transparant

Opschaling van integrale zorg vergt een lerende beweging waarin aanbieders integrale en passende zorg praktijken ontwikkelen, implementeren en evalueren, en praktijken die bijdragen aan kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid opschalen. Innovaties rondom integrale zorg kosten veel tijd van schaars personeel. Daarom is het belangrijk dat informatie over innovaties transparant gedeeld wordt om schaalvoordelen te creëren, zodat aanbieders niet elk het wiel opnieuw uit moeten vinden. Hier ligt een rol voor aanbieders om praktijken te blijven ontwikkelen, implementeren, evalueren binnen de eigen

organisatie, en lessen en resultaten te delen met andere aanbieders en in de bredere zorgnetwerken. Dit moet ook lonen: innovaties zullen passende contractering nodig hebben. Financiers zouden dit ook moeten kunnen betalen, omdat zij het potentieel landelijk kunnen laten renderen.

De bovenstaande innovatiecyclus moet systematisch worden uitgevoerd om bijvoorbeeld overheid, toezichthouders en financiers te kunnen voeden, en de lerende beweging tussen aanbieders op schaal te brengen. Ketenorganisaties hebben door de manier waarop zij georganiseerd zijn veel ervaring met de praktijk van integrale zorg en kunnen een belangrijke rol zetten om de gewenste lerende beweging nog meer kracht bij te zetten.

Dit vraagt transparantie over:

- 1. Welke praktijkvoorbeelden al mogelijk zijn:** praktijkvoorbeelden ophalen en adopteren, resultaten delen, en aanbieders adviseren en/of ondersteunen bij adoptie
- 2. Hoe organisaties nu al invulling geven aan integrale zorg:** lessen en succesfactoren voor implementatie van integrale zorg destilleren en delen
- 3. Welke resultaten integrale zorg heeft op organisatie- en systeemniveau:** aanbieders adviseren en/of ondersteunen bij evaluatie, kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van integrale zorg ophalen en objectiveren
- 4. Welke barrières in de weg staan van bredere adoptie:** systemische barrières ophalen, objectiveren en transparant maken, en agenderen bij overige systeempartijen

Tot slot. Een samenwerkingsagenda voor alleen al de ketenorganisaties Curamare, Pantein, Rivas en Zorgsaam heeft een potentie ‘voor heel Nederland’. Op basis van de gedeelde initiatieven, heeft onderlinge opschaling van alleen deze initiatieven in de regio’s waar ketenorganisaties actief zijn, al een potentie om de extra inzet van ca. 1.100 medewerkers te voorkomen.

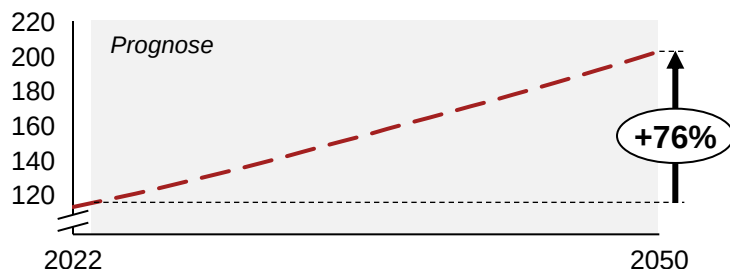
Inhoudsopgave

1. Samenvatting
- 2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe**
3. De potentie van integrale zorg is groot
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

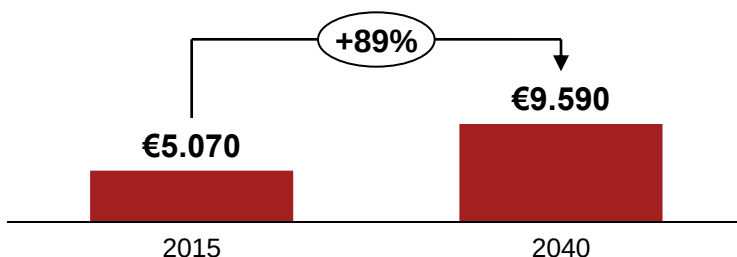
Het zorggebruik neemt toe en zorgvragen zijn vaker meervoudig of complex

Het zorggebruik neemt toe

Prognose zorguitgaven 2022 – 2050¹, € mld,

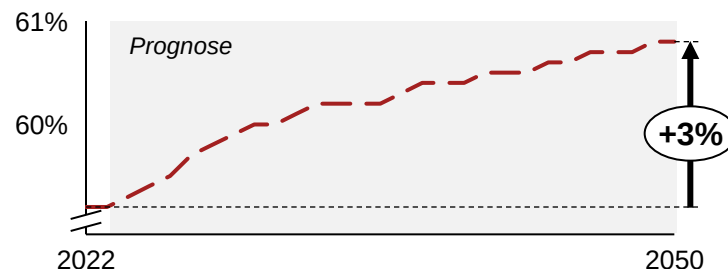


Prognose zorguitgaven per persoon 2015 - 2040²

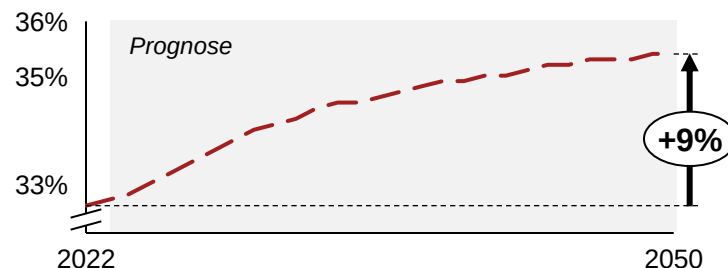


Het aantal mensen met een meervoudige zorgvraag neemt toe

Mensen met minimaal één chronische aandoening 2022 – 2050¹, % van bevolking

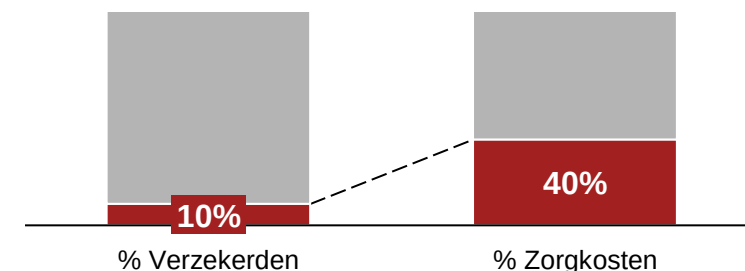


Mensen met twee of meer chronische aandoeningen 2022 – 2050¹, % van bevolking



Complexe zorgvragen leiden tot een hoger zorggebruik

Huidig aandeel patiënten met complexe zorgvraag, i.r.t. verzekerden en zorgkosten³



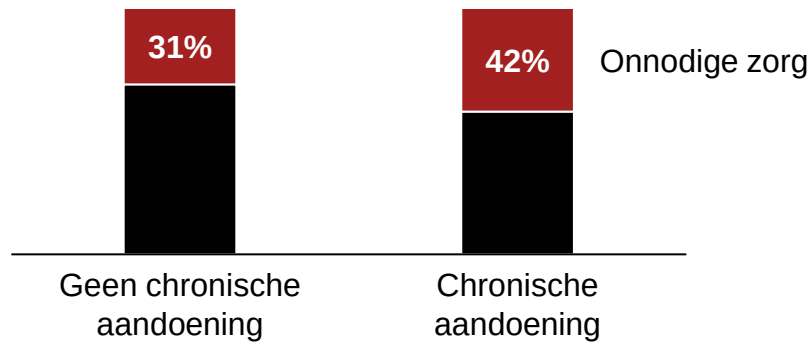
Kenmerken van complexe zorgvragen zijn³:

- Multimorbiditeit
- Meerdere hulpverleners (breder dan zorg)
- Psychologische en sociale ontregeling
- Diagnostische complexiteit
- Non-compliance en conflicten

Als meerdere zorgvragen samenkomen leidt dit vaker tot onnodige zorg en slechtere uitkomsten

Meervoudige zorgvragen leiden tot meer onnodige zorg...

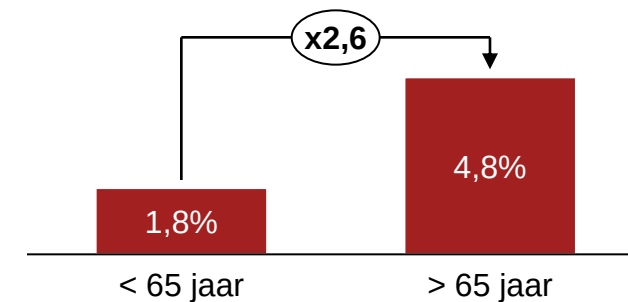
Ervaren onnodige zorg naar diagnose¹, in %, 2022 (n = 10644)



- Mensen met chronische aandoeningen hebben vaak een meervoudige zorgvraag: meerdere zorgsoorten e/o organisaties zijn gelijktijdig betrokken
- Dit vraagt coördinatie tussen de verschillende zorgverleners, bijv. in termen van databeschikbaarheid en afstemming over medicatie
- Een gebrek aan coördinatie uit zich vaak in onnodige **controle- of vervolgafspraken, onnodige medicatie** en **te veel medicatie**
- Hierdoor ervaren mensen met chronische aandoening **vaker onnodige zorg**

...en slechtere uitkomsten van zorg

Vermijdbare *adverse events* naar leeftijd², in %, 2013 (n = 7926)

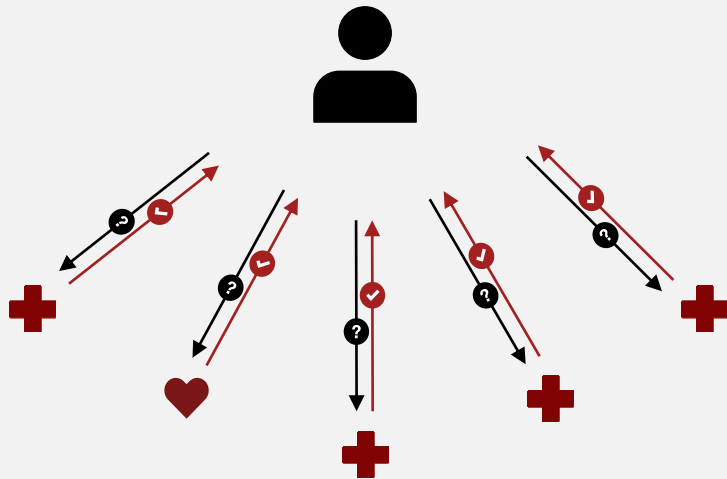


- Ouderen hebben vaak complexe zorgvragen, bijv. door multimorbiditeit, maar ook omdat antwoorden niet (alleen) in het curatieve domein liggen
- Dossieronderzoek onder 21 Nederlandse ziekenhuizen toont aan dat²:
 - vermijdbare *adverse events* **vaker voorkomen** bij ouderen
 - dit bij ouderen vaker komt door een **gebrek aan kennis van hoe om te gaan met complexe zorgvragen** e/o wie daarbij te betrekken
 - de **gevolgen serieuzer zijn** (1 op de 8 ouderen overlijdt als gevolg, tegenover 1 op de 28 bij niet-ouderen)

Integrale zorg gaat over het organiseren van passende zorg bij meervoudige en complexe zorgvragen

Kenmerken van integrale zorg

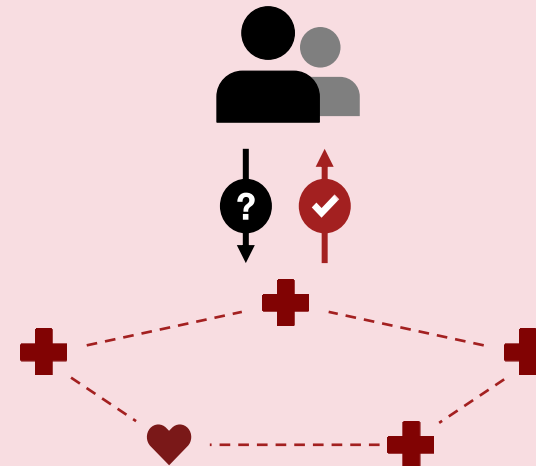
Van stapeling van hulp- en zorgvragen...



- **Aanbodgestuurd:** aanbieders van zorg- en welzijn formuleren afzonderlijk van elkaar een antwoord, geredeneerd vanuit het eigen aanbod
- **Gefragmenteerd:** aanbieders bieden ieder een deel van de zorg, zonder onderlinge afstemming

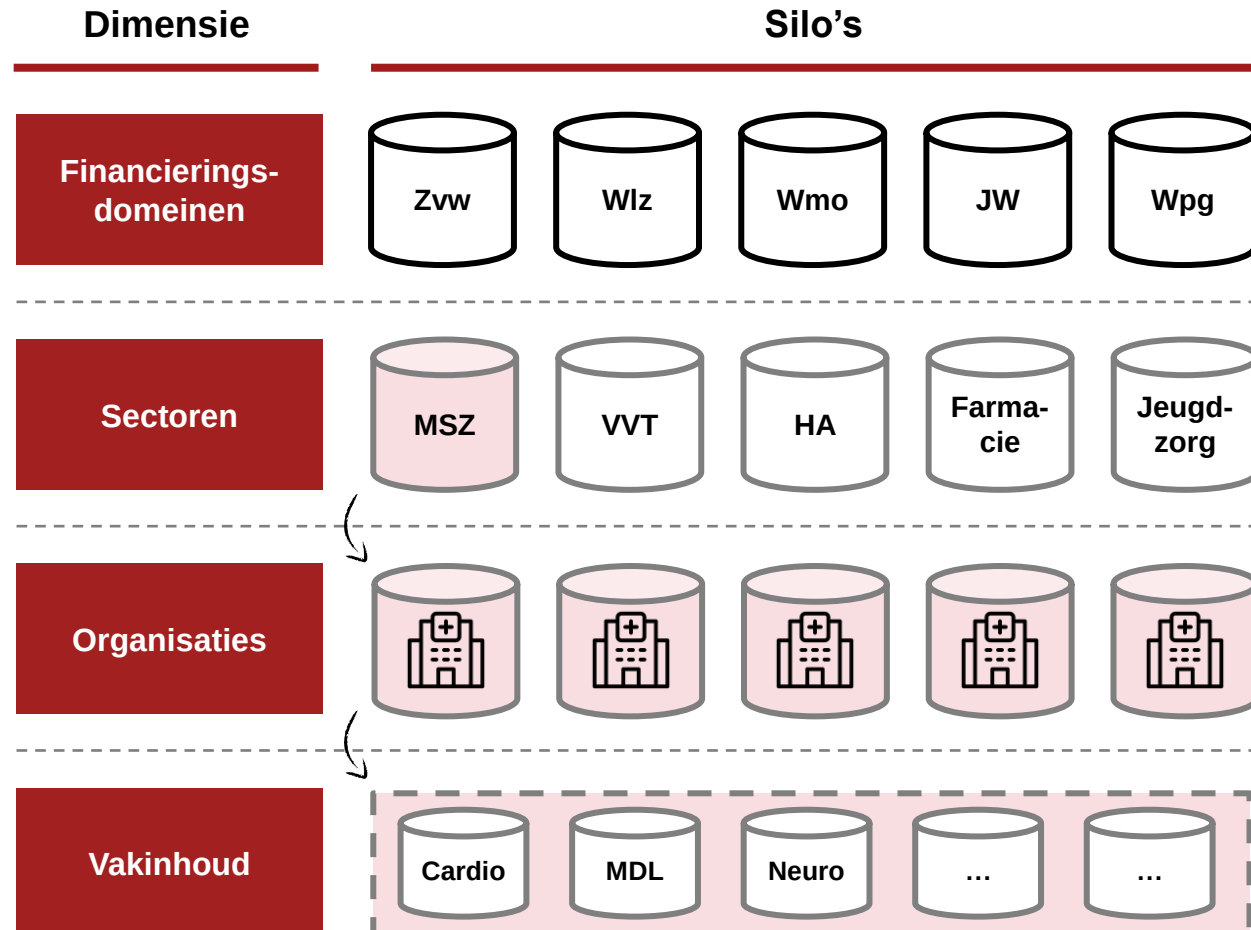


...naar integrale zorg bij meerdere hulp- en zorgvragen



- **Vraaggestuurd:** de vraag is leidend voor organisatie van de best passende zorg en ondersteuning
- **Gecoördineerd:** aanbieders coördineren hun inzet doorlopend afhankelijk van de behoefte van de persoon

De silo's in het Nederlandse zorgaanbod belemmeren integrale zorg



Integrale zorg is hier per definitie overstijgend aan



“Integrale zorg verwijst naar een gezondheidszorgbenadering die is ontworpen om de **fragmentatie van zorgverlening te verminderen** en de **continuïteit van zorg te verbeteren**, waarbij de focus ligt op de patiënt, hun familie en de gemeenschap.”¹

“Op heden richt integrale zorg zich op het **verminderen van fragmentatie** in de gezondheidszorg door het **verminderen van silo's** en het bieden van patiëntgerichte zorg.”²

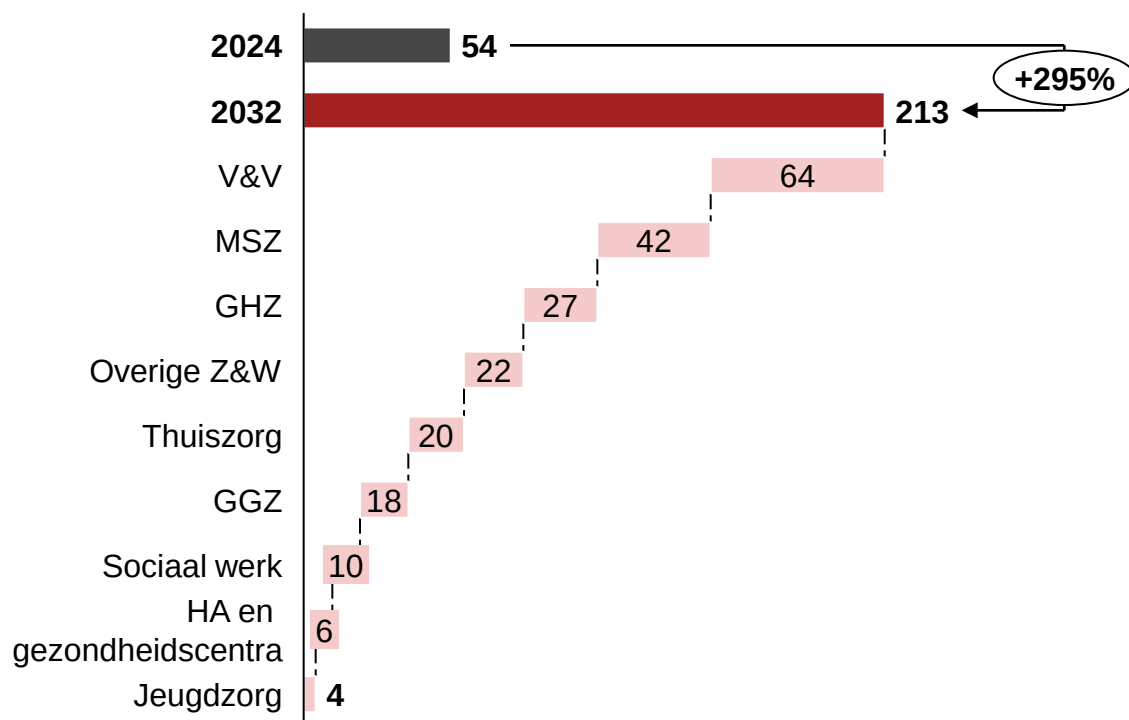


“Integrale gezondheidszorg is het **in samenhang vormgeven van preventie, zorg en welzijn** om de gezondheid en kwaliteit van zorg te verbeteren en de groei in zorgkosten te verminderen.”³

De toenemende personeelstekorten vergroten de noodzaak van integrale zorg

Personeelstekort Z&W in 2024 en per sector in 2032¹

Personeelstekort [in '000 personen]



De 'viciuze cirkel' van niet in actie komen

- De maatschappelijke **vraag naar zorg groeit**, er zijn steeds meer mensen en middelen nodig om hieraan te voldoen
- De **kwaliteit van zorg neemt af**, omdat personeel steeds minder tijd en aandacht kan bieden
- De **werkdruk stijgt**, waardoor verzuim en verloop toenemen
- De **zorgkosten nemen toe**, door hogere personeelskosten als gevolg van arbeidskrapte

2020 1 op de 6 Nederlanders² werkt in de zorg



2031 1 op de 5 Nederlanders² werkt in de zorg



2060 1 op de 3 Nederlanders² werkt in de zorg



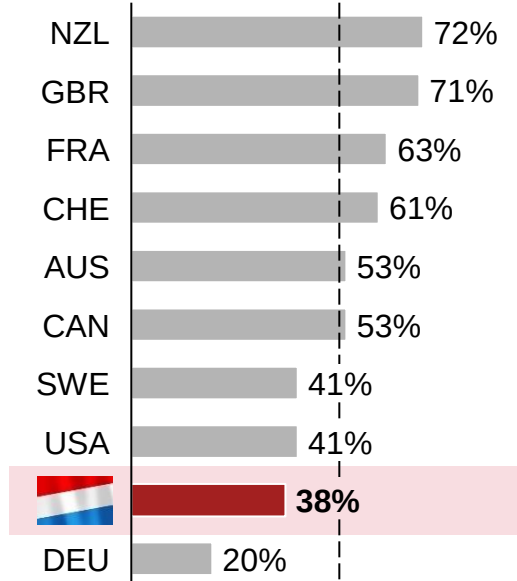
Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
- 3. De potentie van integrale zorg is groot**
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

Internationale voorbeelden suggereren dat er in Nederland nog onbenut potentieel is voor integrale zorg

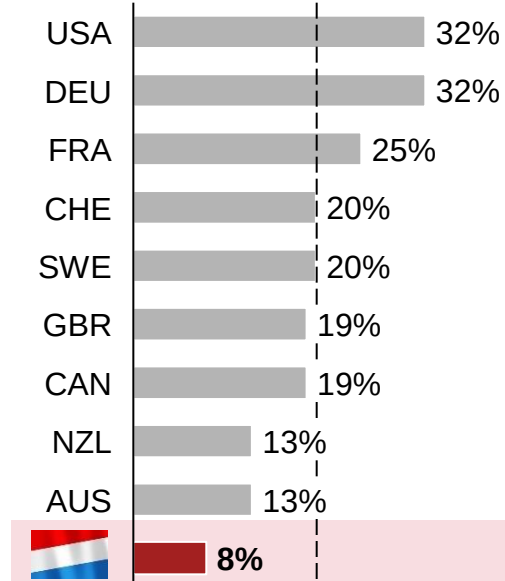
Afstemming tussen huisarts en ziekenhuis¹

% van huisartsen dat voldoende afstemming met het ziekenhuis ervaart bij wijzigingen aan het behandelplan van een patiënt



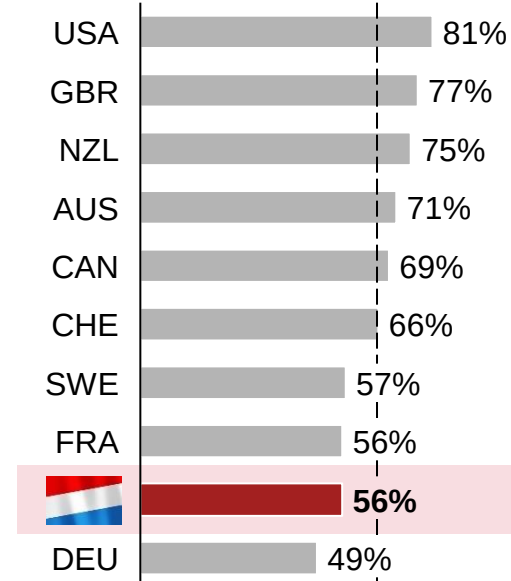
Domeinoverstijgende blik huisarts¹

% van huisartsen dat aangeeft patiënten bij bezoek te evalueren op diens behoefte aan sociale ondersteuning



Coördinatie van vervolgzorg voor ouderen²

% van opgenomen ouderen (65+) waarbij vervolgzorg bij ontslag uit het ziekenhuis vastgelegd e/o georganiseerd was



Toelichting

- *The Commonwealth Fund* is een stichting die onafhankelijk onderzoek naar de zorg ondersteunt in het kader van betere kwaliteit, toegankelijkheid, en efficiëntie
- Onderzoek onder Nederlandse huisartsen en ouderen toont aan dat, internationaal gezien:
 - Huisartsen relatief minder vaak voldoende afstemming met het ziekenhuis ervaren en minder vaak domeinoverstijgend kijken
 - Ouderen minder vaak ervaren dat vervolgzorg georganiseerd is bij ontslag uit het ziekenhuis
- Deze resultaten suggereren dat er in Nederland nog onbenut potentieel is voor toepassing van integrale zorg

Dit onderzoek kwantificeert de potentie van integrale zorg in Nederland vanuit verschillende perspectieven

Gehanteerde perspectieven

Faalkosten in de Nederlandse zorg gerelateerd aan fragmentatie

- Faalkosten ('waste') worden in literatuur veel gebruikt om inefficiënties in (o.a.) zorg te duiden
- Faalkosten zijn *"kosten die worden veroorzaakt door structurele inefficiënties die aantoonbaar worden veroorzaakt door het systeem en die voorkomen hadden kunnen worden"*¹
- Verdieping van faalkosten in Nederland¹ schat in dat faalkosten 25% van de totale Nederlandse zorguitgaven opmaken, o.b.v.:
 - Internationale wetenschappelijke literatuur
 - Nederlandse 'grijze'² literatuur
 - Expert interviews om omvang van en relatie tussen onderliggende categorieën te duiden
 - Focusgroepen
- Op basis van de onderliggende oorzaken, zijn tot ~9% van de totale Nederlandse zorguitgaven faalkosten gerelateerd aan fragmentatie

Meta-analyse van economische evaluaties van integrale zorg

- Integrale zorg is een veelvoorkomend onderwerp in wetenschappelijke literatuur³
- Economische evaluaties maken gebruik van kosten en kwaliteitsindicatoren
- Kosten worden geoperationaliseerd aan de hand van zorggebruik (en bijbehorende kosten) en kosten efficiëntie; afhankelijk van het onderzoek wordt ook gekeken naar maatschappelijke kosten
- Kwaliteit wordt geoperationaliseerd a.d.h.v. klinische uitkomstmaten en patiënt ervaringen met proces en uitkomsten (PROMs en PREMs)
- Meta-analyse van economische evaluaties van voorbeelden toont aan dat integrale zorg leidt tot:
 - Gemiddelde kostenreductie van 7%
 - Gemiddelde kwaliteitsverbetering van 7%

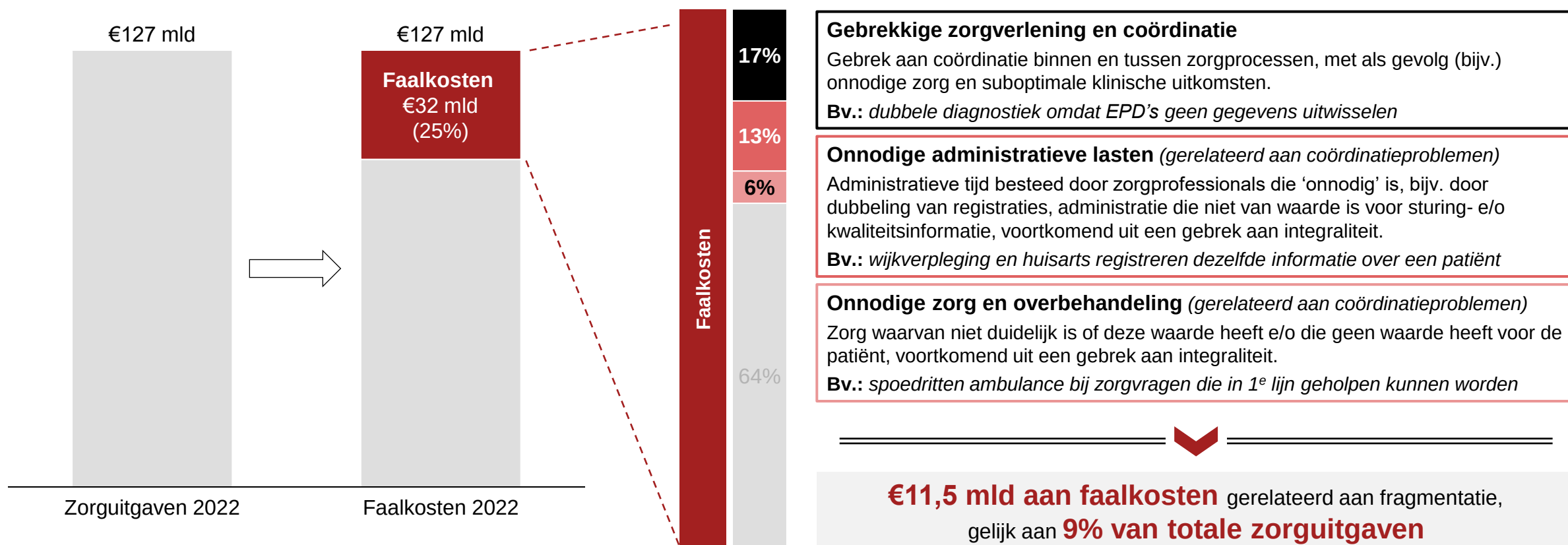
Impact van Nederlandse praktijkvoorbeelden op kosten en kwaliteit

- Nederland kent veel 'bottom-up' pilots en initiatieven op het vlak van integrale zorg
- Evaluatie vindt vaak plaats op basis van kwaliteit en ervaringen van client e/o patiënt
- Economische evaluatie op zorggebruik e/o kosten is minder gebruikelijk, o.a. omdat evaluatie over sectoren en domeinen heen complex is
- Praktijkvoorbeelden die wél zijn geëvalueerd o.b.v. zorgkosten laten een gemiddelde potentie van 26% zorgkosten reductie zien
- Over het algemeen zijn dit initiatieven voor specifieke doelgroepen die baat hebben bij integrale zorg, waardoor de potentie hoger is dan op nationaal niveau realistisch haalbaar
- Deze praktijkvoorbeelden geven wel richting aan het soort interventie dat in Nederland goed werkt, en voor welke specifieke doelgroepen

Nederlands onderzoek wijst op ca. €11,5 mld faalkosten gerelateerd aan fragmentatie (ca. 9% van de totale Nederlandse zorguitgaven)

Faalkosten zijn ~25% van de totale zorg- en welzijnsuitgaven^{1,2}

~9% van de Nederlandse zorg- en welzijnsuitgaven kunnen gerelateerd worden aan faalkosten gerelateerd aan fragmentatie³



Wetenschappelijke literatuur evalueert de inzet op integrale zorg en de uitkomsten daarvan op kwaliteit en kosten

Dimensie		Perspectief ¹	Integrale zorg indicator	Veelvoorkomende voorbeelden	Soort onderzoek
Inzet op integrale zorg		Patiënt / client	Ervaren integraliteit van ontvangen zorg Mate waarin de patiënt / client integrale zorg ervaart	- Kwaliteit van overdrachtsmomenten - Ervaren onnodige zorg	Proces evaluatie en – verbetering
		Professional	Ervaren integraliteit van geleverde zorg Mate waarin de professional ervaart integrale zorg te bieden	- Ervaren regeltaken zorgcoördinatie - Ervaren databeschikbaarheid	
		Systeem	Uitgevoerde integrale zorgactiviteiten Frequentie van toepassing van integrale zorgactiviteiten	- Aantal multidisciplinaire overleggen - Aantal <i>geriatric assessments</i>	
Uitkomsten van integrale zorg	 Kwaliteit	Patiënt / client	Patiënt gerapporteerde ervaring (PREMs) Kwaliteit van de geleverde zorg vanuit het perspectief van de patiëntervaring	- Waardering van zorg(instellingen) - Betrokkenheid bij besluitvorming	(Economische) evaluatie van effecten
			Patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) (Behandel)uitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt	- Kwaliteit van leven - Functioneren (bijv. fysiek, sociaal)	
		Systeem	Klinische uitkomstmaten Meetbare zorguitkomsten die de effectiviteit van de zorg uitdrukken	- Onverwacht lange opnameduur - Escalaties (bijv. SEH-bezoeken)	
	 Kosten	Systeem	Zorggebruik en –kosten Indicatoren die de hoeveelheid gebruik van gezondheidszorg voorzieningen uitdrukken	- Heropnames (ziekenhuis) - Aantal (fysieke) consulten	
			Kosten efficiëntie Indicatoren die de efficiëntie van verschillende contactmomenten uitdrukken	- Administratietijd per patiënt - Verkeerde bed dagen	

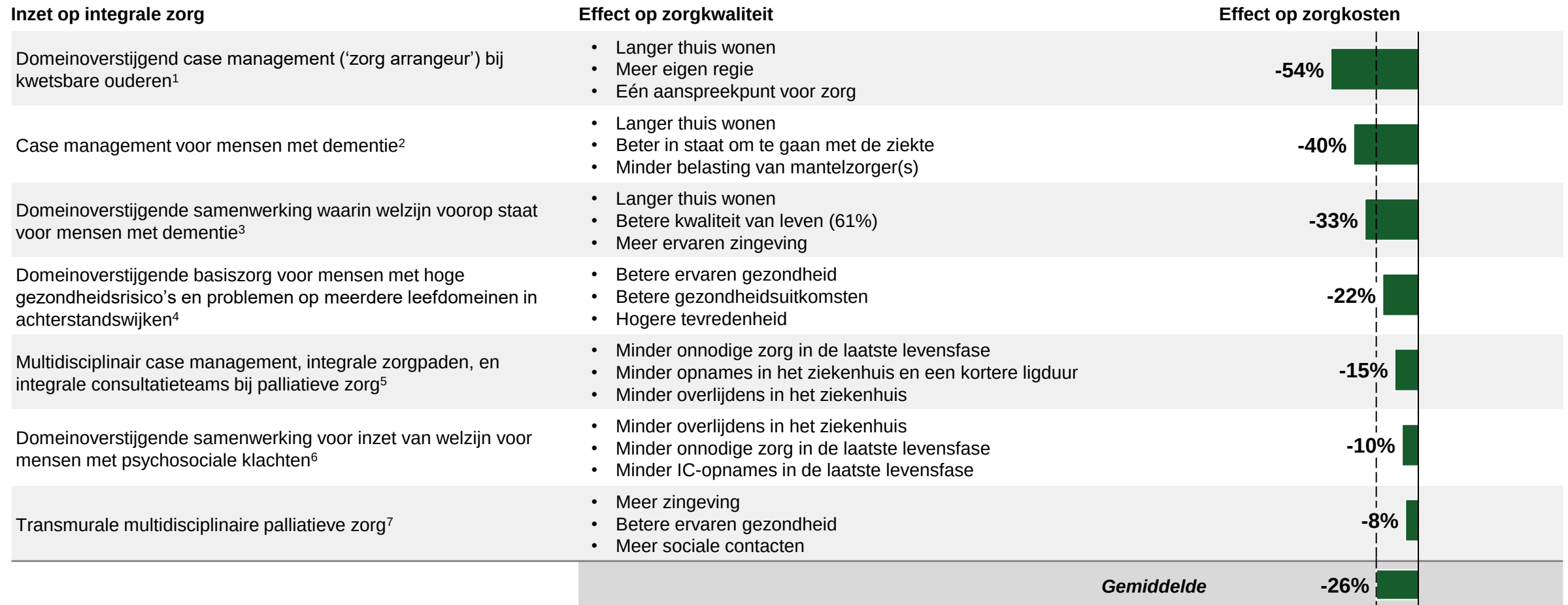
Literatuuronderzoek laat uiteenlopende resultaten zien, gemiddeld leidt integrale zorg tot 7% lagere zorgkosten en 7% hogere kwaliteit (1/2)

	Land	Auteur	Inzet op integrale zorg	Effect op zorgkosten	Effect op kwaliteit
1	Canada	Cohen et al. (2012)	Integratie van 1 ^e en 3 ^e -lijns zorg in een kliniek voor kinderen met complexe chronische aandoeningen.	-74%	10%
2	China	Kam et al. (2018)	Case manager voor overgang van ziekenhuis naar multidisciplinaire palliatieve thuiszorg.	-72%	110%
3	Nederland	Tsiachristas et al. (2015)	Multidisciplinair disease-management programma voor mensen met (risico op) hart- en vaatziekten en COPD.	-56%	2%
4	Zweden	Olsson et al (2009)	Multidisciplinaire orthopedisch afdeling in het ziekenhuis voor ouderen met een heupfractuur.	-39%	36%
5	Nederland	Vroomen et al. (2012)	Multidisciplinair assessment, behandelplan en consultatiefunctie voor ouderen in verpleeghuizen.	-35%	-2%
6	Nederland	Van Orden et al. (2009)	Implementatie POH-GGZ in de huisartsenpraktijk voor mensen met psychische klachten.	-32%	0%
7	Tanzania	Schellenberg et al. (2004)	Community centrum voor Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) bij kinderen.	-30%	16%
8	Zweden	Sahlen et al. (2016)	Multidisciplinaire palliatieve thuiszorg verbonden aan het ziekenhuis voor mensen met hartfalen.	-29%	6%
9	Nederland	Lambeek et al. (2010)	Multidisciplinair team met medisch specialist, fysiotherapeut, ergotherapeut en bedrijfsarts bij chronische rugpijn.	-29%	14%
10	Nederland	Everink et al. (2018)	Zorgpad voor ouderen met GRZ met coördinatie tussen ziekenhuis, GRZ, en de thuissituatie met 1 ^e -lijnszorg.	-18%	-4%
11	Nederland	Goorden et al. (2013)	Samenwerking bedrijfsarts, huisarts en psychiater voor mensen met uitval als gevolg van een depressie.	-15%	-31%
12	Nederland	Steuten et al. (2007)	Multidisciplinair disease-management programma voor mensen met asthma.	-15%	26%
13	VS	McCall et al. (2010)	Coördinatie multidisciplinair 1 ^e -lijns zorgteam en langdurige- en thuiszorg voor ouderen en 'veelgebruikers'.	-11%	15%
14	Australië	Byrnes et al. (2019)	Zorgpad voor mensen met een specifieke hartaandoening in de thuissituatie.	-9%	2%
15	VS	Weeks et al. (2009)	Multidisciplinaire 1 ^e -lijns groepspraktijk voor ouderen.	-7%	11%
16	VS	Donohue et al. (2014)	Samenwerking tussen huisarts en een psychiatrisch team voor mensen met depressie na een operatie.	-6%	8%
17	EU	Bourbeau et al. (2019)	Disease-management programma thuis voor mensen met ernstige COPD.	-1%	15%
Gemiddelde				-7%	7%

Literatuuronderzoek laat uiteenlopende resultaten zien, gemiddeld leidt integrale zorg tot 7% lagere zorgkosten en 7% hogere kwaliteit (2/2)

	Land	Auteur	Inzet op integrale zorg	Effect op zorgkosten	Effect op kwaliteit
18	VS	Zulman et al. (2017)	Case management voor veelgebruikers van 1 ^e -lijnszorg.	0%	12%
19	Canada	Markle-Reid et al. (2010)	Multidisciplinaire thuiszorg en coördinatie met huisarts en sociaal domein.	0%	-3%
20	Nederland	Blom et al. (2016)	Proactief (geriatrische) assessment door de huisarts bij ouderen met complexe zorgvragen.	0%	-17%
21	Denemarken	Bertelsen et al. (2017)	Gedeeld zorgpad tussen ziekenhuis en 1 ^e -lijn voor na opname met acuut coronair syndroom.	2%	3%
22	VS	Weaver et al. (2009)	Ambulant team met GGZ, verslavingszorg en SD voor mensen met HIV, psychische klachten en verslaving.	3%	1%
23	VK	Tanajewski et al. (2015)	Link tussen acute zorg en 1 ^e -lijn voor ouderen na ontslag na een acute opname.	10%	4%
24	Nederland	Boland et al. (2015)	Multidisciplinair 1 ^e -lijn zorgteam voor mensen met chronische COPD.	13%	-3%
25	Nederland	Looman et al. (2016)	Multidisciplinair 1 ^e -lijns zorgteam, coördinatie met VVT en ziekenhuis voor kwetsbare ouderen.	13%	0%
26	Nederland	Leeuwen et al. (2015)	Multidisciplinair geriatrisch team in de 1 ^e -lijn voor kwetsbare ouderen.	14%	-9%
27	VS	Simon et al. (2001)	Multidisciplinaire 1 ^e -lijns zorgcentra voor mensen met depressie.	14%	24%
28	VS	Rosenheck et al. (2016)	Multidisciplinaire 1 ^e -lijns zorgcentra voor mensen 15-40 bij een eerste psychose.	18%	-30%
29	Duitsland	Pimperl et al. (2017)	Domeinoverstijgende samenwerking voor leden van een verzekeraar.	18%	20%
30	Spanje	Lanzeta et al. (2016)	Samenwerking huisarts, internist en thuiszorg bij mensen met multimorbiditeit.	22%	-11%
31	Nederland	Uittenbroek et al. (2018)	Multidisciplinair zorgteam en case manager o.l.v. de huisarts bij kwetsbare ouderen.	22%	1%
32	VS	Weisner et al. (2001)	Verbinding tussen 1 ^e -lijns- en verslavingszorg bij mensen met verslavingsproblematiek.	30%	-1%
33	China	Tzeng et al. (2007)	Netwerk met acute zorg, polikliniek, MSR en thuiszorg voor mensen met schizofrenie.	34%	10%
34	Nederland	Goorden et al. (2017)	Poliklinische behandeling van psychische klachten bij mensen met een chronische aandoening.	42%	14%
Gemiddelde				-7%	7%

Praktijkvoorbeelden uit Nederland laten zelfs een hogere potentie zien voor kostenverlaging, in combinatie met kwaliteitsverbetering



Integrale zorg heeft de potentie om het personeelstekort in 2032 te verlagen met 65.000 - 130.000 medewerkers (-31% tot -62%)

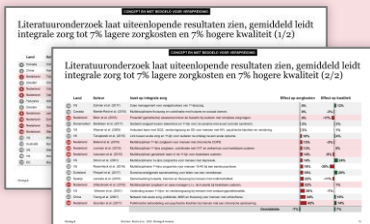
Impact op zorgvraag per perspectief

1. Faalkosten



-9%

2. Literatuuronderzoek



-7%

3. Nederlandse voorbeelden



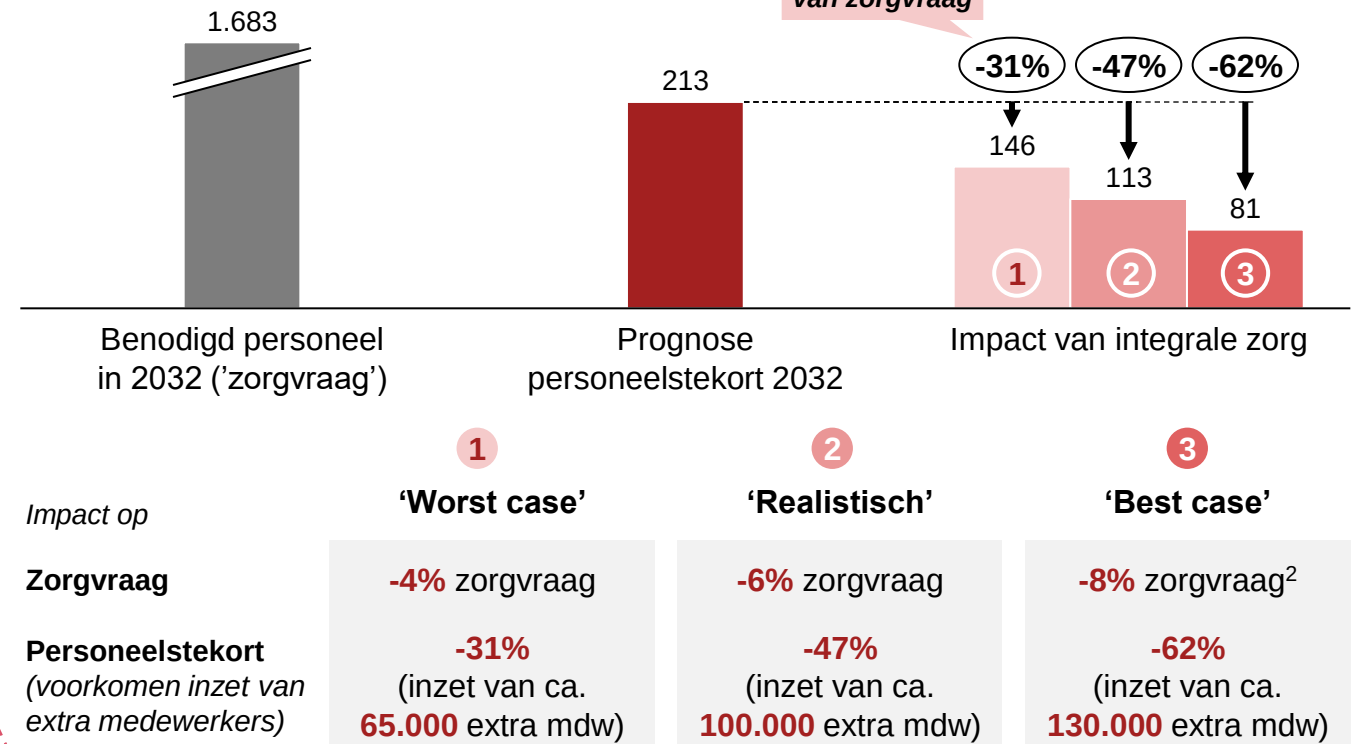
-28%

Gemiddelde als 'best case' scenario

Geen input voor scenario's, overschatting op systeemniveau i.v.m. specificiteit initiatieven

Scenario's impact integrale zorg op personeelstekort¹

Personeelstekort Z&W in 2032, prognose en scenario's in aantal personen (k)



Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
- 4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg**
 - 4.1 Ketenorganisaties bieden meerdere vormen van zorg aan in meerdere domeinen**
 - 4.2 Ketenorganisaties hebben voorbeelden van hoe zij nu al integrale zorg verlenen
 - 4.3 Ketenorganisaties realiseren al een deel van de voordelen van integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

De ketenorganisaties CuraMare, Pantein, Rivas en ZorgSaam leveren ziekenhuiszorg, langdurige zorg en wijkverpleging

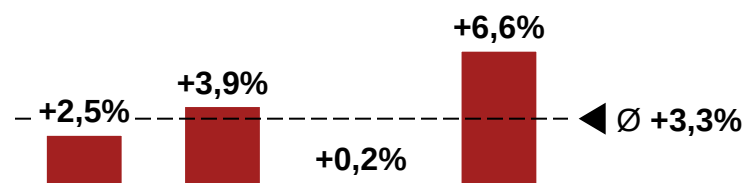


				
Jaaromzet	€216,1 mln	€255,8 mln	€329,7 mln	€270,4 mln
 Ziekenhuiszorg				
Aantal unieke patiënten	54.363	80.369	74.384	50.225
Aantal bedden	178	155	166 ¹	160
 Langdurige zorg				
Aantal bewoners in zorg	539	973	1.687	704
Aantal bedden	599	674	976	680 ²
 Wijkverpleging				
Aantal cliënten in zorg	2.357	4.851	7.162	1.709

De ketenorganisaties zijn gemiddeld genomen actief in regio's met veel ouderen, langdurige aandoeningen en bovengemiddeld zorggebruik

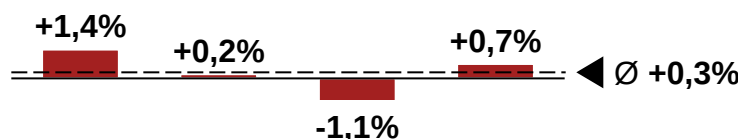
Ketenorganisaties zijn actief in regio's met relatief veel ouderen...

Aandeel leeftijdsklasse 65 jaar en ouder t.o.v. het landelijk gemiddelde^{1,2}



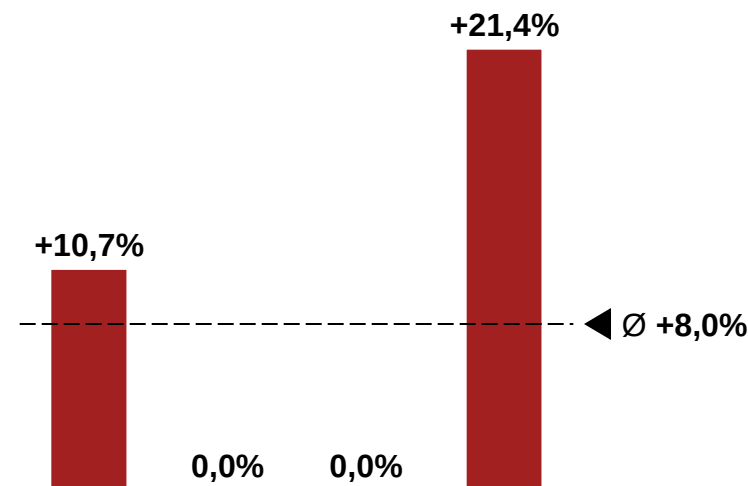
...en een bovengemiddelde prevalentie van langdurige aandoeningen

Aandeel inwoners met één of meer langdurige aandoeningen t.o.v. het landelijk gemiddelde^{1,2}



De regio's waarin zij actief zijn hebben bovengemiddeld Zvw zorggebruik

Zorggebruik per regio per persoon t.o.v. het landelijk gemiddeld



CURAMARE Pantëin Rivas ZorgSaam

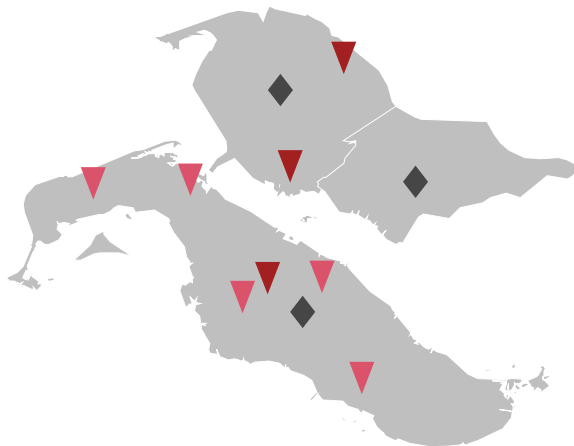
CURAMARE Pantëin Rivas ZorgSaam

CURAMARE Pantëin Rivas ZorgSaam

CuraMare is actief in de gemeenten Goeree-Overflakkee, Voorne aan Zee en Nissewaard

Verzorgingsgebied

- ▼ Ziekenhuis
- ▼ Langdurige zorg
- ◆ Thuiszorg



Kengetallen regio^{1,2}

Aandeel
leeftijdsklasse 65
jaar en ouder

22,5%

▲ t.o.v. 20,0% in
Nederland

Inwoners met én of
meer langdurige
aandoeningen

34,8%

▲ t.o.v. 33,4% in
Nederland

Inwoners met (zeer)
goed ervaren
gezondheid

68,2%

▼ t.o.v. 69,0% in
Nederland

Zorgprofiel Curamare³

Opbouw omzet
€ mln



Kengetallen Van-Weel Bethesda ziekenhuis

- 54.363 patiënten
- 178 bedden
- 7.045 dag-behandelingen
- 9.213 klinische opn.
- 683 FTE personeel



Kengetallen langdurige zorg

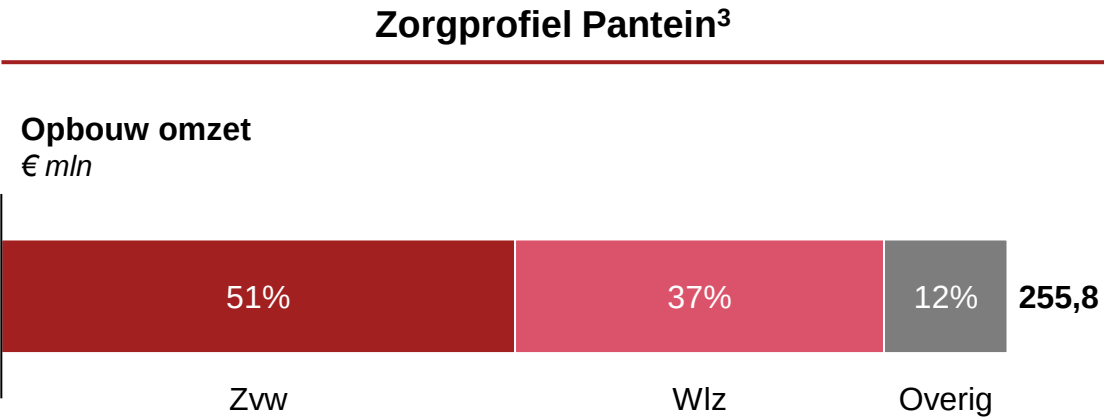
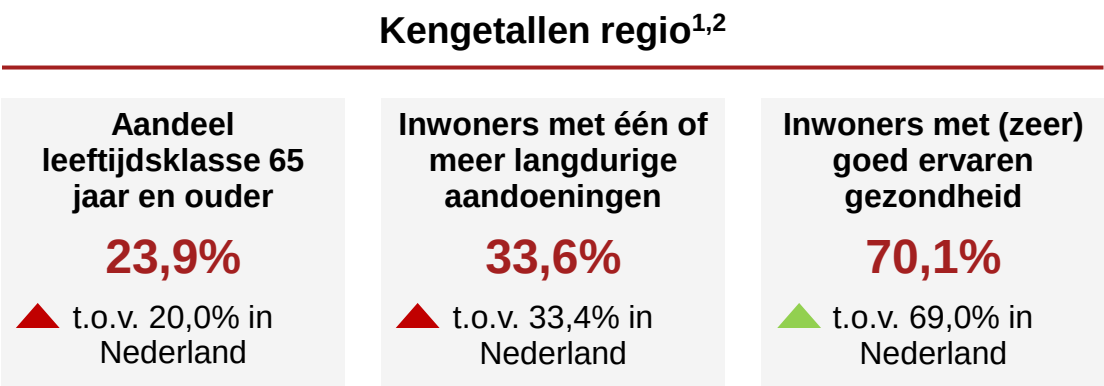
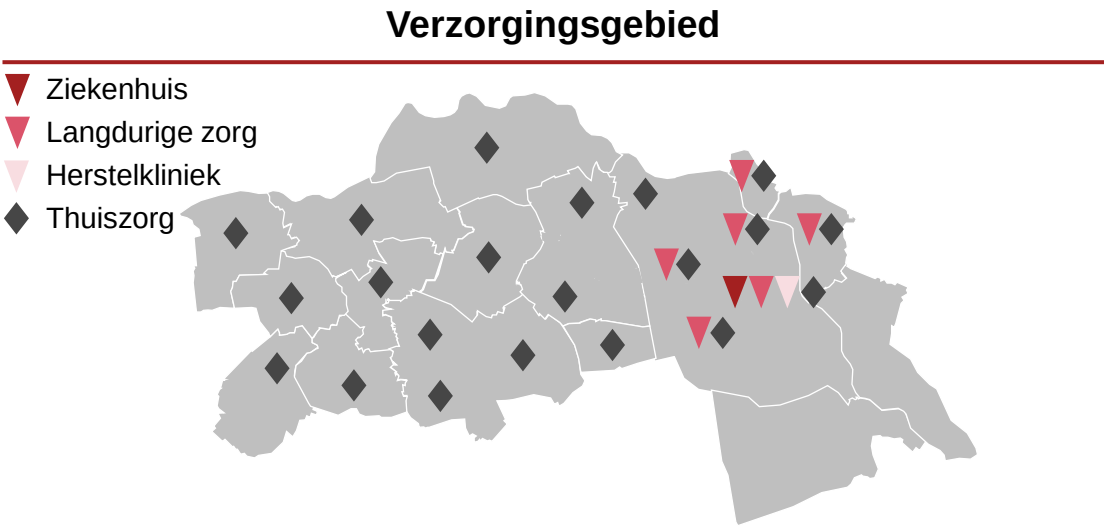
- 5 woonzorglocaties
- 539 bewoners in zorg
- 599 bedden
- 147 FTE personeel



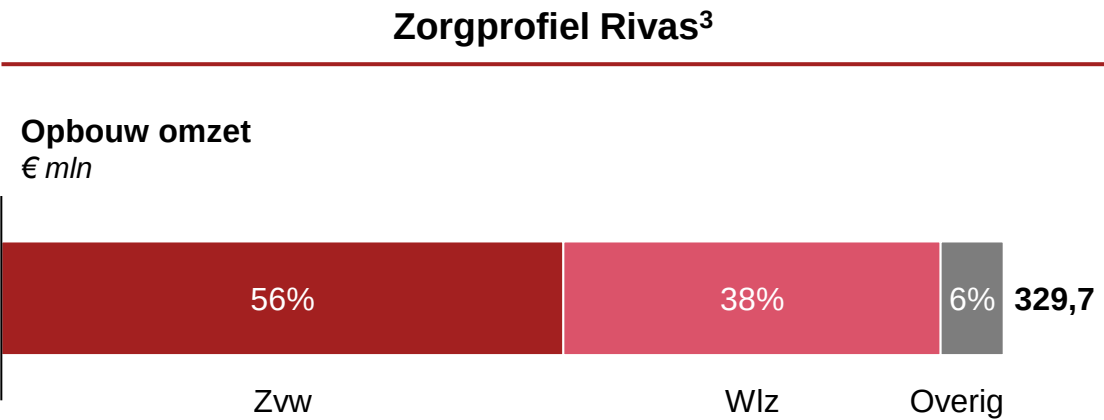
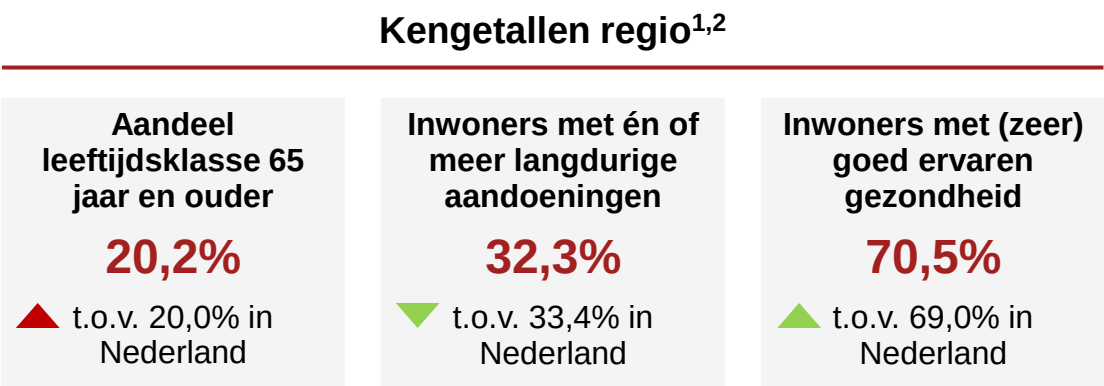
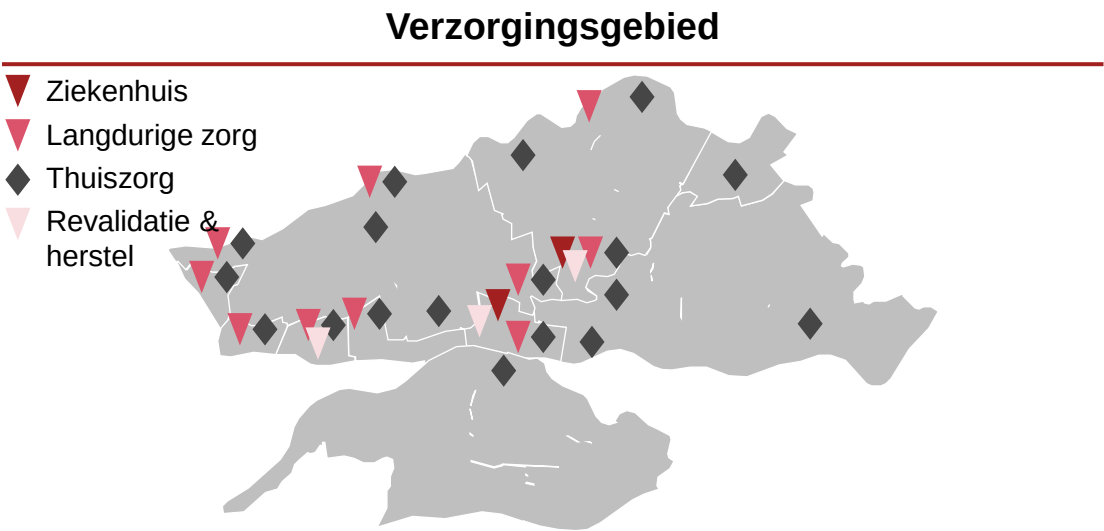
Kengetallen wijkverpleging

- 2.357 cliënten in thuiszorg
- 575 FTE personeel

Pantein Groep is actief in de regio Mooi Maasvallei en biedt daarnaast thuiszorg aan in Noordoost-Brabant



Rivas Zorggroep is actief in gemeenten in Zuid-Holland, Gelderland en Noord-Brabant



ZorgSaam is actief in Zeeuws-Vlaanderen

Verzorgingsgebied



Kengetallen zorgkantoorregio Zeeland^{1,2}



Zorgprofiel ZorgSaam³

Opbouw omzet € mln

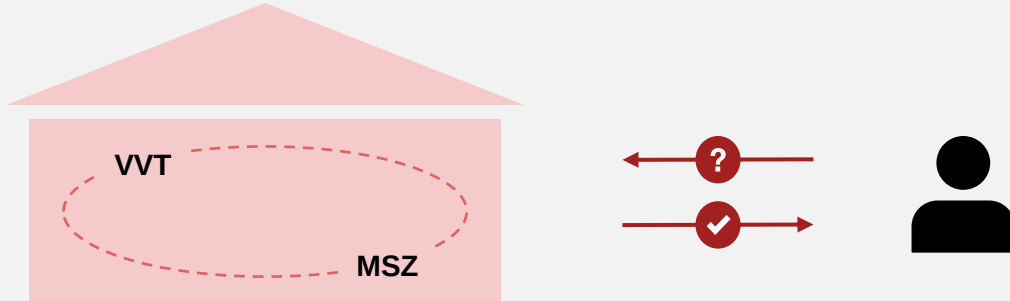


Ketenorganisaties hebben *capabilities* die integrale zorg kunnen faciliteren

Silo's in het landelijke stelsel	Kenmerken ketenorganisaties	Resulterende <i>capabilities</i> die integrale zorg kunnen faciliteren ¹
Vakinhoud	<i>Breed spectrum aan professionals in organisatie</i>	 Korte en directe lijnen in de organisatie: professionals uit verschillende disciplines en sectoren werken 'onder hetzelfde dak' en weten elkaar daardoor beter te vinden voor bv. multidisciplinair overleg e/o consultatie
Sectoren	<i>Breed aanbod beslaat meerdere zorgsoorten</i>	 Korte en directe lijnen in de regio: door het (per definitie bredere) aanbod hebben ketenorganisaties bestaande relaties met een breed palet aan omliggende zorgaanbieders in diverse sectoren en werken ze nauw samen over sector- en organisatiegrenzen heen, bv. specialist heeft korte, directe lijnen met de huisartsen
Organisaties	<i>Ondersteunende diensten zijn (in verschillende mate) geïntegreerd</i>	 Databeschikbaarheid binnen de eigen organisatie: door organisatie-brede ICT-keuzes werken zorgprofessionals mogelijk in eenzelfde e/o een technisch beter op elkaar aansluitend systeem dan bij individuele organisaties, bv. ziekenhuis en wijkverpleging werken met hetzelfde EPD
		 Integraal capaciteitsmanagement: mogelijkheid om vraag- en aanbod ketenbreed af te stemmen, bijv. OK-planning in het ziekenhuis coördineren met beschikbare GRZ-capaciteit, flexibele personeelsinzet over zorgsoorten heen
Financierings-domeinen	<i>Aanbod wordt gefinancierd vanuit meerdere financieringsdomeinen</i>	 Kennis over financieringsmogelijkheden: door ervaring met de verschillende uitvoerders kennen ketenorganisaties de diverse mogelijkheden voor financiering beter, bv. betaaltitels in specifieke domeinen en bijbehorende eisen, maar lopen hierdoor ook sneller tegen schotten aan voor integrale financiering

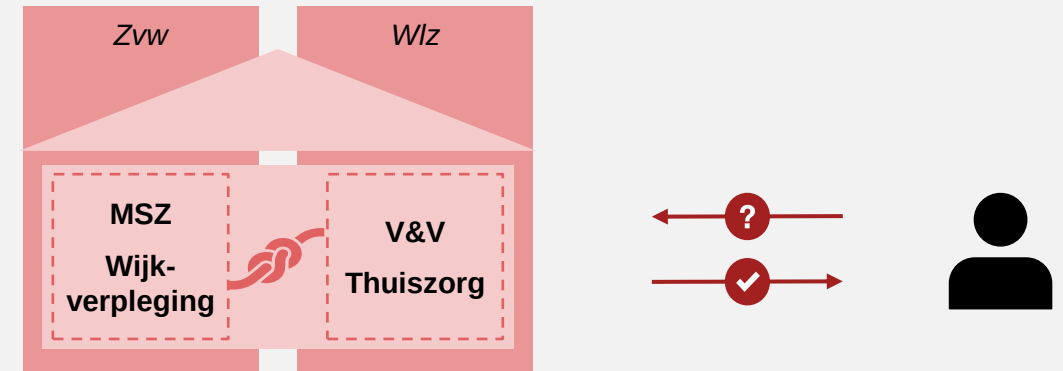
Als gevolg van silo's in het stelsel bestaan er echter ook bij de ketenorganisaties onvermijdbare silo's in de aansturing

In theorie sluit de aansturing binnen ketenorganisaties al volledig aan op het verlenen van integrale zorg¹



- Ketenorganisaties beogen wanneer dat nodig en mogelijk is integrale zorg te verlenen aan patiënten en cliënten
- De **interne aansturing sluit hierbij aan**: de zorg wordt integraal gefinancierd, en de organisatie wordt als gevolg ook integraal (zonder uitzonderingen per zorgsoort) aangestuurd

In de praktijk vertalen systemische silo's zich ook naar silo's in de interne aansturing¹



- Ketenorganisaties hebben te maken met **verschillende stelselwetten**, en daarmee verschillende financiers, financiering (en daaruit volgende implicaties voor interne bedrijfsvoering), en verantwoordingseisen
- Schotten tussen domeinen voorkomen dat middelen volledig geïntegreerd worden ingezet
- Hierdoor ontstaan **interne silo's**: ketenorganisaties moeten doorlopend zoeken naar oplossingen om integrale zorg te kunnen verlenen, bv. interne facturering, en geïntegreerde ondersteunende diensten

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
- 4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg**
 - 4.1 Ketenorganisaties bieden meerdere vormen van zorg aan in meerdere domeinen
 - 4.2 Ketenorganisaties hebben voorbeelden van hoe zij nu al integrale zorg verlenen**
 - 4.3 Ketenorganisaties realiseren al een deel van de voordelen van integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

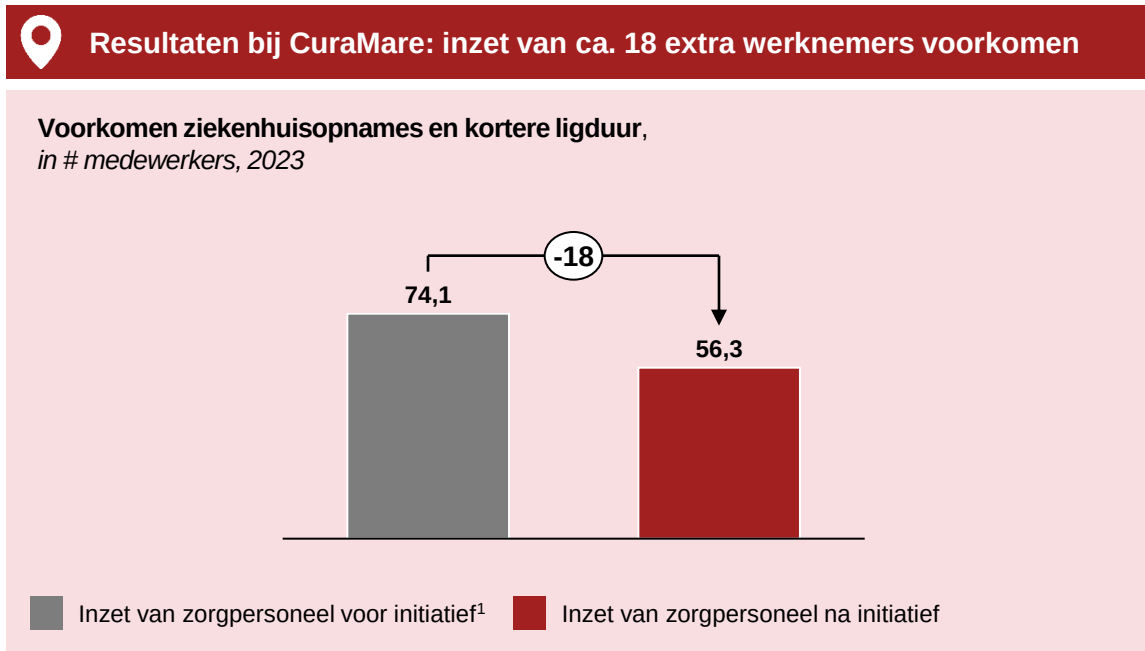
De ketenorganisaties hebben voorbeelden van hoe zij al integrale zorg verlenen

Organisatie	Praktijkvoorbeelden	Betrokken sectoren	Korte omschrijving
	Geriatrische spoedzorg afspraken	MSZ / VVT	Geriatrische spoedzorg afspraken voorkomen opnames van ouderen vanaf de SEH en verkorten de ligduur
	Regionaal coördinatiecentrum (RECO)	MSZ / VVT / HA	RECO bevordert betere in-, uit- en doorstroom door centrale coördinatie van de gefragmenteerde regionale capaciteit
	Inzet SO in 1 ^e lijn	MSZ / VVT / HA	Inzet van de SO in de 1 ^e lijn ontlast de huisarts, en zorgt dat ouderen langer thuis kunnen wonen en minder formele thuiszorg gebruiken
	Zorgadvies	MSZ / VVT	Zorgadvies bevordert passende zorg en betere in-, door- en uitstroom door centrale coördinatie van eigen en regionale capaciteit
	Thuismonitoring in samenwerking 1 ^e lijn	MSZ / HA	Thuismonitoring met de 1 ^e lijn vermindert het aantal fysieke controles, en brengt zorg naar de eerste lijn of zelfs naar huis
	Wondexpertisecentrum (WEC)	MSZ / VVT / HA	Het Wondexpertisecentrum (WEC) versterkt poliklinische en 1 ^e -lijns wondzorg en brengt zorg hiermee dichterbij de patiënt

CuraMare's geriatrische spoedzorg afspraken voorkomen opnames van ouderen vanaf de SEH en verkorten de ligduur

CuraMare: Geriatrische spoedzorg afspraken

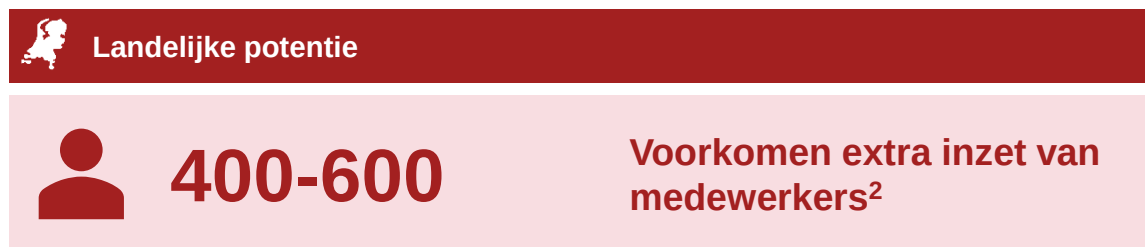
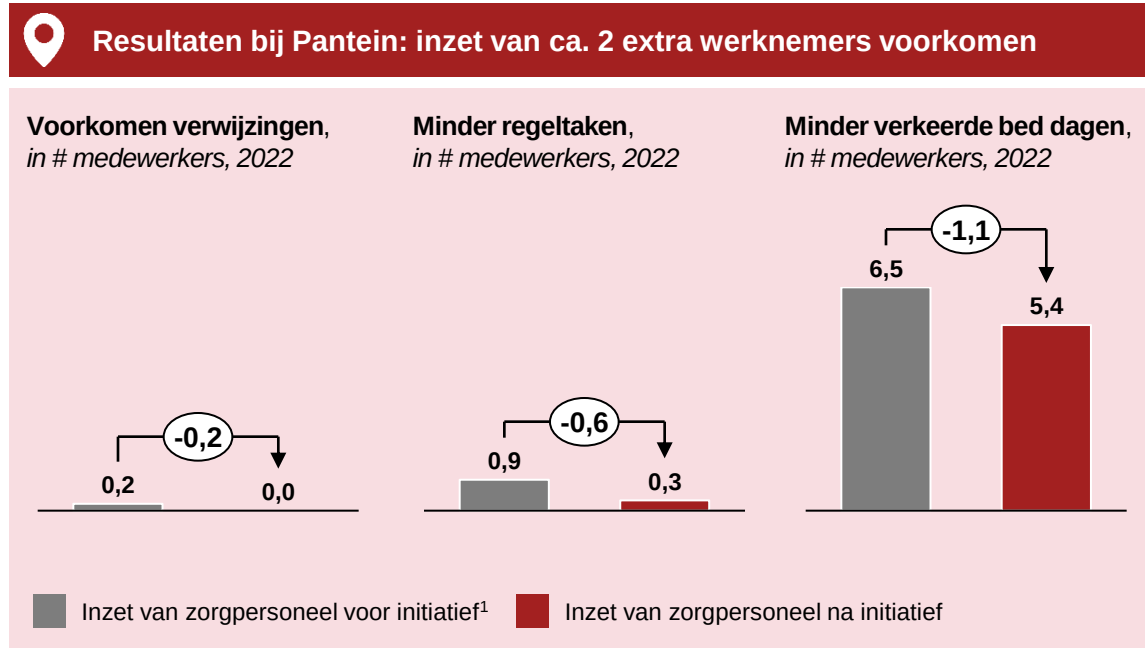
 Probleem	Ouderen die op de SEH presenteren worden te vaak opgenomen in het ziekenhuis, met als gevolg: • Hoog zorggebruik omdat ouderen onnodig e/o niet passend worden opgenomen • Hoge belasting voor de patiënt
 Idee	• Duidelijke inclusiecriteria en procesafspraken om ouderen die presenteren op de SEH (waar mogelijk) direct of versneld en met voorrang te begeleiden naar herstellzorg • Geriatrische spoedzorgafspraken voorkomen onnodige opnames van ouderen, en verkorten de ligduur van ouderen die nog wel opgenomen worden
 Doelgroep	• ~Jaarlijks ca. 7.000 ouderen met een acute zorgvraag die presenteren op de SEH, die geen (acute) specialistische diagnostiek of behandeling behoeven, maar vanwege hun actuele zorgbehoefte niet direct naar huis kunnen terugkeren
 Bereik	Resultaten 2023 (t.o.v. 2018): • Ca. 355 opnames vanaf de SEH voorkomen • Ligduur bij 3.980 opnames vanaf de SEH verkort met 22 uur
 Knelpunten	• Financiering: Doelgroep vaak niet specifiek in één kader te passen (bv. GRZ, ELV) voor declaratie; hierdoor is financiering voor het omschreven kader niet altijd toereikend voor de zorgbehoefte (bv. behandelcomponent ELV)



Pantein's RECO bevordert betere in-, uit- en doorstroom door centrale coördinatie van de gefragmenteerde regionale capaciteit

Pantein: Regionaal coördinatiecentrum (RECO)

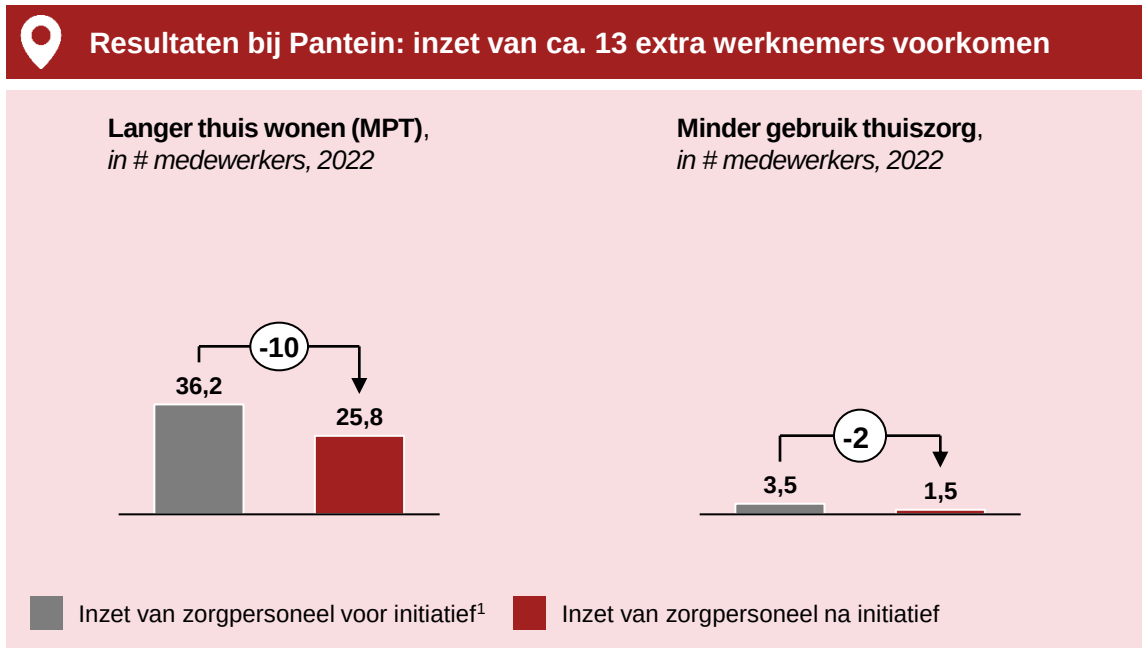
 Probleem	Gebrek aan integraal inzicht in de regionale capaciteit leidt tot: • Lange wachttijden voor de 'juiste zorg op de juiste plek', m.n. voor complexe zorgvragen (bijv. voor ouderen) • Administratieve lasten a.g.v. regeltaken en afstemming benodigd voor het aansluiten van vraag met aanbod
 Idee	• Regionale 'verkeerstoren' voor triage, coördinatie van en consultatie bij hulp- en zorgvragen, met aansluiting van alle regionale VVT-aanbieders • RECO voorkomt onnodige verwijzingen, en leidt tot minder regeltaken en minder verkeerde bed dagen
 Doelgroep	Met name kwetsbare ouderen die: • Minder zelfredzaam zijn door complexe problematiek (bijv. beperkt in staat tot ADL-handelingen) • Psychisch / sociaal in de problemen dreigen te raken
 Bereik	In 2023 heeft RECO: • 1.351 transfers uitgevoerd • 1.825 zorgvragen afgebogen
 Knelpunten	• Financiering: Geen structurele domeinoverstijgende bekostiging – alleen voor Zvw inzet is een betaaltitel • Databeschikbaarheid: Streng privacy W&R en vele sector-eigen ICT-systemen bemoeilijken gegevensuitwisseling



Inzet van de SO in de 1^e lijn bij Pantein zorgt dat ouderen langer thuis kunnen wonen en minder formele thuiszorg gebruiken

Pantein: Specialist ouderengeneeskunde in de 1^e lijn

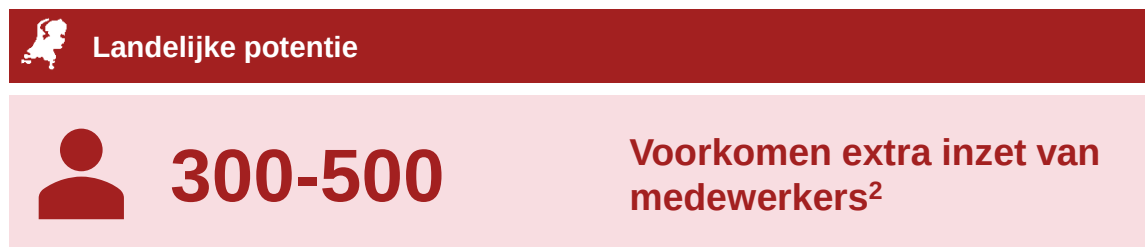
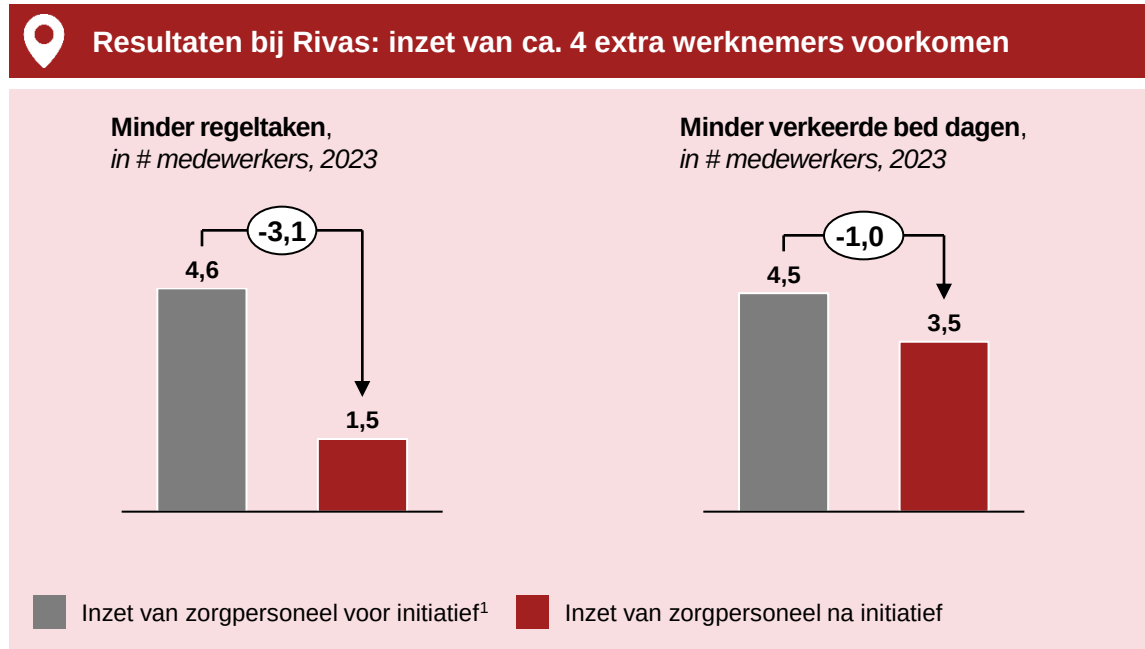
 Probleem	Specialistische zorgbehoefte van kwetsbare ouderen met complexe zorgvragen overstijgt de 1^e-lijnszorg en leidt tot: • Toenemende druk op huisartsen door groeiende doelgroep met een complexe zorgvraag en hoog zorggebruik • Hoog zorggebruik omdat ouderen (te) snel worden opgenomen e/o relatief veel formele thuiszorg ontvangen
 Idee	• SO werkt samen met HA en wijkverpleging: SO's triëren, consulteren, coördineren zorg, en fungeren als medebehandelaar in de 1^e lijn • Inzet van de SO ontlast de huisarts, ouderen kunnen langer thuis wonen, en hebben minder formele thuiszorg nodig
 Doelgroep	Met name kwetsbare ouderen die: • Minder zelfredzaam zijn door complexe problematiek (bijv. beperkt in staat tot ADL-handelingen) • Psychisch / sociaal in de problemen dreigen te raken
 Bereik	In 2023 is de SO betrokken bij 216 cliënten in de 1^e lijnszorg: • 94 GZSP • 122 MPT
 Knelpunten	• Regelgeving: Ontbrekende bevoegdheden voor verwijzing zorgen dat HA onnodig wordt betrokken (vb. HBO vpk e/o case manager is niet bevoegd om te verwijzen)



Rivas Zorgadvies bevordert passende zorg en betere in-, door- en uitstroom door centrale coördinatie van eigen en regionale capaciteit

Rivas: Zorgadvies

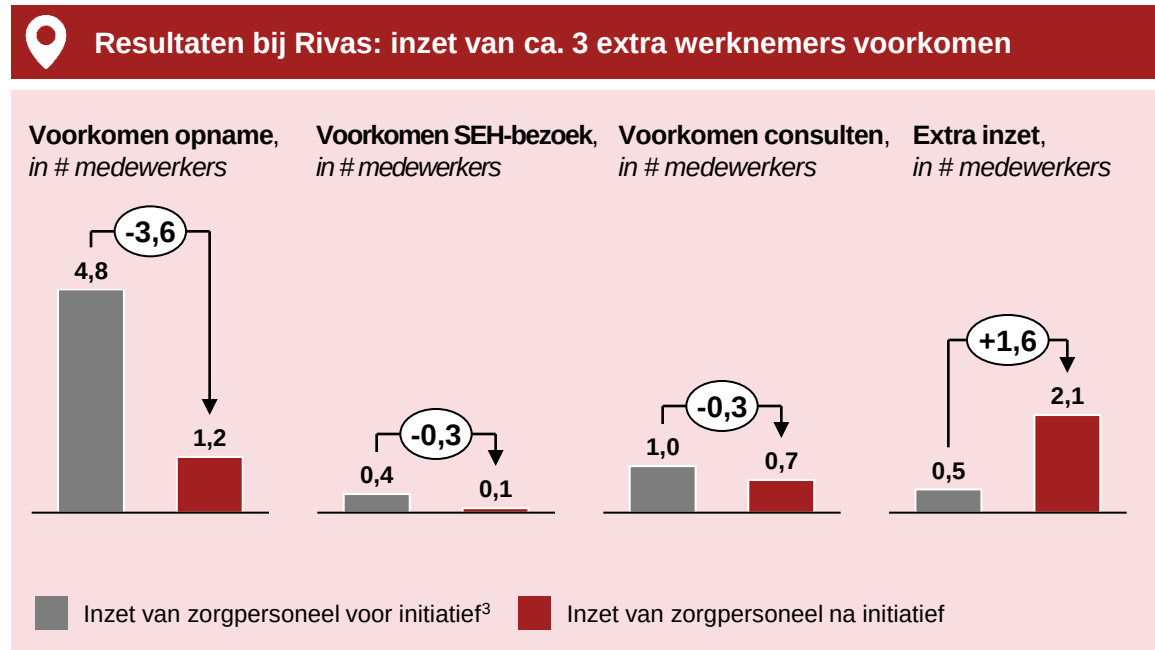
 Probleem	Gebrek aan integraal inzicht in de regionale capaciteit leidt tot: • Lange wachttijden voor de 'juiste zorg op de juiste plek', m.n. voor complexe zorgvragen (bijv. voor ouderen) • Administratieve lasten a.g.v. regeltaken en afstemming benodigd voor het aansluiten van vraag met aanbod
 Idee	• Zorgadviseurs coördineren uitstroom uit het zkh en instroom in VVT, ELV, GRZ en crisis, en beheren VVT wachtlijsten • Zorgadvies verbetert doorstroom in de gehele zorgketen, leidend tot minder admin-lasten en verkeerde bed dagen
 Doelgroep	(Met name) ouderen die: – Vervolgzorg nodig hebben vanuit het Beatrixziekenhuis – Wlz-plek nodig hebben – GRZ-plek nodig hebben – Wijkverpleging nodig hebben – In de regio een ELV e/o crisisplek nodig hebben
 Bereik	In 2023 zijn minimaal 6.640 aanmeldingen behandeld
 Knelpunten	• Databeschikbaarheid: Openheid en bereidheid om gegevens tussen instellingen te delen ontbreekt – cultuuromslag en stroomlijning ICT systemen is nodig • Financiering: Rivas draagt momenteel kosten – verdeling tussen ketenpartners bij verdere uitbreiding noodzakelijk



Rivas thuismonitoring met de 1^e lijn vermindert het aantal fysieke controles, en brengt zorg naar de eerste lijn of zelfs naar huis

Rivas: Thuismonitoring in samenwerking met 1^e lijn

 Probleem	Mensen met chronische aandoeningen komen periodiek op controle in het ziekenhuis of bij de HA, dit leidt tot: • Hoge tijdsinzet voor patiënten en zorgverleners • Gebrek aan zicht op mogelijke escalaties (bijv. SEH of opname) omdat er geen continu zicht is op de waarden
 Idee	• Vijf thuismonitoring zorgpaden ingericht samen met de regionale HA-organisatie (HenZ) • Medewerkers uit het digitaal team van Rivas monitoren meldingen in daluren, hier werken o.a. vpk die niet meer fysiek kunnen/willen zorgen en zo inzetbaar blijven • Patiënten hoeven minder vaak op controle, SEH bezoeken worden voorkomen, en vpk's zijn langer inzetbaar
 Doelgroep	• Patiënten met behandeling in de 2^e lijn voor (i) acuut hartfalen, (ii) chronisch hartfalen en (iii) COPD • 1^e-lijns patiënten (iv) VVR¹, (v) HVZ², (vi) Astma, (vii) COPD
 Bereik	• ~350 patiënten geïnccludeerd (183 2^e lijn, 171 1^e lijn) • ~1.100 signalen per maand
 Knelpunten	• Financiering: Gebrek aan prestatie voor thuismonitoring voor huisartsen, monitoring 1^e lijn niet gefinancierd • Wet- en regelgeving: Digitale werkzaamheden tellen niet mee in benodigde minuten fysieke zorg voor BIG-registratie verplegers – deze kan hierdoor komen te vervallen



ZorgSaam's Wondexpertisecentrum (WEC) versterkt poliklinische en 1^e-lijns wondzorg en brengt zorg hiermee dichterbij de patiënt¹

 Probleem	Patiënten met complexe wonden worden (te) snel verwezen naar het ziekenhuis voor opname e/o behandeling, dit: • Is ingrijpend voor de patiënt • Leidt tot hoge inzet van medisch specialistische zorg bij vragen die in 1^e-lijn of thuis kunnen worden behandeld
 Idee	• Multidisciplinair WEC-team o.l.v. de verpleegkundig specialist voor complexe wondzorg in het ziekenhuis en in samenwerking met eerstelijnszorg • Door samenwerking met en consultatie voor huisarts, VVT en wijkverpleging, wordt beoogd een groter aandeel van de zorgvragen voor complexe wondzorg in de 1^e lijn en/of buiten het ziekenhuis te behandelen worden
 Doelgroep	Jaarlijks ~1.000 patiënten in de regio Zeeuws-Vlaanderen met complexe en moeilijk te genezen wonden
 Bereik	• Tussen 2019 – 2024 nam het aantal afspraken buiten het ziekenhuis met 82% toe
 Knelpunten	• Financiering: Geen structurele financiering voor inzet in de 1^e-lijn (ZorgSaam heeft een regeling voor minuten-registratie) • Databeschikbaarheid: Streng privacy W&R en vele sector-eigen ICT-systemen bemoeilijken gegevensuitwisseling, m.n. door het hoge aantal aanbieders van wijkverpleging

Ketenorganisaties hebben ook praktijkvoorbeelden waar opschaling níet lukt, waar wél maatschappelijke impact kan zijn (1/2)

Initiatief	Omschrijving	Beoogde impact	Knelpunten
Inzet (wijk) verpleging in acute zorg	(Wijk)verpleging ondersteunen in acute zorg thuis, op de HAP en/of op de SEH tijdens ANW-uren, in de beoordeling van patiënten, regelen van zorg en handelingen (bijv. katheter, blaasspoelen)	• Onnodige verwijzing naar acute zorg wordt voorkomen • Daling integrale kosten en wachttijden op HAP en SEH	• Er is geen structurele kostendeckende afspraak voor bekostiging voor (wijk)verpleging in de acute zorg, o.a. omdat zorgverzekeraar X het niet ondersteunt (overige verzekeraars wel) • Beschikbare subsidies/regelingen sluiten niet aan
Welzijn op consult	Wijkverpleegkundigen die (naast medische zorgvraag) een psychosociale hulpvraag signaleren kunnen direct doorverwijzen naar een welzijnscoach	• Minder crisissituaties, (acute) opnames (breder dan MSZ) • Meer werkplezier voor de wijkverpleging	• Geen structurele betaaltitel en afhankelijk van subsidieregelingen / tijdelijke middelen • Geen capaciteit in het sociaal domein om extra instroom op te vangen, en kosten-verdeling onduidelijk i.v.m. schot Zvw / Wmo
Ambulante GRZ	Na ziekenhuisopname revalideren patiënten (deels) thuis, in plaats van op een zorglocatie	• Minder belasting voor patiënt en revalidatie sluit beter aan op de thuissituatie • Betere toegankelijkheid van GRZ capaciteit • Lagere integrale kosten	• Geen betaaltitel en/of ontoereikende tarieven voor continuering van paramedische zorg thuis vanuit GRZ (1,5-lijnszorg), en geen andere structurele afspraak • Administratietijd, omdat ziekenhuis DBC automatisch heropent wanneer GRZ binnen 100 dagen van klinische opname gestart wordt
Reablement	Multidisciplinaire aanpak (wijkverpleegkundige, fysio- en ergotherapeut) waarbij patiënt in thuissituatie geholpen wordt bij revalidatie, waarbij vergroten van zelfredzaamheid centraal staat	• Patiënt krijgt passende ondersteuning bij revalidatie • Op lange termijn minder zorggebruik	• Dekking zorgverzekering verschilt in de thuissituatie (bv. geen aanvullende fysiotherapie) waardoor het de patiënt eigen risico kost, en patiënt mogelijk een financiële prikkel ervaart om niet mee te doen • Geen aanvullende vergoeding voor multidisciplinair overleg (MDO)

Ketenorganisaties hebben ook praktijkvoorbeelden waar opschaling níet lukt, waar wél maatschappelijke impact kan zijn (2/2)

Initiatief	Omschrijving	Beoogde impact	Knelpunten
Meekijk-consulten	Huisarts kan op een laagdrempelige manier advies inwinnen van een medisch specialist bij patiënten, bijvoorbeeld wanneer de huisarts twijfelt over verwijzing	• Onnodige inzet van specialistische zorg wordt voorkomen	• Geen structurele betaaltitel voor het meekijkconsult tot 2026, waardoor prikkel ontstaat om patiënten alsnog door te verwijzen
Versterking 1^e lijn voor kwetsbare ouderen	Wijkverpleging / case managers, SO en huisartsen / POH werken structureel samen bij kwetsbare ouderen in de thuissituatie waardoor zorgvragen vroegtijdig worden gesignaleerd	• Minder belasting voor patiënten omdat zorg voorkomen wordt • Minder gebruik geriatrische zorg en crisissituaties	• MDO kan alleen door SO gedeclareerd worden, waardoor onnodig tijd van SO wordt gevraagd; • Indirecte overlegtijd (e.g. overlegtijd SO – huisarts) wordt niet vergoed
Continuering paramedische zorg thuis	Paramedici blijven zorg continueren wanneer cliënt na GRZ opname naar huis gaat	• Patiënt ervaart minder overdrachtsmomenten • Behandelduur wordt korter • Lagere integrale zorgkosten	• Geen betaaltitel en/of ontoereikende tarieven voor continuering van paramedische zorg thuis vanuit GRZ (1,5-lijnszorg)

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
- 4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg**
 - 4.1 Ketenorganisaties bieden meerdere vormen van zorg aan in meerdere domeinen
 - 4.2 Ketenorganisaties hebben voorbeelden van hoe zij nu al integrale zorg verlenen
 - 4.3 Ketenorganisaties realiseren al een deel van de voordelen van integrale zorg**
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

In dit hoofdstuk wordt geëvalueerd of ketenorganisaties al resultaten behalen op objectieve indicatoren van integrale zorg

Dimensie		Perspectief	In-scope indicatoren	Toelichting bij out-of-scope
Inzet op integrale zorg		Patiënt / client	Ervaren integraliteit van ontvangen zorg Mate waarin de patiënt / client integrale zorg ervaart	Data is beperkt beschikbaar en niet geschikt voor externe vergelijking (tussen organisaties en landelijk)
		Professional	Ervaren integraliteit van geleverde zorg Mate waarin de professional ervaart integrale zorg te bieden	Data is beperkt beschikbaar en niet geschikt voor externe vergelijking (tussen organisaties en landelijk)
		Systeem	Uitgevoerde integrale zorgactiviteiten Frequentie van toepassing van integrale zorgactiviteiten	
Uitkomsten van integrale zorg	 Kwaliteit	Patiënt / client	Patiënt gerapporteerde ervaring (PREMs) Kwaliteit van de geleverde zorg vanuit het perspectief van de patiëntervaring	
			Patiënt gerapporteerde uitkomstmaten (PROMs) (Behandel)uitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt	Data is beperkt te generaliseren buiten de specifieke doelgroep en interventie in kwestie, en daardoor niet geschikt voor vergelijkingen op organisatieniveau.
		Systeem	Klinische uitkomstmaten Meetbare zorguitkomsten die de effectiviteit van de zorg uitdrukken	
	 Kosten	Systeem	Zorggebruik en –kosten Indicatoren die de hoeveelheid gebruik van gezondheidszorg voorzieningen uitdrukken	
			Kosten efficiëntie Indicatoren die de efficiëntie van verschillende contactmomenten uitdrukken	

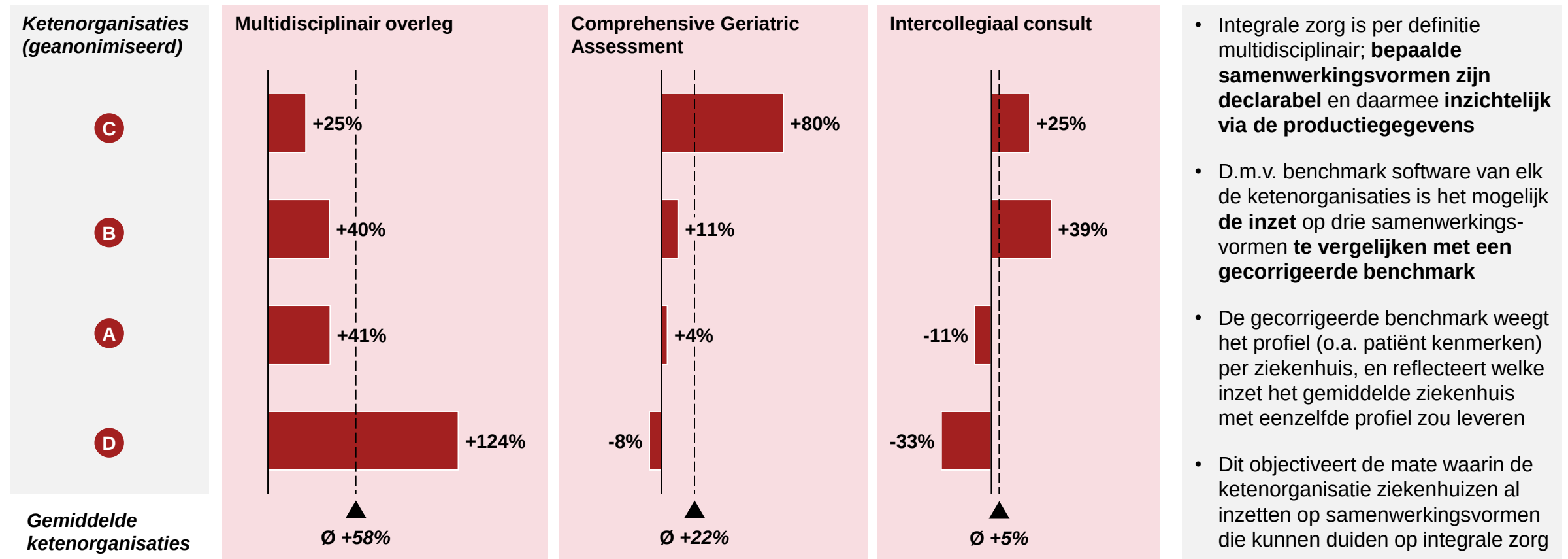
De gehanteerde indicatoren worden vaker gebruikt in wetenschappelijke evaluaties van integrale zorg

Dimensie	Indicatoren		Verwachte relatie met integrale zorg
	Inzet	Zorgactiviteiten - ziekenhuis Aantal gedeclareerde MDO's, ICC's, en CGA's	<i>N.v.t. – directe duiding van toepassing van (vormen van) integrale zorg</i>
	PREMs	Patiënt / client tevredenheid Gemiddelde waardering van een zorglocatie met >30 waarderingen	Integrale zorg leidt tot een hogere patiënt / client tevredenheid ¹
	Klinische uitkomst-maten	Onverwacht lange opnameduur (OLO) – ziekenhuis Aandeel opnames met een opnameduur >50% langer dan verwacht	Integrale zorg draagt bij aan kwaliteit en veiligheid bij complexe zorgvragen, en kan daarmee leiden tot kortere opnames ^{2,3}
		Aantal crisisopnames - V&V Aantal crisisopnames in de langdurige zorg voor ZZP VV	Integrale zorg kan bijdragen aan fysiek functioneren en zelfstandigheid onder ouderen, en daarmee leiden tot minder spoedopnames ⁴
	Zorggebruik en –kosten	Heropnameratio – ziekenhuis Aantal heropnames t.o.v. het verwachte aantal o.b.v. landelijke cijfers	Integrale zorg kan zorguitkomsten verbeteren en daarmee leiden tot minder heropnames ⁵
		Opnames 65+ – ziekenhuis Aantal opnames van patiënten ouder dan 65 jaar	Integrale zorg kan zorguitkomsten verbeteren en daarmee leiden tot minder (onnodige) opnames van ouderen ⁶
	Kosten efficiëntie	Verkeerde beddagen – ziekenhuis Aantal verpleegdagen met (i) Wlz-indicatie, (ii) vervallen ziekenhuis indicatie	Integrale zorg kan efficiëntie van ziekenhuizen verhogen en leiden tot kortere opnames ⁷
		Toegangstijd poliklinieken – ziekenhuis Gemiddelde toegangstijd tot de poliklinieken in het ziekenhuis	Integrale zorg kan de toegankelijkheid van zorg verbeteren ¹ en daarmee leiden tot een kortere toegangstijd
		(Urgent) wachtenden - V&V Aandeel (urgent) wachtenden t.o.v. de eigen capaciteit	Integrale zorg kan de toegankelijkheid van zorg verbeteren ¹ en daarmee leiden tot minder wachtenden

Binnen ketenorganisatie ziekenhuizen wordt gemiddeld vaker gebruik gemaakt van samenwerkingsvormen dan de benchmark

Benchmarkanalyse van samenwerkingsvormen

Inzet op samenwerkingsvormen t.o.v. gecorrigeerde benchmark per organisatie



De patiënt- en clienttevredenheid is bij ketenorganisaties in lijn met het landelijk gemiddelde

Gemiddelde patiënt e/o client waardering ZorgkaartNederland¹



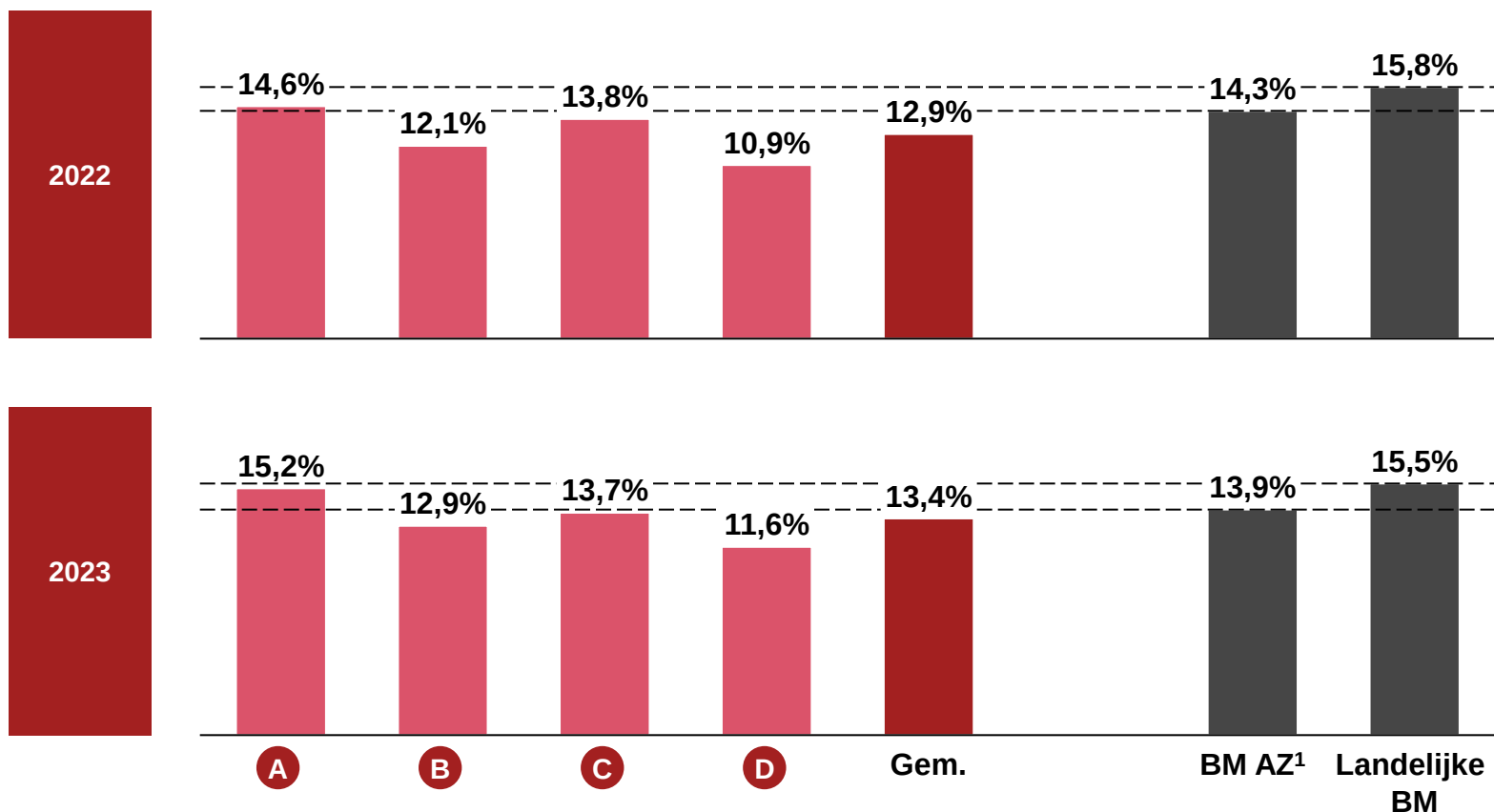
Toelichting

- ZorgkaartNederland maakt de **patiënt- / clienttevredenheid** op instelling- en locatieniveau **inzichtelijk en vergelijkbaar**, met als doel mensen te **helpen de beste zorg te vinden**
- Waarderingen (schaal 1 – 10) worden **anoniem** en **vrijwillig ingediend**, hierdoor is er mogelijk risico op vertekening van de resultaten, omdat m.n. mensen met hele positieve e/o negatieve ervaringen een waardering plaatsen
- Gebruikers kunnen de **waardering laten verifiëren**, wat betekent dat geverifieerd is dat de gebruiker in kwestie zorg heeft ontvangen op de betreffende locatie
- Instellingen en locaties met **minder dan 30 waarderingen** worden **niet geïnccludeerd**, om **betrouwbaarheid** van waarderingen te **waarborgen**

Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben minder onverwacht lange opnames dan de landelijke benchmark en algemene ziekenhuizen

Aandeel van patiënten met een OLO per organisatie

2022 en 2023



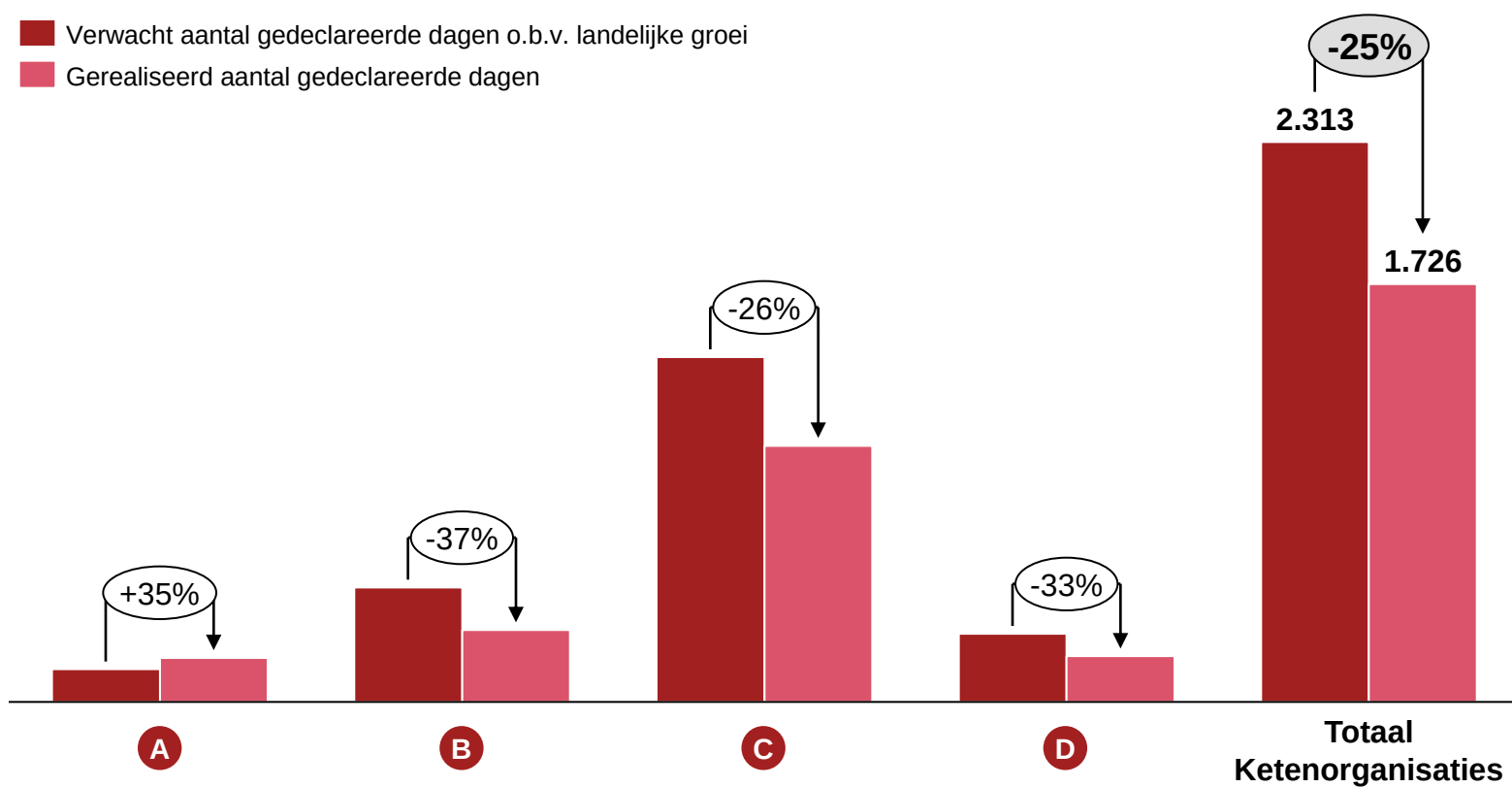
Toelichting

- De uitkomstmaat Onverwacht Lange Opnameduur (OLO) geeft het **percentage klinische patiënten met een OLO** weer
- Een opname duur is onverwacht lang wanneer deze **minimaal 50% langer is dan verwacht**, bijv. als gevolg van complicaties
- De **verwachte opnameduur wordt berekend** o.b.v. de **leeftijd** van de patiënt, de **hoofddiagnose** en eventuele **hoofdverrichting** die de patiënt heeft ondergaan
- OLO wordt door het IGJ gebruikt als maatstaf voor de **kwaliteit** en **veiligheid** van zorg, waarbij hogere kwaliteit en betere veiligheid leiden tot een relatief lagere OLO
- Aangezien inzet van multidisciplinaire kennis mogelijk suboptimale uitkomsten bij complexe zorgvragen kan voorkomen, zou **integrale zorg moeten bijdragen aan een lagere OLO²**

Ketenorganisaties declareren in totaal veel minder dagen Wlz spoedzorg dan verwacht op basis van landelijke trends

Dagen Wlz spoedzorg/crisisopvang per organisatie 2023

- Verwacht aantal gedeclareerde dagen o.b.v. landelijke groei
- Gerealiseerd aantal gedeclareerde dagen



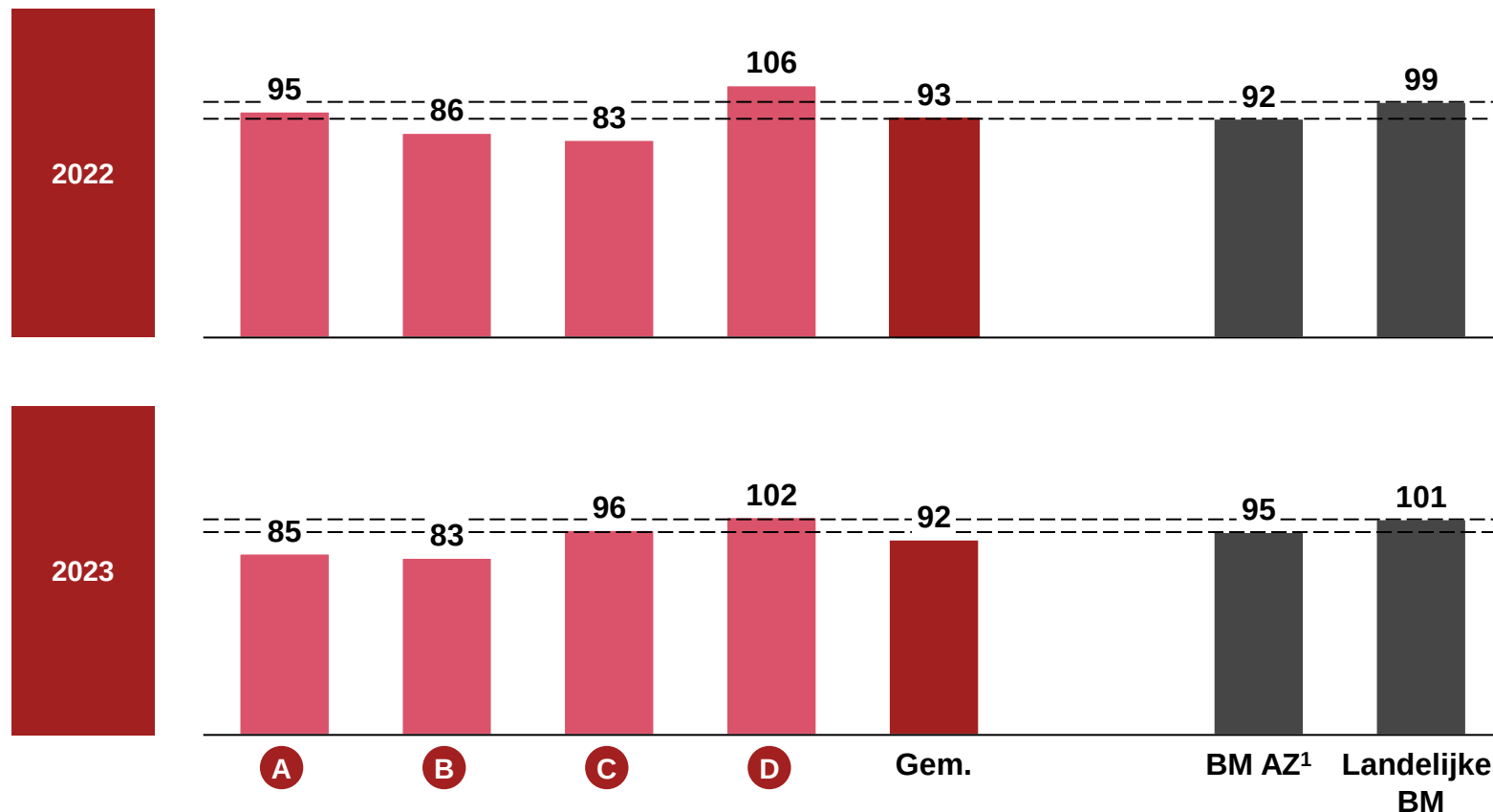
Toelichting

- Spoedzorg/crisisopvang in de langdurige zorg **wordt ingezet bij een crisissituatie** waarbij acute behoefte aan opname ontstaat omdat (om diverse redenen) in de thuissituatie niet kan worden voorzien in de zorgbehoefte, bijv. door een valincident, of uitval van mantelzorger
- Het verwachte aantal gedeclareerde dagen wordt berekend o.b.v. de landelijke groei aan gedeclareerde dagen Wlz spoedzorg tussen 2019 en 2023, t.o.v. het gedeclareerde aantal dagen van de ketenorganisaties in 2019¹
- Er zijn aanwijzingen dat **een deel van de spoedzorg voorkomen kan worden** door inzet van integrale zorg initiatieven² (bv. inzet van de SO in de 1^e lijn) die ook door de ketenorganisaties worden toegepast
- Regionale patronen (bv. het aantal kwetsbare ouderen) en het marktaandeel van de organisatie (het relatieve aantal bedden in de regio) kunnen ook van invloed zijn

Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben gemiddeld een vergelijkbare c.q. lagere heropnameratio dan algemene ziekenhuizen en landelijk gem.

Heropnameratio per organisatie

2022 en 2023



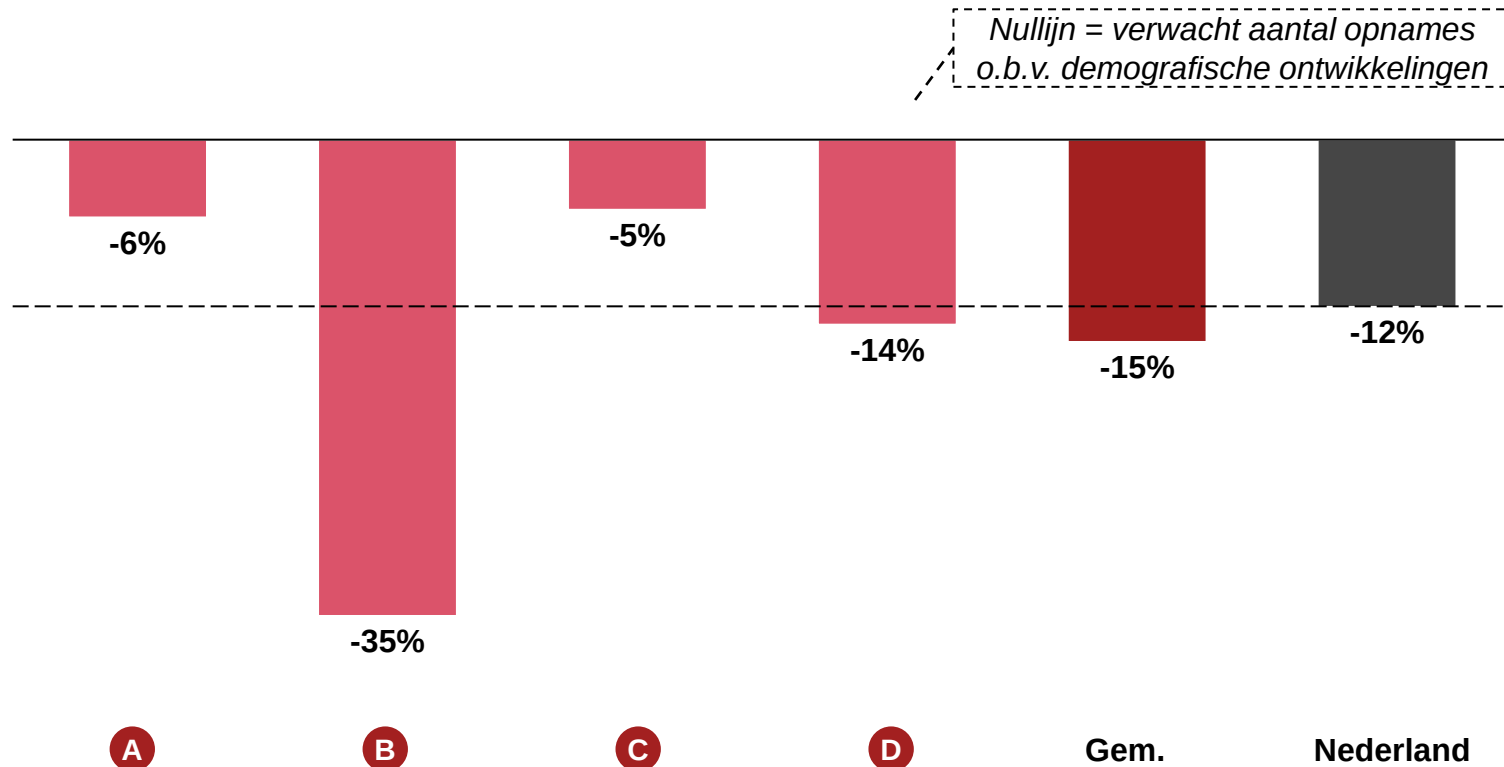
Toelichting

- De heropnameratio bestaat uit het **werkelijke (waargenomen) aantal heropnames** in een ziekenhuis tegenover het **verwachte aantal heropnames**
- Een heropname is een **klinische opname binnen 30 dagen** na de ontslagdatum van de originele klinische opname (de indexopname)
- Het verwachte aantal heropnames wordt per **ziekenhuis berekend a.d.h.v. landelijke cijfers**, middels een **heropnamenmodel** van het CBS dat **corrigeert voor verschillen in case mix**
- Het **verminderen van ongeplande heropnames verlaagt ongemak** voor patiënten, **werkdruk** en uiteindelijk **zorgkosten**

Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben gemiddeld minder opnames van patiënten > 65 jaar dan verwacht o.b.v. demografische ontwikkelingen

Aantal ziekenhuisopnames van patiënten > 65 jaar

% verschil tussen realisatie en verwachting o.b.v. ontwikkeling aantal 65+'ers, 2022



Toelichting

- Met name bij ouderen (65+) is een deel van opnames in het ziekenhuis **onnodig** (medisch niet strikt noodzakelijk)¹
- Een **deel van opnames kan voorkomen worden**, bv. door voorkomen van (acute) zorgvragen bij ouderen d.m.v. preventie, en aansluiting met alternatieven (bv. ELV, GRZ)¹
- Er zijn aanwijzingen dat integrale zorg een deel (spoed)zorg kan **voorkomen**², en dat integrale zorg bijdraagt aan een **nauwere aansluiting** met alternatieve zorgvormen
- Het verwachte aantal opnames in 2022 wordt berekend o.b.v. regionale (ketenorganisaties) en landelijke (Nederland) ontwikkelingen van het aantal 65+'ers tussen 2019 en 2022, t.o.v. het aantal 65+ opnames in 2019³
- Regionale patronen (bv. prevalentie val-incidenten) en het marktaandeel van de organisatie (bv. ontwikkeling opnames bij andere aanbieders in regio) kunnen ook van invloed zijn

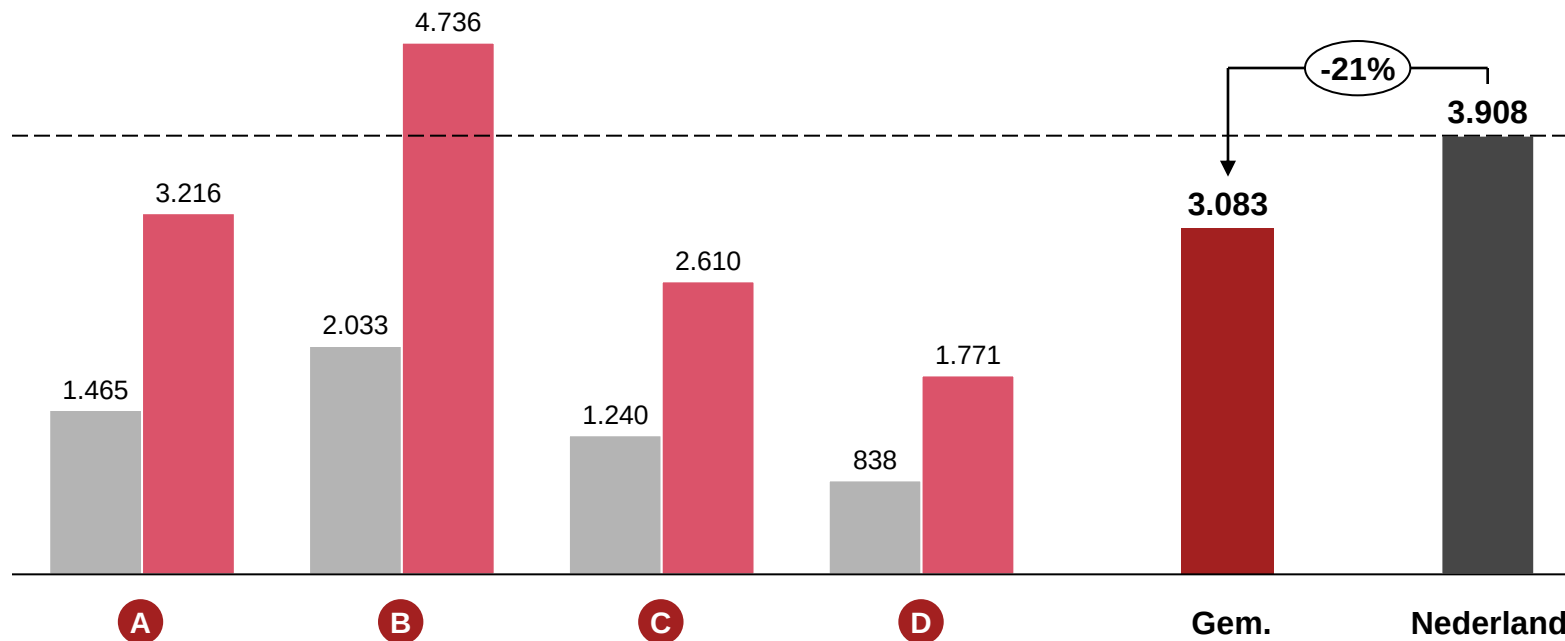
Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben gemiddeld minder verkeerde beddagen dan het landelijk gemiddelde

Verkeerde beddagen per organisatie¹

Gemiddelde 2022-2023

■ Gemiddelde 2022-2023

■ Gecorrigeerd gemiddelde 2022-2023



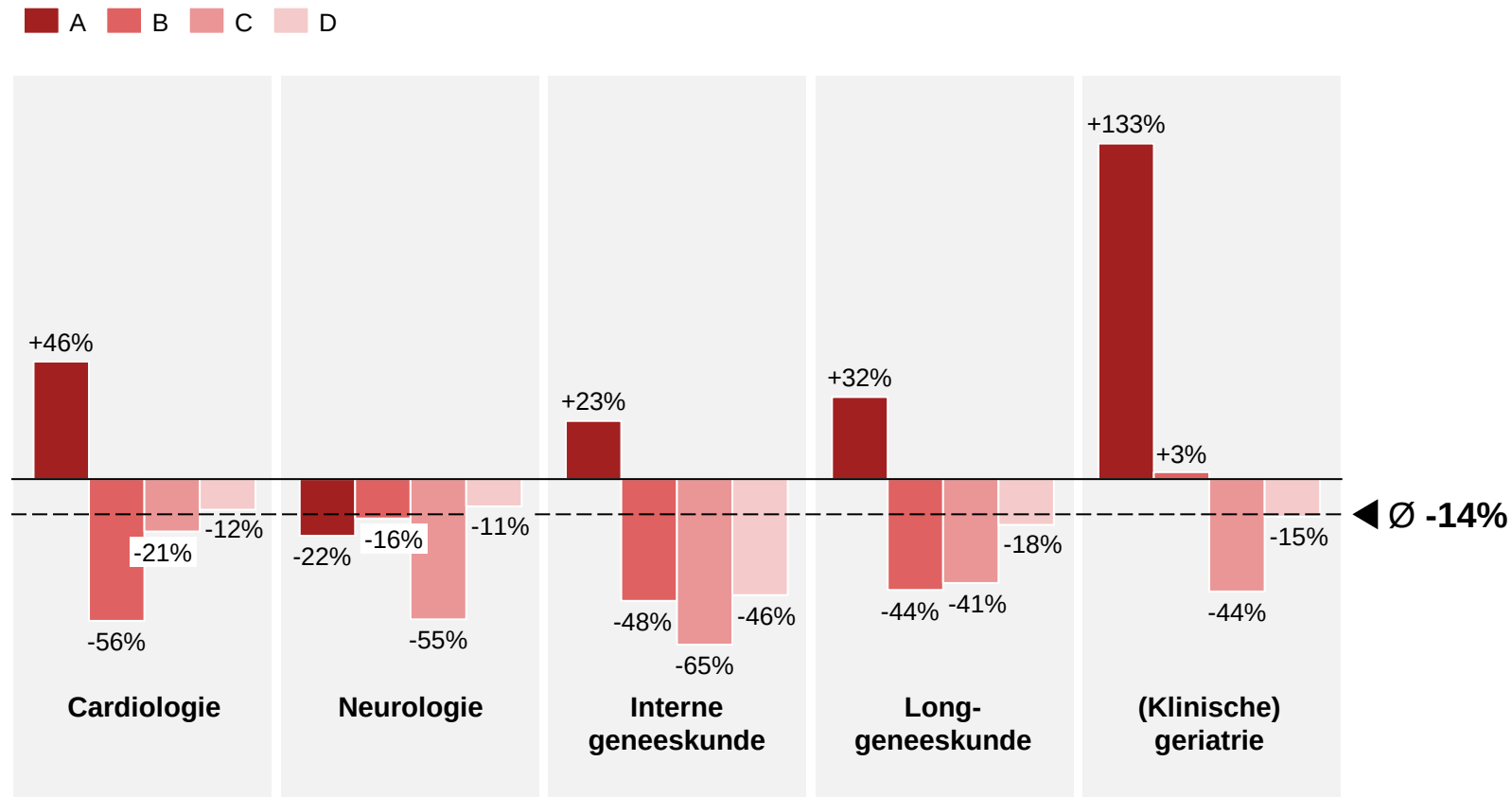
Toelichting

- Een verkeerde bed dag is een opnamedag van een patiënt die **geen ziekenhuisbehandeling** meer **nodig** heeft, maar niet kan uitstromen omdat zij **wachten op vervolgzorg**
- Registraties onderscheiden patiënten met **Wlz-indicatie**, en patiënten met een **vervallen ziekenhuis indicatie** zonder vervolgindicatie
- In de meeste gevallen gaat dit om **kwetsbare ouderen** die wachten op een **plek in bijv. een verpleeghuis** of **GRZ**
- Om tot een vergelijkbaar overzicht te komen zijn **cijfers van de ketenorganisatie ziekenhuizen gecorrigeerd** voor hun **relatieve grootte**, o.b.v. de verhouding tussen het **aantal klinische opnames** per ketenorganisatie ziekenhuis en het landelijk gemiddelde per ziekenhuis

Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben gemiddeld een kortere toegangstijd tot de polikliniek dan het landelijk gemiddelde

Toegangstijd polikliniek per specialisme t.o.v. het landelijk gemiddelde¹

% verschil, gemiddelde tijd tussen verwijzing en eerste afspraak over 2023



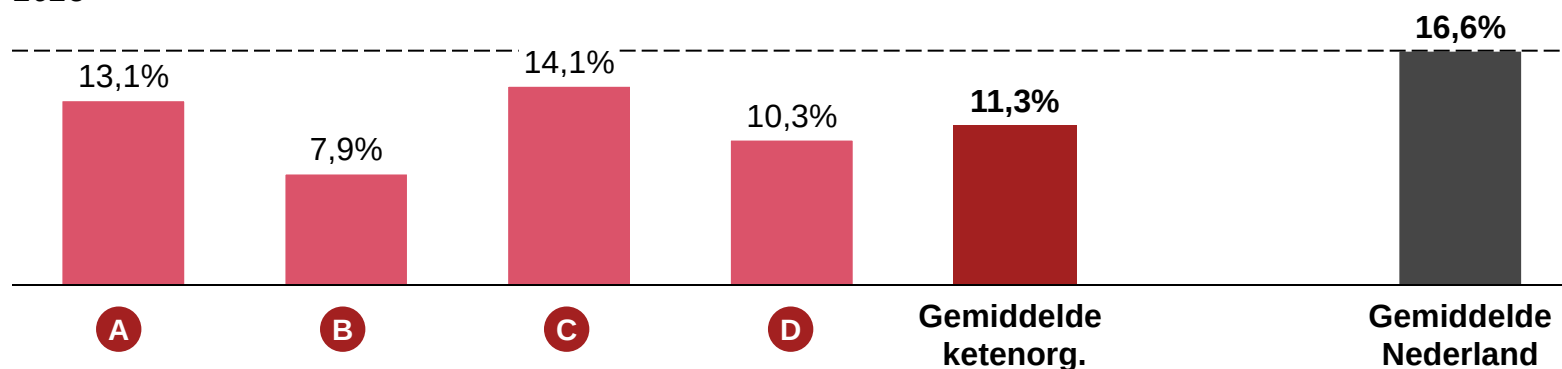
Toelichting

- De toegangstijd tot de polikliniek is de gemiddelde duur **tussen verwijzing en een eerste consult**, en is een **reflectie van de toegankelijkheid** van de zorg
- De landelijke treeknorm voor toegangstijd tot poliklinische zorg is vier weken; **de treeknorm wordt in 2023 landelijk echter gemiddeld in 47,5% van de instellingen overschreden**
- Hier zijn de gemiddelde gerealiseerde toegangstijden per specialisme per ketenorganisatie vergeleken met het landelijk gemiddelde voor elk specialisme
- Voor de vijf geïnccludeerde specialismen zijn de toegangstijden tot de polikliniek van de ketenorganisatie ziekenhuizen **gemiddeld ~14% korter dan het landelijk gemiddelde**
- De specialismen zijn geïnccludeerd o.b.v. het landelijk volume, de relatie tot integrale zorg, en het aanbod van de ketenorganisaties²

Het aantal (urgent) wachtenden voor langdurige zorg van ketenorganisaties is lager dan het landelijk gemiddelde

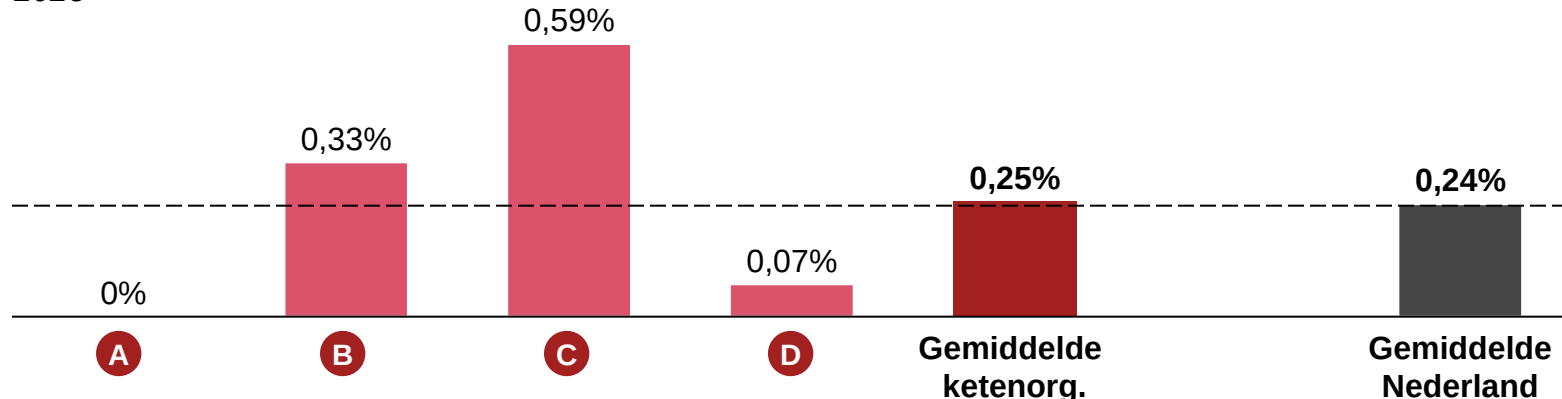
Verhouding gemiddeld aantal wachtenden i.r.t. bedden per organisatie¹

2023



Verhouding gemiddeld aantal urgent wachtenden i.r.t. bedden per organisatie¹

2023



Toelichting

- In opdracht van het Ministerie van VWS publiceert het Zorginstituut maandelijks **overzichten van het aantal wachtenden voor langdurige zorg**, landelijk en per locatie
- Het aantal wachtenden omvat het aantal cliënten met de aanduiding **urgent plaatsen, actief plaatsen**, en **wachtend op voorkeur**, zowel met als zonder enige vorm van Wlz-zorg
- Het aantal urgent wachtenden omvat slechts het aantal cliënten dat **urgent geplaatst** dient te worden, zowel met als zonder enige vorm van Wlz-zorg
- Om tot een relatief aantal (urgent) wachtenden te komen wordt het aantal (urgent) wachtenden **gedeeld door het aantal bedden** in de langdurige zorg, per instelling en landelijk
- Om te **corrigeren voor fluctuaties** door het jaar heen (bv. seizoenseffecten) is het **gemiddelde van vier peildata** (halverwege elk kwartaal) in 2023 genomen

Er zijn indicaties dat ketenorganisaties al voordelen realiseren van integrale zorg, ondanks systemische barrières (1/2)

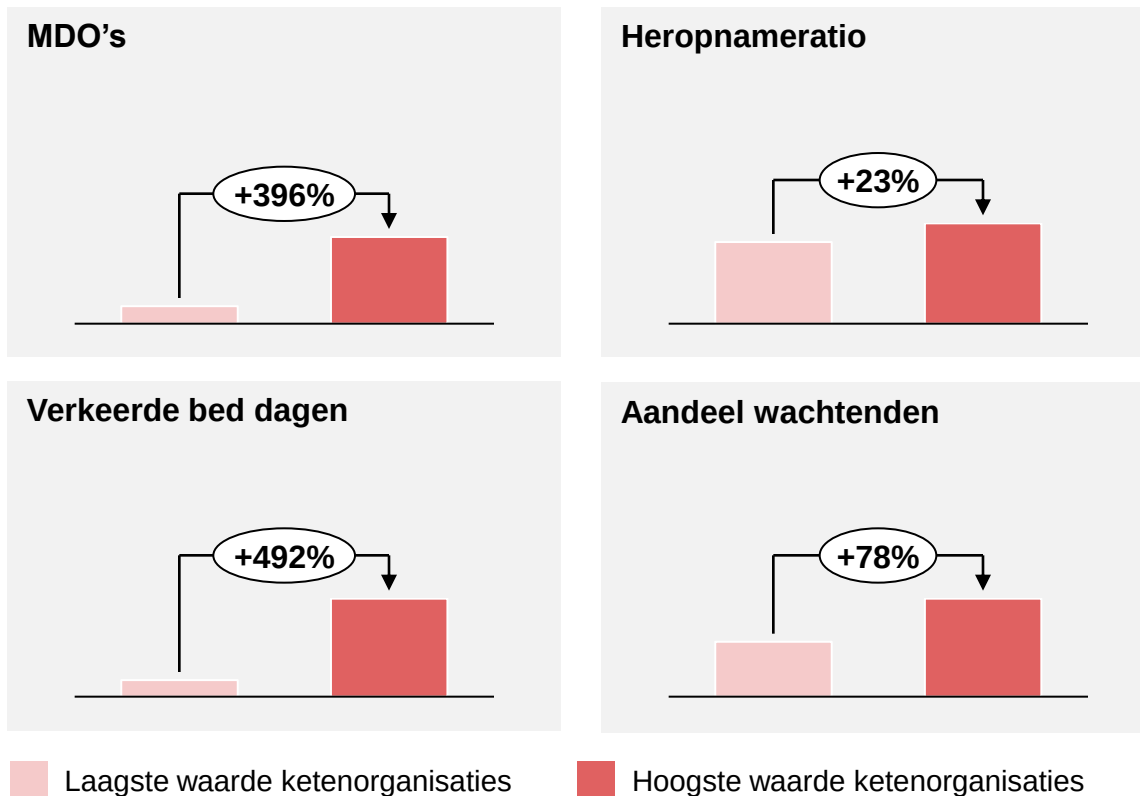
Dimensie	Indicator	Bevindingen	Ketenorganisaties	Benchmark	Verdieping		
	Inzet op integrale zorg	Meer inzet op samenwerking	Binnen ketenorganisatie ziekenhuizen wordt vaker multidisciplinair samengewerkt	158 / 122 / 105 <i>MDO / ICC / CGA¹</i>	100 / 100 / 100 <i>MDO / ICC / CGA</i>	<i>Zie pagina 50</i>	
		Patiënt geapporteerde ervaring (PREMs)	Hogere patiënt / client tevredenheid	De ziekenhuis- en langdurige zorg van ketenorganisaties worden door patiënten gemiddeld gewaardeerd	8,9 / 8,4 / 8,6 <i>MSZ / V&V / TZ</i>	8,7 / 8,3 / 8,9 <i>MSZ / V&V / TZ</i>	<i>Zie pagina 51</i>
		Klinische uitkomstmaten	Lagere OLO	Patiënten bij ketenorganisaties hebben minder onverwacht lange opnames (OLO's) dan de landelijke benchmark	13,4%	13,9 – 15,5% <i>AZ² / Landelijk</i>	<i>Zie pagina 52</i>
			Minder dagen crisisopvang spoedzorg (Wlz)	Ketenorganisaties realiseren minder crisisopvang spoedzorg (Wlz) dan verwacht o.b.v. de landelijk groei	1.726 <i>Gerealiseerd</i>	2.313 <i>Verwacht o.b.v. landelijke groei</i>	<i>Zie pagina 53</i>

Er zijn indicaties dat ketenorganisaties al voordelen realiseren van integrale zorg, ondanks systemische barrières (2/2)

Dimensie	Indicator	Bevindingen	Ketenorganisaties	Benchmark	Verdieping	
	Zorggebruik en –kosten	Lagere heropname ratio	Ketenorganisaties hebben gemiddeld een lagere heropnameratio i.r.t. algemene ziekenhuizen en het landelijk gemiddelde	92%	95 – 101% <i>AZ¹ / Landelijk</i>	<i>Zie pagina 54</i>
		Minder opnames 65+	Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben minder opnames > 65 jaar dan verwacht o.b.v. demografische ontwikkelingen	-15% <i>T.o.v. verwacht o.b.v. demografie</i>	-12% <i>T.o.v. verwacht o.b.v. demografie</i>	<i>Zie pagina 55</i>
	Kosten efficiëntie	Minder verkeerde beddagen	Ketenorganisatie ziekenhuizen hebben minder verkeerde beddagen dan het landelijk gemiddelde	3.083 <i>per org. per jaar</i>	3.908 <i>per org. per jaar</i>	<i>Zie pagina 56</i>
		Kortere toegangstijd poliklinieken	Poliklinieken van ketenorganisatie ziekenhuizen hebben een kortere toegangstijd dan het landelijk gemiddelde	37 dagen <i>gemiddelde vijf specialismen</i>	43,5 dagen <i>gemiddelde vijf specialismen</i>	<i>Zie pagina 57</i>
		Lager aandeel (urgent) wachtenden	Langdurige zorg van ketenorganisaties heeft een lager relatief aantal wachtenden dan het landelijk gemiddelde	11,3% <i>wachtenden</i> 0,25% <i>urgent wachtenden</i>	16,6% <i>wachtenden</i> 0,24% <i>urgent wachtenden</i>	<i>Zie pagina 58</i>

De variatie tussen ketenorganisaties duidt dat er nog meer potentieel is door van elkaar te leren

Er is sprake van sterke variatie tussen de ketenorganisaties



Implicaties

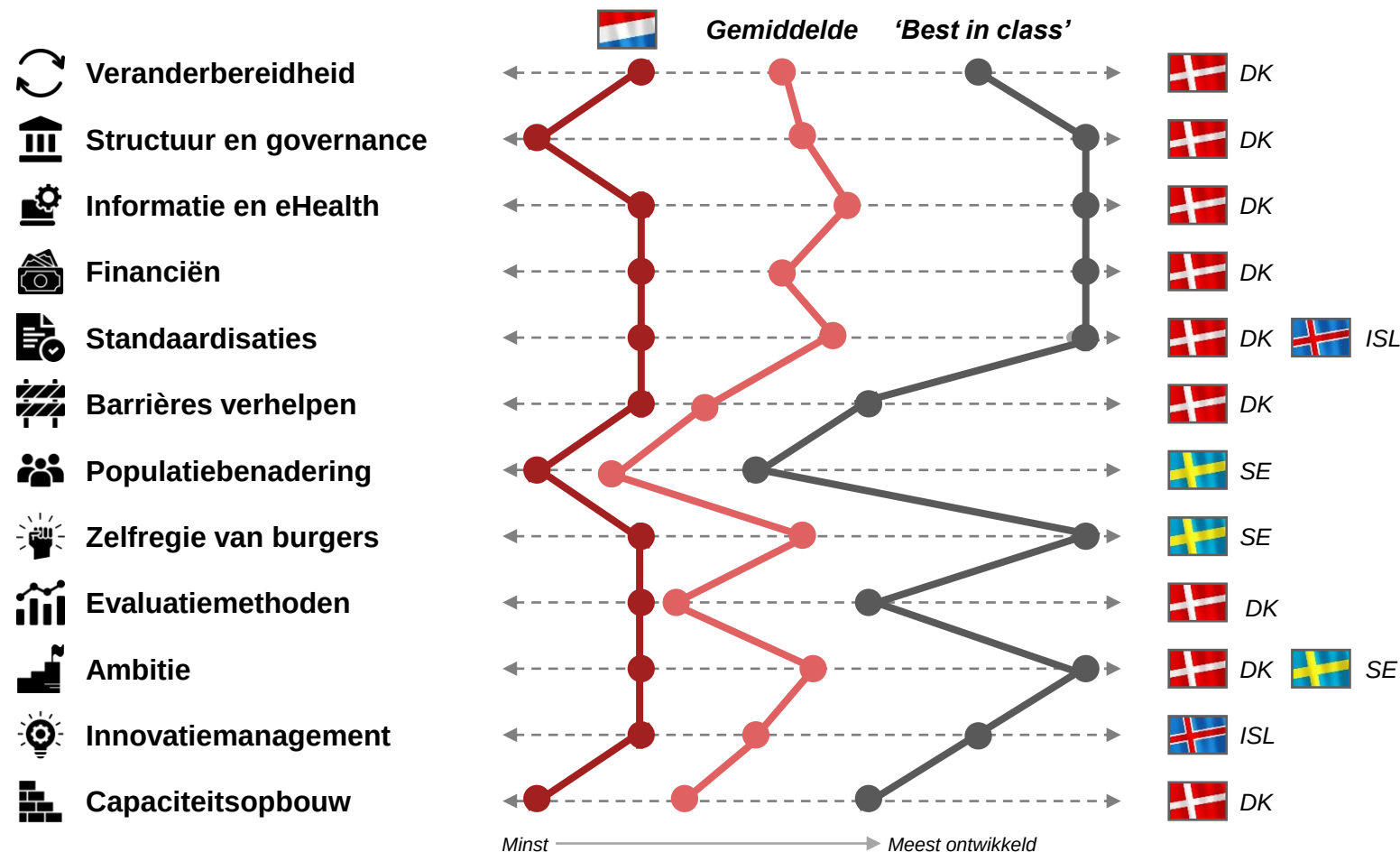
- Integrale zorg is een breed concept, de **mate van inzet** en **wijze van invulling** kan **tussen organisaties** en **binnen een organisatie verschillen**
- Hierdoor is het mogelijk dat de ketenorganisaties op **andere onderdelen integraal werken**, of door verschillende organisatiekenmerken (bv. aanbod, patiëntmix) **andere resultaten behalen**
- Dit toont aan dat er nog **potentie** is voor de organisaties om (i) de *inzet* op en resultaten van integrale zorg te objectiveren, en (ii) van elkaar te *leren*
- Er is potentie voor de ketenorganisaties om van elkaar te leren, o.a. om beter te begrijpen wat ten grondslag ligt aan de variatie (*inzet en resultaten objectiveren*), met als doel convergeren op de 'best in class' per indicator

Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
- 5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg**
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
7. Appendix

Integrale zorg wordt in Nederland al 'bottom up' ingevuld, maar systemische barrières staan grootschalige implementatie in de weg

Health system performance assessment – Integrated Care Assessment (Europese Commissie, 2018)



“De huidige situatie met betrekking tot de implementatie van integrale zorg wordt **gekenmerkt door een gebrek aan politieke consensus en ontwikkeling van nationaal beleid**. Er werd ook opgemerkt dat, hoewel er talrijke 'bottom-up' integrale zorginitiatieven (bijv. pilotprojecten) in heel Nederland zijn, het een uitdaging zal blijven om integrale zorg effectief te implementeren zonder allesomvattend nationaal beleid.”

Systemische barrières hinderen ketenorganisaties bij het verlenen en opschalen van integrale zorg

Vereisten voor opschaling integrale zorg ¹		Systemische barrières	Verdieping
Passende financiering en bekostiging	Structurele bekostiging die integrale zorg over organisaties, sectoren en domeinen heen faciliteert en daarin congruent is wanneer dit bijdraagt aan betere zorg tegen minder benodigde inzet van personeel e/o lagere kosten.	• Betaaltitels bewegen niet (snel genoeg) mee met de praktijk van integrale zorg • Financiële schotten tussen domeinen • Contractering per sector • Uiteenlopende en regelmatig veranderende prioriteiten van financiers • Gebrek aan gedifferentieerde contractering	Zie pagina 63-64
Data-beschikbaarheid	Relevante patiënt- e/o clientgegevens en historie zijn inzichtelijk voor alle betrokken zorgprofessionals wanneer daar aanleiding toe is vanuit het contact, ongeacht het domein, zorgsoort of organisatie van de professional in kwestie. Gegevens over effectiviteit, kwaliteit en kosten van zorg zijn beschikbaar voor secundair gebruik.	• Gebrek aan uniformiteit van ICT-systemen • (Interpretatie van) privacy wet- en regelgeving • Complexiteit evaluatie van integrale zorg	Zie pagina 65-66
Lijnloze personeelsinzet	Schaars zorgpersoneel wordt lijnloos ingezet op de plek waar diegene nodig is, ongeacht organisatie e/o sectorgrenzen, zo lang medewerker bekwaam is en de kwaliteit van zorg gewaarborgd is.	• CAO verschillen • Urennormen per sector	Zie pagina 67
Simpel en eenduidig toezicht	Eenheid van opvatting en uitvoering i.r.t. integrale zorg bij relevante toezichthouders over zorgschotten heen, zodat verantwoordingseisen de beweging naar integrale zorg niet belemmeren.	• Verantwoordingseisen verschillen per sector en domein	Zie pagina 68
Draagvlak en eigenaarschap bij professionals	Professionals bepalen wanneer integrale zorg nodig is en wat dat voor de specifieke patiënt / client in kwestie betekent. Zij krijgen en voelen de ruimte krijgen om hier invulling aan te geven.	• Normering van handelswijze vanuit sectoren (richtlijnen) • Volumennormen	Zie pagina 69

Verdieping: Passende financiering en bekostiging (1/2)

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
Betaaltitels bewegen niet (snel genoeg) mee met de praktijk van integrale zorg	• Zorgprestaties duiden een specifieke handeling door (een) specifieke zorgverlener(s), dezelfde zorg komt in een andere context mogelijk niet in aanmerking voor bekostiging • Aanvraag van een structurele betaaltitel is een complex proces met lange doorlooptijd; er is regelmatig ruimte voor tijdelijke bekostiging, maar het proces en voorwaarden zijn niet eenduidig voor alle situaties	• Kosten: Aanbieders dragen soms tijdelijk zelf kosten van initiatieven uit maatschappelijke overtuiging; tijdelijke oplossingen, bv. experimentele prestaties in de HA-zorg bij samenwerking 1e en 2e lijn, kunnen de zorguitgaven verhogen omdat ze buiten het eigen risico vallen (patiënt betaalt niet mee i.v.m. gebruik 1^e-lijns betaaltitel) • Onzekerheid: I.v.m. de doorlooptijd is lange tijd onzeker of een structurele betaaltitel wordt goedgekeurd, waardoor aanbieders terughoudend kunnen zijn in nodige investering voor opschaling (bv. aannemen van benodigd personeel)
Financiële schotten tussen domeinen	• De zorg wordt geregeld door vijf stelselwetten (Zvw, Wlz, Wmo, Jw, Wpg), met eigen geldstromen, regels, en mechanismen (bv. prestaties in de Zvw moeten direct verbonden zijn aan een individuele zorgontvanger) • De reikwijdte van elke wet is scherp begrensd (geen kruisfinanciering); domeinoverstijgende financiering stuit hierdoor op juridische barrières • Tijdelijke financieringsregelingen voor multidisciplinaire of domeinoverstijgende samenwerking (bv. subsidie SPUK DOS) zijn beschikbaar, maar zijn ontoereikend in omvang en dekking (bv. landelijk €27 mln SPUK DOS voor 2025, met maximale vergoeding van 80%)	• Administratieve lasten: Verschillen in wetten en systematiek leiden tot stapeling van bv. verantwoordingseisen; bij inzet op een domeinoverstijgend initiatief moeten per situatie constructies worden ingericht om kruisfinanciering te voorkomen • Inperking potentieel: Domeinoverstijgende samenwerking vraagt afstemming tussen financiers (bv. zorgverzekeraar mag inzet sociaal domein niet financieren, ook niet wanneer het integraal leidt tot minder Zvw-zorginzet); als financiering maar in één domein ingeregeld wordt kunnen betrokken partijen in andere domeinen afhaken
Contractering per zorgsector	• Elke zorgsector kent een eigen contractering en bekostigingssystematiek (bv. DBC's in de MSZ), met eigen prijsstelling, die de specifieke kenmerken en behoeften van de sector reflecteren • Hoewel er geen financiële schotten binnen een stelselwet bestaan, draagt dit er aan bij dat bekostiging van sector-overstijgende zorgvormen ook moeizaam tot stand komen (bv. inzet wijkverpleegkundige op de HAP)	• Administratieve lasten: Verschillen in systematiek tussen sectoren (bv. methodiek) leiden tot stapeling van voorwaarden en verantwoordingseisen • Kosten: Tariefverschillen kunnen bijdragen aan kosten (bv. inzet 2^e-lijn in de 1^e lijn is relatief duur)

Verdieping: Passende financiering en bekostiging (2/2)

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
Uiteenlopende en regelmatig veranderende prioriteiten van financiers	• Er is een groot aantal financiers (10+ zorgverzekeraars in de Zvw, evt. ook zorgkantoren/gemeenten) zonder onderling volgreleid, dit leidt tot een groot aantal afzonderlijke afspraken voor aanbieders • Financiers hebben eigen prioriteiten en zijn daardoor in verschillende mate (en tegen andere voorwaarden) bereid experimentele en/of nieuwe initiatieven te financieren waardoor <i>free-ridership</i> mogelijk is	• Verantwoordingslasten: Het grote aantal (soms tegenstrijdige) afspraken leidt tot verantwoordingslasten voor aanbieders (bv. veel KPI's) • Gebrek aan consistentie: Afspraken kunnen jaarlijks veranderen, dit leidt tot financiële onzekerheid voor aanbieders die inzetten op integrale zorg initiatieven (bv. wanneer tijdelijke financiering stopt)
Gebrek aan gedifferentieerde contractering	• Integrale zorg kan leiden tot productiedaling omdat een deel van zorg door een andere aanbieder van zorg- en/of welzijn wordt geboden (bv. ziekenhuis verplaatste zorg); onder prestatiebekostiging leidt productiedaling ook tot omzetsdaling • Zorgverzekeraars mogen gedifferentieerd contracteren (bv. gedifferentieerde prijsstelling of een aanneemsom afspreken met bepaalde aanbieders), om de inkomsten van aanbieders minder afhankelijk te maken van zorgvolumes, bv. om een financiële prikkel voor integrale of passende zorg te introduceren • In de praktijk wordt gedifferentieerde contractering nog beperkt toegepast	• Inkomstenverlies: Integrale zorg leidt vaak tot productieverlies, wat t.o.v. de huidige praktijk kan leiden tot omzetsdaling, terwijl (o.b.v. de overige barrières) er mogelijk nog geen overige structurele financiering is voor integrale zorg initiatieven

Verdieping: Databeschikbaarheid (1/2)

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
(Interpretatie van) Privacy wet- en regelgeving	• Gegevensuitwisseling is onderhevig aan privacywetgeving die voorwaarden stelt voor de uitwisseling van (persoonsgegevens) • Interpretatie van AVG loopt uiteen omdat de wetgeving relatief jong is; het is niet duidelijk wat onder welke voorwaarden gedeeld mag worden (bv. wanneer informatie herleidbaar is) • De combinatie van deze onzekerheid en de hoge mate van gevoeligheid zorgt dat aanbieders het delen van gegevens beperken • Kostprijzen en tarieven zijn concurrentiegevoelige gegevens, over het delen hiervan gelden strikte voorwaarden (ACM)	• Beperkt inzicht: Aanbieders hebben inzicht nodig in de effectiviteit (kwaliteit en kosten) van integrale zorg initiatieven om (1) kwaliteit te borgen, en (2) bv. in aanmerking te komen voor financiering; inzicht is beperkt tot de eigen organisatie, i.p.v. de patiëntreis als geheel
Fragmentatie van ICT-systemen	• Leveranciers concurreren o.a. op functionaliteit, waardoor vaak sprake is van maatwerk per aanbieder, dit leidt tot een veelvoud van systemen • Gegevens zijn verbonden aan een specifieke applicatie (niet buiten die applicatie beschikbaar) en verschillende applicaties sluiten beperkt op elkaar aan (gebrek aan interoperabiliteit); om data beschikbaar te kunnen stellen zijn aanbieders genoodzaakt 'bespoke' koppelingen toe te laten toevoegen, welke duur en foutgevoelig zijn • Zorgaanbieders hebben beperkte (vrije) toegang tot de gegevens in de eigen systemen voor analyse, omdat deze beschikbaar worden gesteld volgens additionele functionaliteiten (bv. BI platforms)	• Kosten: Aanbieders betalen extra om bepaalde koppelingen en/of functionaliteiten te laten toevoegen, en/of maken gebruik van aanvullende platformen die de verbinding tussen sectoren leggen (bv. ZorgDomein), wederom tegen aanvullende betaling • Suboptimale coördinatie: Gegevens die nodig zijn om zorg te coördineren tussen aanbieders zijn niet volledig, onjuist en/of niet tijdig beschikbaar

Verdieping: Databeschikbaarheid (2/2)

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
Complexiteit evaluatie van integrale zorg	- Gebrek aan inzicht in de effecten van integrale zorg is één van de grootste barrières voor wijzigingen op systeemniveau (bv. politieke keuzes, veranderingen wet- en regelgeving, aanpassing beleid) - Evaluatie van integrale zorg is – gegeven de huidige inrichting van informatiestromen in het zorgstelsel – inherent complex a.g.v. het domeinoverstijgende karakter i.c.m. de behoefte om te evalueren (om directe causaliteit te kunnen aantonen) op het niveau van de individuele burger over sectoren heen - Nederland heeft i.r.t. OESO-landen het hoogste aantal organen dat (nationale) datasets beheert (13, t.o.v. gemiddeld 3-5) die deze op andere wijzen beheren en in verschillende mate beschikbaar stellen; bv.: DHD en CBS voor gegevens over ziekenhuiszorg, NZa voor klinische GGZ, Veiligheid NL voor acute zorg, en Nivel voor eerstelijnszorg; hoewel er dus veel data beschikbaar is, is deze data sterk gefragmenteerd - Gezondheidsdata op het niveau van de individuele inwoner wordt individueel beheerd door de zorg- en/of welzijnsorganisaties waarmee zij in contact treden ('dossier per zorgaanbieder'), en is daarmee sterk gefragmenteerd en beperkt herbruikbaar (verschillende ICT-systeem en evt. verschillende registraties en methodieken per aanbieder)	Registratielast: Bestaande systemen zijn beperkt bruikbaar voor evaluatie over organisatiegrenzen, waardoor toetsing van de effectiviteit van integrale zorg vaak leidt tot aanvullende (soms handmatige) registraties om impact te evalueren Beperkte opschaling: Aanbieders kunnen moeilijk van elkaar leren wanneer informatie over (effectiviteit van) initiatieven niet goed beschikbaar is, omdat elke aanbieder 'opnieuw het wiel moet uitvinden' om initiatieven te ontwikkelen en implementeren; systeempartijen beschikken niet over de informatie die zij nodig hebben om keuzes te ondersteunen

Verdieping: Lijnloze personeelsinzet

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
CAO verschillen	• CAO's worden vastgesteld per sector (bv. CAO GGZ, CAO Ziekenhuizen, CAO VVT), waardoor per sector andere arbeidsvoorwaarden gelden • Eenzelfde beroepsgroep (bv. een Hbo-opgeleide verpleegkundige) kan in verschillende sectoren een andere rol en verantwoordelijkheden hebben, tegen andere arbeidsvoorwaarden • Ook binnen sectoren kunnen andere CAO's gelden (bv. NFU versus NVZ in de ziekenhuiszorg)	• Administratieve lasten: Een werknemer die (deels) wordt ingezet in een andere sector (bv. 2^e-lijns inzet in 1^e-lijn) krijgt een additioneel contract (binnen één organisatie, bv. een ketenorganisatie), óf aanbieders moeten onderling afspraken maken over vergoeding van de tijd
Urennormen per sector	• Per functieprofiel geldt een werkervaringseis (urennorm) voor herregistratie in het BIG, bv. 2.080 werkuren per 5 jaar voor een BIG-geregistreerde verpleegkundige • Per beroep gelden eisen voor de werkervaring die meetelt voor de urennorm, waaronder dat werkzaamheden binnen het deskundigheidsgebied van het beroep vallen • Bij het niet behalen van de urennorm is herregistratie mogelijk o.b.v. een scholingseis, door een landelijk examen te voldoen	• Consequenties werkervaringseis: Afwijkende inzet van zorgpersoneel kan consequenties hebben voor het behalen van de werkervaringseis voor de BIG registratie, waardoor aan aanvullende scholingseisen moet worden voldaan (bv. inzet voor digitale zorg en monitoring op afstand, inzet specialist in de VVT)

Verdieping: Simpel en eenduidig toezicht

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
Verantwoordings-eisen verschillen per sector en domein	- Aanbieders verzamelen en delen veel informatie t.b.v. kwaliteitsverbetering en verantwoording, bv. met financiers in de contractering, kwaliteitsregistraties, en inkoop- en verantwoordingseisen vanuit de overheid - Verantwoordingseisen zijn deels specifiek aan het financieringsdomein (bv. Wlz, Zvw), de zorgsector, en de specifieke financier (bv. kwaliteitseisen gesteld door zorgverzekeraars); hierbinnen vindt beperkt afstemming plaats, wat leidt tot dubbele en onnodige registraties - Een aanbieder is gebonden aan de registraties die vereist zijn voor elk van de domeinen en sectoren waarin ze actief zijn en vanuit elke financier waarmee zij contracteren	Administratieve lasten: Aanbieders van integrale zorg zijn inherent actief in meerdere domeinen, sectoren, en met meerdere financiers, waardoor de administratieve last van registraties toeneemt naarmate een organisatie zich breder (lees: integraler) inzet; m.n. voor kleinere organisaties (bv. de geïncorporeerde ketenorganisaties) leidt dit tot een relatief hoge administratieve last¹

Verdieping: Draagvlak en eigenaarschap bij professionals

Barrière	Toelichting	Impact bij inzet op integrale zorg
Normering van handelswijze vanuit sectoren (richtlijnen)	• Richtlijnen zijn specifiek aan een bepaalde sector (bv. MSZ, GGZ) en omschrijven de wenselijke handelswijze bij verschillende soorten hulp- en zorgvragen (normering) • Complexe zorg- en hulpvragen kunnen sectorale kaders overstijgen (bv. combinatie psychische en somatische klachten); richtlijnen kunnen dan ontoereikend zijn • In theorie laten richtlijnen ruimte voor interpretatie; in de praktijk worden richtlijnen nauw nageleefd (leidt o.a. tot overmatige zorginzet), omdat zorgverleners aansprakelijk kunnen worden gesteld o.b.v. het handelen	• Juridisch risico: Afwijken van een richtlijn vanuit het perspectief van integrale (en/of passende) zorg kan leiden tot een juridisch risico voor de zorgverlener zelf én de organisatie • Beperkt draagvlak: Zorgverleners zijn terughoudend in het afwijken van richtlijnen, o.a. vanwege het juridisch risico en de prominente rol van richtlijnen in de opleidingen, en aanpassing en/of opstellen van een nieuwe richtlijn is een tijdsintensief proces (18-30 maanden); dit kan het draagvlak onder zorgprofessionals om 'mee te doen' beperken
Volumenormen	• De ziekenhuiszorg kent de zogenaamde 'volumenorm' als kwaliteitseis: de volumenorm omschrijft per behandeling het minimale aantal dat een ziekenhuis jaarlijks moet uitvoeren om die zorg te mogen bieden • Volumenormen zijn een belangrijk en effectief instrument om de kwaliteit van specialistische interventies op peil te houden • Niet-behalen van de volumenorm kan als consequentie hebben dat het ziekenhuis de zorg niet meer mag aanbieden, wat kan leiden tot inkomstenverlies en in extreme gevallen tot moeten afschalen en/of sluiten van afdelingen	• Volumeverlies: Integrale zorg leidt vaak tot ziekenhuis verplaatste zorg; dit kan consequenties hebben voor het aantal behandelingen en daarmee de volumenorm • Inkomstenverlies: Integrale zorg leidt vaak tot productieverlies, wat t.o.v. de huidige praktijk kan leiden tot een daling van de inkomsten, terwijl (o.b.v. de overige barrières) er mogelijk nog geen overige structurele financiering is voor integrale zorg

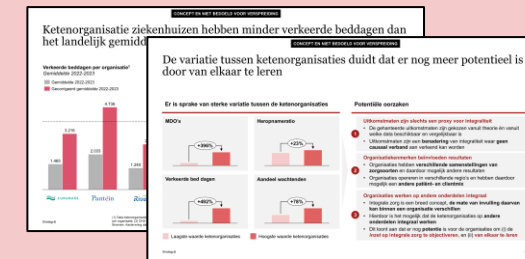
Barrières zijn niet onoverkomelijk en moeten niet verlammen: er is veel dat nu al kan

Er is al veel mogelijk binnen de huidige kaders van het stelsel



- **Er gebeurt al veel** om integrale zorg te realiseren, op het niveau van aanbieders (bv. ketenorganisatie initiatieven, Nederlandse praktijkvoorbeelden), financiers (bv. tijdelijke regelingen), en overheid (bv. het IZA): barrières zijn niet onoverkomelijk
- **Dat moet doorgaan** – door dit ‘pionieren’ (en het delen daarvan) wordt het voor andere partijen steeds makkelijker om het voorbeeld te volgen, omdat zij niet het wiel opnieuw uit hoeven te vinden

Systemische barrières zijn maar een deel van de opgave



- **Wegnemen van systeembarrières is niet voldoende** om een brede beweging op gang te brengen: het ‘hebben’ van nodige systeem infrastructuur vertaalt zich niet automatisch naar actie en impact, en er zijn ook ‘lokale’ barrières te slechten, bv. het lerend vermogen en de veranderbereidheid binnen organisaties
- **Er moet ook gewerkt worden aan inrichten van randvoorwaarden**, zoals het formuleren van een organisatie-, sector- en domeinoverstijgend visie op integrale zorg, de vertaling daarvan naar concrete doelstellingen en een programmatische agenda om die te realiseren

Inhoudsopgave

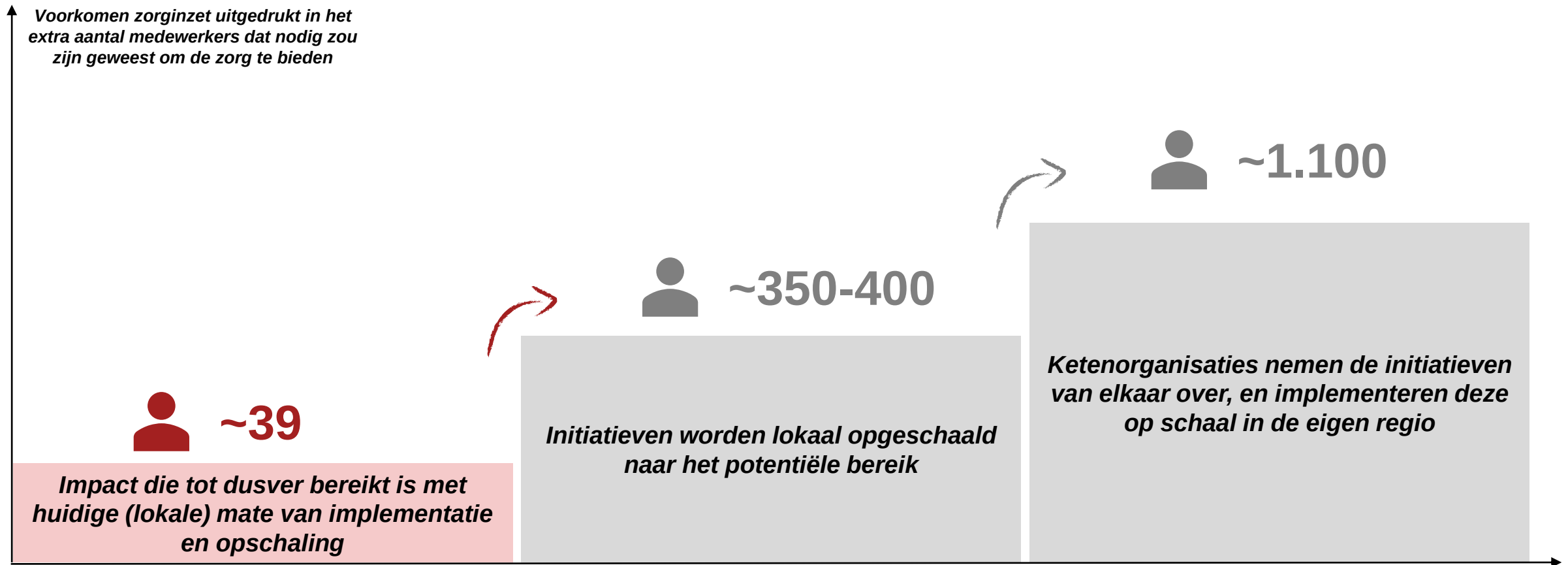
1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
- 6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren**
7. Appendix

Aanbevelingen: Alle systeempartijen moeten aan de slag met een agenda om de potentie van integrale zorg te verzilveren

Voorgestelde agenda

1	Overheid en toezicht werken aan een stelsel dat integrale zorg faciliteert en stimuleert	De maatschappelijke uitdagingen en potentie van integrale zorg om die uitdagingen het hoofd te bieden zijn dusdanig groot dat systeempartijen op ‘macro’ niveau (bv. overheid, instituten, toezichthouders) zich maximaal moeten inzetten voor integrale zorg: • Creëer structurele condities die overige systeempartijen motiveren (en achterblijvers al dan niet dwingen) om de potentie van integrale zorg te verzilveren (bv. toestaan kruisfinanciering tussen domeinen onder voorwaarden, (versneld) doorvoeren van nationale visie en strategie gezondheidsinformatiestelsel, volgreleid bij contractering integrale zorg) • Generaliseer ‘puntoplossingen’ zo snel mogelijk, zodat het veld eenduidigheid ervaart in ontwikkeling van integrale zorg en koplopers de ruimte krijgen (bv. tijdelijke financiering van initiatieven die goed werken, versneld doorvoeren in betaaltitels) • Signaleer, agendeer en remedieer proactief systeembelemmeringen i.s.m. het veld	Regie op voortgang (‘top-down’) 
2	Financiers en toeleveranciers faciliteren en stimuleren aanbieders die inzetten op integrale zorg	Financiers • Faciliteer voorlopers in de contractering, in vorm (bv. aanneemsom) en/ of invulling (bv. prijzen); achterblijvers niet of tegen minder gunstige voorwaarden contracteren • Kies een meerjaren inhoudelijke richting op integrale zorg, met ruimte om concurrentie invulling jaarlijks te veranderen • Contracteer gelijkgericht bij inkoop van integrale zorg • Vereenvoudig verantwoording integrale zorg (bv. uniforme KPI’s) (ICT) leveranciers • Faciliteer interoperabiliteit tussen systemen over organisaties, sectoren en domeinen heen • Faciliteer evaluatie van integrale zorg in de tussentijd (bij gebrek aan interoperabiliteit)	
3	Zorg- & welzijns-aanbieders werken aan integrale zorg en maken inzet, resultaten, en barrières transparant	• Ontwikkel, implementeer en schaal (meer) praktijkvoorbeelden van integrale zorg op: 1. Binnen de eigen organisatie – praktijken blijven ontwikkelen en de impact inzichtelijk maken 2. Met elkaar – praktijken van elkaar overnemen, lessen delen, en de impact inzichtelijk maken 3. In de netwerken – praktijken en lessen delen, ondersteunen bij implementatie, en de impact inzichtelijk maken • Evalueer periodiek en systematisch de inzet op integrale zorg (<i>welke praktijken worden ontwikkeld, welke barrières worden ervaren, hoe worden barrières beslecht</i>) en impact daarvan (<i>o.b.v. maatschappelijke KPI's</i>) • Biedt transparantie over inzet en resultaten, ter ondersteuning van overige systeempartijen (bv. ter ondersteuning van politieke keuzes, beleidswijzigingen en inkoopbeleid, maar ook t.b.v. opschaling bij andere aanbieders)	

Als de ketenorganisaties aanbeveling 3 overnemen is er potentie om de extra inzet van ~1.100 medewerkers te voorkomen



Inhoudsopgave

1. Samenvatting
2. De noodzaak van integrale zorg neemt toe
3. De potentie van integrale zorg is groot
4. Ketenorganisaties zetten in op integrale zorg
5. Systemische barrières hinderen de opschaling van integrale zorg
6. Aanbevelingen PwC Strategy& om de potentie van integrale zorg te verzilveren
- 7. Appendix**

Inhoudsopgave

7. Appendix

7.1 Bronnenlijst

7.2 Zoekstrategie

7.3 Kwantificering impact integrale zorg

7.4 Kwantificering initiatieven

7.5 Analyses inzet en uitkomstmaten

Bronnenlijst (1/3)

Bron	Titel
ActiZ (2017)	Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen [rapport]
ActiZ (2023)	Hoe staat het met: de wachtlijsten voor verpleeghuizen?
Bang et al. (2024)	Impact of a pilot project for integrated care on hospitalization rate among older adults in South Korea
Barrenho et al. (2018)	International comparisons of the quality and outcomes of integrated care: Findings of the OECD pilot on stroke and chronic heart failure
Baxter et al. (2018)	The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence
Beswick et al. (2008)	Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis
CBS (2024)	Uitgaven gezondheids-, welzijnszorg; kerncijfers [website]
CBS (2024)	Dashboard bevolking Leeftijdsverdeling [website]
CBS (2024)	Ziekenhuisopnamen en -patiënten; diagnose-indeling VTV [website]
Commonwealth Fund (2021)	International health policy survey of older adults [rapport]
Commonwealth Fund (2022)	International health policy survey of primary care physicians [rapport]

Bron	Titel
Damery et al. (2016)	Does integrated care reduce hospital activity for patients with chronic diseases? An umbrella review of systematic reviews
Dulmen et al. (2022)	Verkenning naar faalkosten in de Nederlandse gezondheidszorg [rapport]
European Commission (2018)	Health System Performance assessment - Integrated care assessment [rapport]
Gezondheidsraad (2020)	Integrale zorg voor mensen met lichamelijke en psychische aandoeningen
Liljas et al. (2019)	Impact of Integrated Care on Patient-Related Outcomes Among Older People – A Systematic Review
Linnean (2024)	Waarom zit het systeem vast? Belemmeringen die Waardegedreven Zorg in de weg staan: een diagnose [rapport]
Martinez-Gonzalez et al. (2014)	Integrated care programmes for adults with chronic conditions: a meta-review
Maruthappu et al. (2015)	Enablers and barriers in Implementing Integrated Care
Merten et al. (2013)	Scale, nature and preventability and causes of adverse events in hospitalised older patients
Ministerie van VWS (2023)	Nationale visie en strategie- gezondheidsinformatiestelsel [rapport]

Bronnenlijst (2/3)

Bron	Titel
Nictiz (2021)	Leren van andere landen: inspirerende voorbeelden op het gebied van interoperabiliteit
NZa (2020)	Advies verbetering bekostiging spoedzorg eerstelijnsverblijf en langdurige zorg [website]
NZa (2024)	Advies sectoroverstijgende prestatie [rapport]
OECD (2022)	Towards an Integrated Health Information System in the Netherlands [rapport]
Overvecht gezond (2019)	Resultaten krachtige basiszorg [rapport]
Pantein Groep (2023)	Pantein verbindt Jaarbeeld Pantein 2023 [website]
Patientenfederatie (2024)	Onnodige zorg [rapport]
Peng et al. (2021)	Can integrated care improve the efficiency of hospitals? Research based on 200 Hospitals in China
Pereira et al. (2024)	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
Prognosemodel Zorg en Welzijn (2024)	Prognosemodel Zorg en Welzijn [website]

Bron	Titel
PZNL (2022)	Resultaten Project TAPA\$ [rapport]
Regiobeeld (2022)	Gezondheid en leefstijl Langdurige aandoeningen en beperkt vanwege gezondheid 2022 [website]
Rivas Zorggroep (2023)	Blik op de toekomst Jaarverslag 2023 Rivas Zorggroep [website]
RIVM (2015)	Integrale gezondheidszorg: meer dan de som der delen [rapport]
RIVM (2018)	VTV-2018 Trendskenario [website]
RIVM (2024)	VTV-2024 Trendskenario [website]
Rocks et al. (2020)	Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis
Schultz et al. (2013)	A systematic review of the care coordination measurement landscape
Significant Public (2021)	Domeinoverstijgend samenwerken in de praktijk [rapport]
Sociale Benadering Dementie (2024)	Sociale Benadering Dementie: De resultaten [website]
Stephenson et al. (2019)	The impact of integrated care for people with chronic conditions on hospital and emergency department utilization

Bronnenlijst (3/3)

Bron	Titel
Stichting CuraMare (2023)	Jaarverslag 2023 [website]
Threapleton et al. (2017)	Integrated care for older populations and its implementation facilitators and barriers: A rapid scoping review
Van der Feltz (2019)	Complexe mensen, hoe behandel je die?
Van Hoorn et al. (2024)	Value-Based Integrated Care: A Systematic Literature Review
Vektis (2022)	Open databestanden Zorgverzekeringswet 2022 - gemeente [website]
VZInfo (2023)	Wachttijden Ziekenhuiszorg Polikliniek Gemiddelde wachttijden polikliniek per specialisme 2023 [website]
Welzijn op Recept (2023)	Infographic financiële effecten Welzijn op Recept
WHO (2001)	Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services [rapport]
WRR (2021)	Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak [rapport]
Zorgcijfersdatabank	Zorgcijfersdatabank.nl Totale zorgkosten Wet langdurige zorg VV Overige basisprestaties verblijf Crisisopvang spoedzorg, aantallen [website]

Bron	Titel
Zorgcijfersdatabank	Wachtijslinformatie Wachtijslen instellingsniveau Cijfers Verpleging en verzorging 01/02/2024, 01/05/2023, 01/08/2023, 01/11/2023 [website]
Zorginstituut (2024)	Handleiding zorgverzekeraars en zorgaanbieders Prestatie patiëntengroepsgebonden samenwerking Zwv [rapport]
Zorgkaart Nederland	Waarderingen ZorgkaartNederland [website]
ZorgSaam (2022)	Jaarverslag 2022 ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen [website]
Zorgvisie (2022)	Toename verkeerde bedden in ziekenhuizen knellend probleem
Zorgvisie (2023)	NZa: 'Domeinoverstijgende betaaltitel is juridisch niet mogelijk'

Inhoudsopgave

7. Appendix

7.1 Bronnenlijst

7.2 Zoekstrategie

7.3 Kwantificering impact integrale zorg

7.4 Kwantificering initiatieven

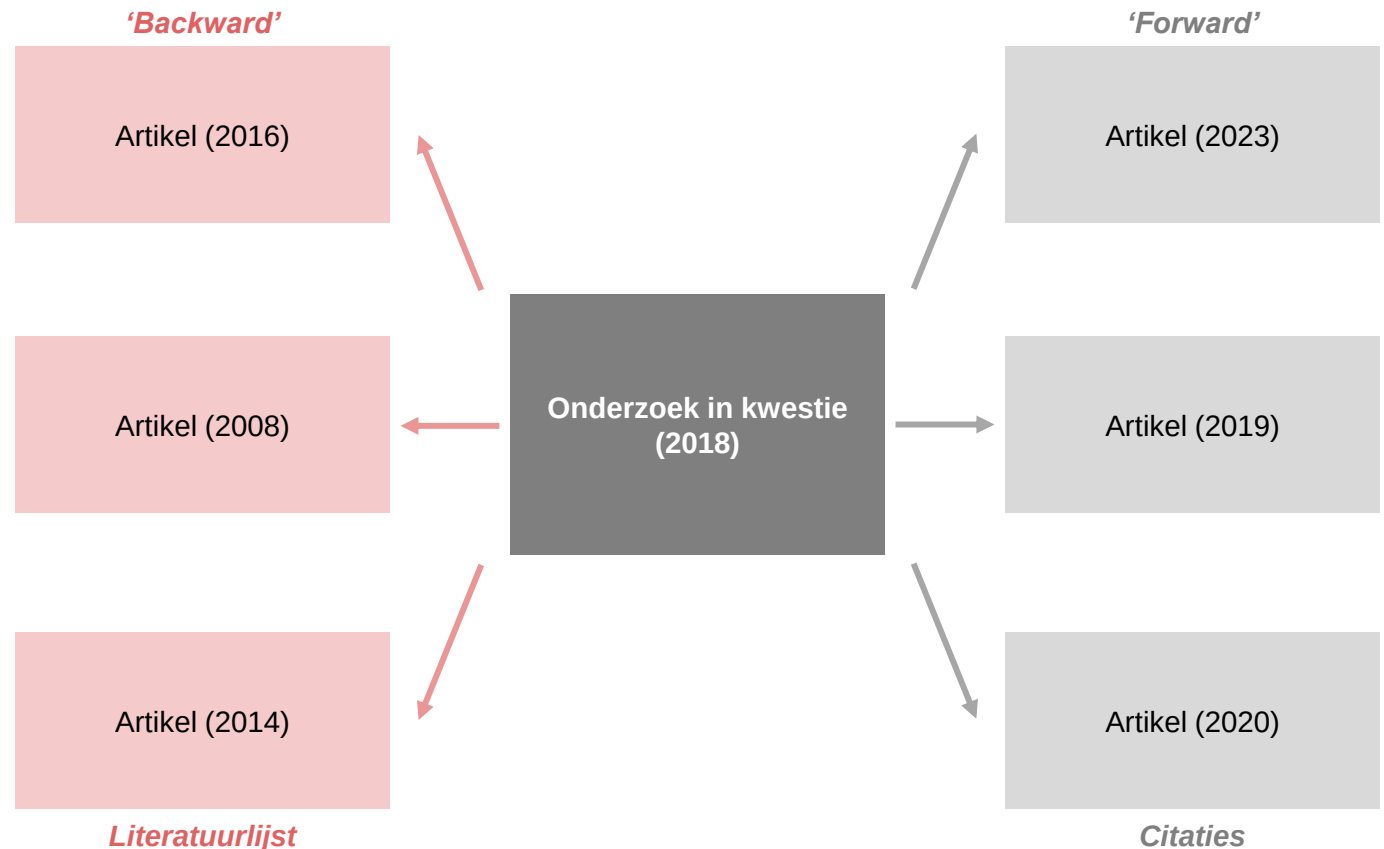
7.5 Analyses inzet en uitkomstmaten

Zoekstrategie wetenschappelijke literatuur (1/2)

Toelichting

- Er is veel (wetenschappelijke) literatuur beschikbaar over het onderwerp integrale zorg
- Gegeven de open vraagstelling, is een '*forward-backward snowballing*' methodiek gebruikt om relevante citaties te identificeren, deze methodiek omvat een aantal stappen:
 1. Eerste set potentieel relevante onderzoeken verzamelen, en o.b.v. relevantie een schifting maken (1^e filter o.b.v. titel, 2^e o.b.v. abstract, 3^e o.b.v. volledig onderzoek)
 2. Referenties van onderzoek doorzoeken op aanvullende onderzoeken (1^e filter o.b.v. titel, 2^e o.b.v. abstract, 3^e o.b.v. volledig onderzoek)
 3. Citaties van onderzoek doorzoeken op aanvullende onderzoeken (1^e filter o.b.v. titel, 2^e o.b.v. abstract, 3^e o.b.v. volledig onderzoek)
- Daarbij is de kwaliteit van het *journal* in acht genomen, en zijn twee algemene inclusiecriteria gehanteerd: (i) publicatiedatum na 2010, (ii) artikelen zijn peer reviewed

Visuele weergave '*forward-backward snowballing*'



Zoekstrategie wetenschappelijke literatuur (2/2)

Onderdeel	Gewenste resultaten	Onderwerpen	Zoektermen	Geselecteerde 'root papers'
Eerste set potentieel relevante onderzoeken	Systematische literatuurreviews op het vlak van integrale zorg, op specifieke onderwerpen	Effecten en gangbare uitkomstmaten van integrale zorg	Soort onderzoek: review Zorgsoorten: Integrated (health)care + multidisciplinary (health)care + case management + transmural (health)care + coordinated (health)care + vertically integrated (health)care + community care + complex interventions Effecten: economic evaluation + evaluation + effects + impact + healthcare costs + healthcare utilization + quality of care + QALY	Rocks et al. (2020) Baxter et al. (2018)
		Barrières voor integrale zorg	Zorgsoorten: (zie bovenstaand) Barrières: enablers + barriers + success factors + needs + requirements + (health) policy	Threapleton et al. (2017) Maruthappu et al. (2015)
Aanvulling specifieke doelgroepen	Specifieke aanvullende literatuur voor doelgroepen (o.a. om noodzaak integrale zorg te duiden)	Duiding van effecten op basis van specifieke doelgroepen	Zorgsoorten: (zie bovenstaand) Effecten: (zie bovenstaand) + hospital admissions + readmission + long-term care + home care + emergency care + quality of life + continuity of care Doelgroep: elderly + older adults + chronic conditions + multimorbidity + complex care needs	N/A – o.b.v. bovenstaande 'root papers'

Zoekstrategie ‘grijze literatuur’

Onderdeel	Gewenste resultaten	Zoekplaatsen	Onderwerpen	Zoektermen	Gebruikte resultaten
Bij specifieke instanties / instituten	<i>Publicaties en/of rapporten van toonaangevende (internationale) (kennis)instituten</i>	Internationaal:	Effecten van integrale zorg	Naam instantie + (Nederlandse vertaling van) zoektermen effecten van integrale zorg wetenschappelijke literatuur (zie p.84)	WHO (2001) WHO (2014) WRR (2021) RIVM (2015)
		• WHO • OECD • European Commission • Commonwealth Fund	Barrières voor integrale zorg	Naam instantie + (Nederlandse vertaling van) zoektermen barrières voor integrale zorg wetenschappelijke literatuur (zie p.84)	OECD (2022) Ministerie van VWS (2023)
		Nederlands: • RIVM • Ministerie van VWS • Zorginstituut • RVS • Gezondheidsraad	Internationale vergelijking integrale zorg	Naam instantie + (Nederlandse vertaling van) zoektermen zorgsoort Vergelijking: health system + national + country + comparison + country profile + implementation + maturity	European Commission (2018) Commonwealth Fund (2021) Commonwealth Fund (2022)
Nederlandse praktijk-voorbeelden	<i>Nederlandse praktijkvoorbeelden van integrale zorg, geëvalueerd op economische effecten op zorgkosten</i>		Effecten van integrale zorg in Nederlandse context	Zorgsoorten: integrale zorg + domeinoverstijgende zorg + multidisciplinaire zorg + ketenzorg + transmurale zorg Effecten: zorgkosten + kosten + evaluatie + zorggebruik	Significant Public (2021) European Commission (2018) Sociale Benadering Dementie (2024) Overvecht gezond (2019) Pereira et al. (2024) Welzijn op Recept (2023) PZNL (2022)

Inhoudsopgave

7. Appendix

7.1 Bronnenlijst

7.2 Zoekstrategie

7.3 Kwantificering impact integrale zorg

7.4 Kwantificering initiatieven

7.5 Analyses inzet en uitkomstmaten

Kwantificering impact integrale zorg

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Faalkosten	1. Gemiddeld aandeel faalkosten gebrekkige zorgverlening en coördinatie: (aandeel faalkosten VS + aandeel faalkosten expert schatting NL) / 2	Aandeel gebrekkige zorgverlening en coördinatie VS: 22%	Dulmen et al. (2022) o.b.v. Shrank et al. (2019)
		Aandeel gebrekkige zorgverlening en coördinatie NL: 12%	Dulmen et al. (2022)
	2. Gemiddeld aandeel faalkosten onnodige administratieve lasten: (aandeel faalkosten VS + aandeel faalkosten expert schatting NL) / 2	Aandeel onnodige administratieve lasten VS: 31%	Dulmen et al. (2022) o.b.v. Shrank et al. (2019)
	3. Gemiddeld aandeel faalkosten onnodige zorg en overbehandeling: (aandeel faalkosten VS + aandeel faalkosten expert schatting NL) / 2	Aandeel onnodige administratieve lasten NL: 36%	Dulmen et al. (2022)
	4. Aandeel faalkosten onnodige administratieve lasten gerelateerd aan fragmentatie: gemiddeld aandeel * factor relatie	Aandeel onnodige zorg en overbehandeling lasten VS: 10%	Dulmen et al. (2022) o.b.v. Shrank et al. (2019)
		Aandeel onnodige zorg en overbehandeling NL: 20%	Dulmen et al. (2022)
	5. Aandeel faalkosten onnodige zorg en overbehandeling gerelateerd aan fragmentatie: gemiddeld aandeel * factor relatie	Factor relatie onnodige administratie lasten: 40%	Aanname Strategy& o.b.v. regressie analyse Dulmen et al. (2022)
	6. Aandeel van totale zorgkosten: (opsomming van 1 + 4 + 5) * percentage faalkosten van totale Nederlandse zorguitgaven	Factor relatie onnodige zorg en overbehandeling: 40%	Aanname Strategy& o.b.v. regressie analyse Dulmen et al. (2022)
	7. Vertaling naar middelen: aandeel van totale zorguitgaven * totale zorguitgaven 2022	Percentage faalkosten van NLe zorguitgaven: 25%	Dulmen et al. (2022)
		Totale zorguitgaven 2022: €127.305.000.000	CBS (2024)

Inhoudsopgave

7. Appendix

7.1 Bronnenlijst

7.2 Zoekstrategie

7.3 Kwantificering impact integrale zorg

7.4 Kwantificering initiatieven

7.5 Analyses inzet en uitkomstmaten

Kwantificering initiatieven

Geriatrische spoedzorg afspraken

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder opnames vanaf de SEH en kortere ligduur	1. Aandeel opnames SEH-registraties 65+ in 2018: opnames 65+ vanaf SEH 2018 / SEH-registraties 65+ 2018	Aantal opnames 65+ vanaf de SEH in 2018: 3.380	Input CuraMare
			Aantal SEH-registraties 65+ in 2018: 5.545	Input CuraMare
		2. Verwacht aantal opnames 65+ vanaf de SEH in 2023: aandeel opnames SEH-registratie 65+ 2018 * SEH-registraties 65+ 2023	Aantal opnames 65+ vanaf de SEH in 2023: 3.928	Input CuraMare
			Aantal SEH-registraties 65+ in 2023: 7.027	Input CuraMare
		3. Voorkomen tijdsinzet: (verwacht aantal opnames 2023 * ligduur 2018 * tijdsinzet per opnamedag) – (gerealiseerd aantal opnames 2023 * ligduur 2023 * tijdsinzet per opnamedag)	Ligduur 65+ n.a.v. opname SEH 2018 (dagen): 5,38	Input CuraMare
			Ligduur 65+ n.a.v. opname SEH 2023 (dagen): 4,46	Input CuraMare
			Gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker (min.): 65.280	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei i.c.m. de gemiddelde deeltijdfactor in de sector zorg- en welzijn
		4. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Tijdsinzet per opnamedag (min.): 210	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
Landelijk	Landelijke potentie	1. Lokale impact per persoon in 2023: voorkomen tijdsinzet medewerkers / SEH-registraties 65+ CuraMare 2018-2023	SEH-registraties 65+ CuraMare 2018-2023: 37.958	Input CuraMare
			SEH-registraties 65+ Nederland 2022: 667.100	VZInfo, <i>Acute Zorg Gebruik SEH – SEH-bezoeken naar leeftijd en geslacht</i> , d.d. 11/10/2024
		2. Potentiële landelijke doelgroep: aantal SEH-bezoeken 65+ NL		
		3. Landelijke potentie: aantal SEH-bezoeken 65+ NL * lokale impact p.p. * afslag	Afslag: 50%	Aanname Strategy& - afslag op de potentiële landelijke impact vanuit conservatisme, om rekening te houden met eventuele implementatie van het initiatief elders

Kwantificering initiatieven

RECO: Regionaal coördinatiecentrum (1/2)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder consulten in het ziekenhuis	1. Netto voorkomen tijdsinzet bij voorkomen verwijzing: tijdsinzet consult bij verwijzing – tijdsinzet telefonisch contact met het RECO	Tijdsinzet consult bij verwijzing (min.): 60	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		2. Totale voorkomen tijdsinzet: voorkomen verwijzingen * netto voorkomen tijdsinzet	Tijdsinzet telefonisch contact met het RECO (min.): 5	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Aantal voorkomen verwijzingen: 260	Input Pantein
			Gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker (min.): 65.280	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei i.c.m. de gemiddelde deeltijdfactor in de sector zorg- en welzijn
	Minder regeltaken voor vervolgzorg	1. Netto voorkomen tijdsinzet per transfer: tijdsinzet transfer door RECO – tijdsinzet transfer zonder RECO	Tijdsinzet transfer door het RECO (min.): 15	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		2. Totale voorkomen tijdsinzet: aantal transfers * netto voorkomen tijdsinzet	Tijdsinzet transfer zonder het RECO (min.): 45	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Aantal transfers uitgevoerd door het RECO (2023): 1.351	Input Pantein

Kwantificering initiatieven

RECO: Regionaal coördinatiecentrum (2/2)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron	
Lokaal	Minder verkeerde beddagen	1. Aandeel verkeerde beddagen per opname in 2019: aantal verkeerde beddagen / aantal klinische opnames	Aantal verkeerde beddagen 2019: 2.021	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		2. Verwachte verkeerde beddagen in 2023: aandeel verkeerde beddagen in 2019 * klinische opnames 2023	Aantal verkeerde beddagen 2023: 1.676	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		3. Voorkomen verkeerde beddagen in 2023: verwacht aantal verkeerde beddagen – gerealiseerd aantal verkeerde beddagen	Aantal klinische opnames 2019: 8.676	Input Pantein
		4. Voorkomen tijdsinzet: tijdsinzet per verkeerde beddag * voorkomen verkeerde beddagen in 2023	Aantal klinische opnames 2023: 8.679	Input Pantein
		5. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Tijdsinzet per opnamedag (min.): 210	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
Landelijk	Landelijke potentie ¹	1. Lokale impact per persoon in de doelgroep 2023: voorkomen extra inzet medewerkers / aantal transfers uitgevoerd door het RECO	Aantal inwoners NL (2024): 18.005.142	CBS, Dashboard bevolking
			Aandeel inwoners 65+: 21%	CBS, Dashboard bevolking, leeftijdsverdeling
		2. Potentiële landelijke doelgroep: aantal inwoners NL * aandeel 65+ * aandeel 65+ dat kwetsbaar is	Aandeel inwoners 65+ dat kwetsbaar is: 22%	Vektis, Factsheet kwetsbare ouderen, d.d. 29/06/2020
		3. Landelijke potentie: lokale impact * potentiële landelijke doelgroep * afslag	Afslag: 50%	Aanname Strategy& - afslag op de potentiële landelijke impact vanuit conservatisme, om rekening te houden met eventuele implementatie van het initiatief elders

Kwantificering initiatieven

Inzet SO in de 1^e-lijn (1/3)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Langer thuiswonen	1. Voorkomen tijdsinzet per uitgestelde dag intramurale zorg: tijdsinzet intramurale zorg per dag – tijdsinzet extramurale zorg per dag	Tijdsinzet intramurale zorg per dag (min.): 146	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
			Tijdsinzet extramurale zorg per dag (min.): 103	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
		2. Aantal dagen intramurale zorg voorkomen door uitstel: aantal cliënten waarbij uitstel plaats heeft gevonden * aantal dagen uitstel per client	Gemiddeld aantal dagen uitstel zorg per client: 135	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
		3. Voorkomen tijdsinzet: voorkomen tijdsinzet per intramurale dag * aantal voorkomen dagen intramurale zorg – tijdsinzet SO	Aantal cliënten met uitstel intramurale zorg: 122	Input Pantein, Aantal cliënten Wlz MPT waar SO is ingezet in 2023
			Tijdsinzet SO Wlz MPT 2023 (min.): 16.020	Input Pantein, Behandeltijd SO Wlz MPT in 2023
		4. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker (min.): 65.280	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei i.c.m. de gemiddelde deeltijdfactor in de sector zorg- en welzijn
	Minder inzet wijkverpleging	1. Voorkomen tijdsinzet bij reductie inzet thuiszorg, per maand: tijdsinzet thuiszorg voor initiatief - tijdsinzet thuiszorg na initiatief	Tijdsinzet thuiszorg voor initiatief, per maand (min.): 612	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
			Tijdsinzet thuiszorg na initiatief, per maand (min.): 240	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
		2. Aantal maanden thuiszorg waarvoor vermindering geldt: aantal cliënten waarbij inzet kon worden verminderd * gemiddelde duur vermindering	Aantal cliënten met minder inzet thuiszorg: 94	Input Pantein, Aantal cliënten GZSP waar SO is ingezet in 2023

Kwantificering initiatieven

Inzet SO in de 1^e-lijn (2/3)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder inzet wijkverpleging (cont.)	3. Voorkomen tijdsinzet: voorkomen maanden thuiszorg * voorkomen tijdsinzet per maand – tijdsinzet SO	Gemiddelde duur vermindering (maanden): 4
		4. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Tijdsinzet SO GZSP 2023 (min.): 10.020
Landelijk	Landelijke potentie	1. Lokale impact per persoon die langer thuis kan wonen: voorkomen extra inzet medewerkers langer thuiswonend / aantal cliënten dat langer thuis kan wonen	Aantal inwoners NL 2024: 18.005.142
			Aandeel inwoners 65+: 21%
		2. Lokale impact per persoon waarbij minder thuiszorg ingezet wordt: voorkomen extra inzet medewerkers minder inzet thuiszorg / aantal cliënten met minder inzet van thuiszorg	Aandeel inwoners 65+ dat kwetsbaar is: 22%
			Aandeel kwetsbare ouderen dat thuis woont: 75%
		3. Potentiële landelijke doelgroep langer thuis wonen: aantal inwoners NL * aandeel 65+ * aandeel 65+ dat kwetsbaar is * aandeel thuiswonende kwetsbare ouderen * aandeel waarvoor initiatief van toepassing is * aandeel dat langer thuis kan wonen	Aandeel waarop het initiatief van toepassing kan zijn: 50%
			Aandeel doelgroep dat langer thuis kan wonen: 20%

Kwantificering initiatieven

Inzet SO in de 1^e-lijn (3/3)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron	
Landelijk	Landelijke potentie (cont.)	4. Potentiële landelijke doelgroep minder wijkverpleging: aantal inwoners NL * aandeel inwoners NL met Zvw wijkverpleging * aandeel gebruikers Zvw wijkverpleging 65+ * aandeel thuiswonende ouderen dat minder wijkverpleging kan ontvangen	Aandeel gebruikers Zvw wijkverpleging in NL: 3,4%	Vektis, <i>Factsheet wijkverpleging</i> , d.d. 15/12/2022
			Aandeel gebruikers Zvw wijkverpleging 65+: 80%	Vektis, <i>Factsheet wijkverpleging</i> , d.d. 15/12/2022
		5. Landelijke potentie: (lokale impact per persoon langer thuis wonen * potentiële landelijke doelgroep langer thuis wonen) + (lokale impact per persoon minder wijkverpleging * potentiële landelijke doelgroep minder wijkverpleging) * afslag	Aandeel thuiswonende ouderen dat minder Zvw wijkverpleging kan ontvangen: 10%	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
			Afslag: 50%	Aanname Strategy& - afslag op de potentiële landelijke impact vanuit conservatisme, om rekening te houden met eventuele implementatie van het initiatief elders

Kwantificering initiatieven

Zorgadvies (1/2)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder regeltaken voor vervolgzorg	1. Netto voorkomen tijdsinzet per transfer: tijdsinzet bemiddeling door Zorgadvies – tijdsinzet transfer zonder Zorgadvies	Tijdsinzet transfer door Zorgadvies (min.): 15	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		2. Totale voorkomen tijdsinzet: aantal bemiddelingen * netto voorkomen tijdsinzet	Tijdsinzet transfer zonder Zorgadvies (min.): 45	Aanname Strategy& o.b.v. gesprekken
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Aantal bemiddelingen door Zorgadvies (2023): 6.640	Input Rivas
			Gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker (min.): 65.280	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei i.c.m. de gemiddelde deeltijdfactor in de sector zorg- en welzijn
	Minder verkeerde beddagen	1. Aandeel verkeerde beddagen per opname in 2022: aantal verkeerde beddagen / aantal opnames	Aantal verkeerde beddagen 60+ 2022: 1.327	Input Rivas
		2. Verwachte verkeerde beddagen in 2023: aandeel verkeerde beddagen in 2022 * opnames 2023	Aantal verkeerde beddagen 60+ 2023: 1.075	Input Rivas
		3. Voorkomen verkeerde beddagen in 2023: verwacht aantal verkeerde beddagen – gerealiseerd aantal verkeerde beddagen	Aantal opnames 2022: 19.301	Input Rivas
		4. Voorkomen tijdsinzet: tijdsinzet per verpleegdag * voorkomen verkeerde beddagen in 2023	Aantal opnames 2023: 20.200	Input Rivas

Kwantificering initiatieven

Zorgadvies (2/2)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder verkeerde beddagen (cont.)	5. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker		
Landelijk	Landelijke potentie	1. Lokale impact per persoon in de doelgroep 2023: voorkomen extra inzet medewerkers / aantal bemiddelingen vanuit Zorgadvies	Aantal inwoners NL 2024: 18.005.142	CBS, Dashboard bevolking, peildatum 01/01/2024
		2. Landelijk aantal ouderen met Zvw wijkverpleging: inwoners NL * aandeel inwoners NL met Zvw wijkverpleging * aandeel gebruikers Zvw wijkverpleging 65+	Aandeel inwoners NL met Zvw wijkverpleging: 3,4%	Vektis, Factsheet wijkverpleging, d.d. 15/12/2022
			Aandeel gebruikers Zvw wijkverpleging dat 65+ is: 80%	Vektis, Factsheet wijkverpleging, d.d. 15/12/2022
		3. Potentiële landelijke doelgroep: inwoners NL met Zvw wijkverpleging + inwoners NL die GRZ ontvangen + inwoners NL met ELV + inwoners NL met Wlz-indicatie verpleegzorg	Aantal inwoners NL met GRZ: 53.000	Vektis, Factsheet geriatrische revalidatiezorg, d.d. 23/07/2021
		4. Landelijke potentie: lokale impact * potentiële landelijke doelgroep * afslag	Aantal inwoners NL met ELV: 35.000	UNO Amsterdam, Een toekomstbestendig eerstelijnsverblijf, d.d. 03/04/2024
			Aantal inwoners NL met Wlz-indicatie verpleegzorg: 194.029	ZN, Rapport wachtlijsten verpleeghuiszorg Q4 2023

Kwantificering initiatieven

Thuismonitoring i.s.m. de 1^e-lijn (1/4)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder opnames en kortere ligduur	1. Voorkomen ligdagen door het initiatief, 2 ^e -lijns hartfalen en COPD: (opnames voor het initiatief * ligduur voor het initiatief) – (opnames na het initiatief * ligduur na het initiatief)	Verwachte opnames patiënten 2 ^e -lijns thuismonitoring voor het initiatief: 197	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
			Verwachte opnames patiënten 2 ^e -lijns thuismonitoring na initiatief: 51	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
		2. Tijdsinzet voorkomen ligdagen: voorkomen verpleegdagen * tijdsinzet per verpleegdag	Ligduur voor het initiatief in dagen: 7,62	Input Rivas
			Ligduur voor het initiatief in dagen: 7,26	Input Rivas
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Tijdsinzet per verpleegdag (min.): 210	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei
			Gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker (min.): 65.280	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei i.c.m. de gemiddelde deeltijdfactor in de sector zorg- en welzijn
	Minder SEH-bezoeken	1. Voorkomen SEH-bezoeken door het initiatief, 2 ^e -lijns hartfalen en COPD: aantal SEH-bezoeken voor het initiatief – aantal SEH-bezoeken na het initiatief	Verwachte SEH-bezoeken patiënten 2 ^e -lijns thuismonitoring voor het initiatief: 211	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
		2. Tijdsinzet voorkomen SEH-bezoeken: voorkomen SEH-bezoeken * behandeltijd SEH	Verwachte SEH-bezoeken patiënten 2 ^e -lijns thuismonitoring na initiatief: 70	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Behandeltijd SEH (min.): 120	Begroting IZA transformatieplan Mooi Maasvallei

Kwantificering initiatieven

Thuismonitoring i.s.m. de 1^e-lijn (2/4)

Onderdeel		Analyse	Inputvariabelen	Bron
Lokaal	Minder poli-contacten	1. Voorkomen policontacten: (fysieke bezoeken poli voor het initiatief – fysieke bezoeken poli na het initiatief) + (bel/schriftelijke consulten poli voor het initiatief - bel/schriftelijke consulten poli na het initiatief)	Fysieke consulten voor het initiatief: 1.008	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
			Fysieke consulten na het initiatief: 744	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
			Verwachte bel/schriftelijke consulten voor het initiatief: 128	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
		2. Tijdsinzet voorkomen policontacten: (voorkomen fysieke consulten * tijdsinzet) + (voorkomen bel/schriftelijk consulten * tijdsinzet)	Verwachte bel/schriftelijke consulten voor het initiatief: 46	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
			Tijdsinzet per fysiek consult (min.): 60	Aanname Strategy& i.o.m. Rivas
		3. Vertaling benodigde medewerkers: voorkomen tijdsinzet / gem. jaarlijkse tijdsinzet per medewerker	Tijdsinzet per bel/schriftelijk consult (min.): 15	Aanname Strategy& i.o.m. Rivas
	Extra tijdsinzet monitoring	1. Extra afspraken met gespecialiseerd verpleegkundige: afspraken na het initiatief – afspraken voor het initiatief	Afspraken gesp. verpleegkundige voor het initiatief: 995	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
			Afspraken gesp. verpleegkundige na het initiatief: 2.323	Extrapolatie o.b.v. deelanalyse input Rivas
		2. Tijdsinzet extra afspraken: extra afspraken * tijdsinzet per afspraak	Tijdsinzet per afspraak (min.): 30	Aanname Strategy& i.o.m. Rivas
			Aantal signalen per jaar: 13.200	Input Rivas
		3. Tijdsinzet thuismonitoring: aantal signalen per jaar * tijd per signaal	Tijdsinzet per signaal (min.): 5	Input Rivas

Kwantificering initiatieven

Thuismonitoring i.s.m. de 1^e-lijn (3/4)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron	
Landelijk	Landelijke potentie	1. Lokale impact per patiënt, 1 ^e -lijns thuismonitoring: ((aandeel 1 ^e -lijns patiënten thuismonitoring * voorkomen tijdsinzet minder poli-contacten) - (aandeel 1 ^e -lijns patiënten in signalen * extra tijdsinzet thuismonitoring)) / aantal 1 ^e -lijns patiënten	Aandeel 1 ^e -lijns patiënten thuismonitoring: 48%	Input Rivas
		Aantal 1 ^e -lijns patiënten thuismonitoring: 171	Input Rivas	
		2. Lokale impact per patiënt, 2 ^e -lijns thuismonitoring: (voorkomen tijdsinzet minder opnames en kortere ligduur + voorkomen tijdsinzet minder SEH-bezoeken + (aandeel 2 ^e -lijns patiënten doelgroep * voorkomen tijdsinzet minder poli-contacten) – (aandeel 2 ^e -lijns patiënten in signalen * extra tijdsinzet thuismonitoring) – tijdsinzet extra afspraken) / aantal 2 ^e -lijns patiënten	Aandeel 2 ^e -lijns patiënten thuismonitoring: 52%	Input Rivas
		Aantal 2 ^e -lijns patiënten thuismonitoring: 183	Input Rivas	
		Aantal inwoners NL met HVZ ¹ : 413.833	InEen, <i>Benchmark Transparante Keten</i> zorg, d.d. 06/2021	
		Aantal inwoners NL met VVR ² : 789.160	InEen, <i>Benchmark Transparante Keten</i> zorg, d.d. 06/2021	
		Aantal inwoners NL met Astma: 543.400	VZInfo, <i>Astma</i> , d.d. 2022	
		Inclusiepercentage thuismonitoring: 50%	Input Rivas	

Kwantificering initiatieven

Thuismonitoring i.s.m. de 1^e-lijn (4/4)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Landelijk	Landelijke potentie	4. Potentiële landelijke doelgroep 2 ^e -lijns thuismonitoring: (inwoners NL met hartfalen + inwoners NL met COPD) * inclusiepercentage thuismonitoring	Aantal inwoners NL met hartfalen: 241.000
		5. Landelijke potentie: (lokale impact 1 ^e -lijns thuismonitoring per patiënt * potentiële landelijke doelgroep 1 ^e -lijns thuismonitoring) + (lokale impact 2 ^e -lijns thuismonitoring per patiënt * potentiële landelijke doelgroep 2 ^e -lijns thuismonitoring) * afslag	Aantal inwoners NL met COPD: 537.500
			Afslag: 50%
			Hartstichting, <i>Cijfers hart- en vaatziekten</i> , d.d. 2024
			De Staat van Volksgezondheid en Zorg, <i>Kerncijfers: COPD – aantal personen bekend bij de huisarts</i> , d.d. 2023
			Aanname Strategy& - afslag op de potentiële landelijke impact vanuit conservatisme, om rekening te houden met eventuele implementatie van het initiatief elders

Kwantificering initiatieven

Regionale en onderlinge opschaling van initiatieven

Initiatief	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Thuis-monitoring	1. Potentie van lokale opschaling: lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio Rivas	Potentiële doelgroep regio Rivas: 32.066	CBS (2024)
	2. Potentie van onderlinge opschaling tussen ketenorganisaties: potentie van lokale opschaling + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio Pantein) + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio ZorgSaam) + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio CuraMare)	Potentiële doelgroep regio Pantein: 59.337	CBS (2024)
		Potentiële doelgroep regio ZorgSaam: 8.990	CBS (2024)
		Potentiële doelgroep regio CuraMare: 17.981	CBS (2024)
Geriatrische spoedzorg afspraken	1. Potentie van onderlinge opschaling tussen ketenorganisaties: behaalde potentie + (lokale impact per SEH-bezoek * SEH-bezoeken Rivas) + (lokale impact per SEH-bezoek * SEH-bezoeken ZorgSaam) + (lokale impact per SEH-bezoek * SEH-bezoeken Pantein)	Aantal SEH-bezoeken 65+ Rivas: 6.000	Input Rivas
		Aantal SEH-bezoeken 65+ ZorgSaam: 5.864	Input Pantein
		Aantal SEH-bezoeken 65+ Pantein: 5.168	Input ZorgSaam

Kwantificering initiatieven

Regionale en onderlinge opschaling van initiatieven

Initiatief	Analyse	Inputvariabelen	Bron
RECO / Zorgadvies ¹	1. Potentie van lokale opschaling Pantein: lokale impact p.p. RECO * potentiële doelgroep regio Pantein	Potentiële doelgroep regio Pantein: 24.464	CBS (2024)
	2. Potentie van lokale opschaling Rivas: lokale impact p.p. RECO * potentiële doelgroep regio Rivas	Potentiële doelgroep regio Rivas: 12.405	CBS (2024)
	3. Potentie van onderlinge opschaling tussen ketenorganisaties: potentie van lokale opschaling Pantein + potentie van lokale opschaling Rivas + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio ZorgSaam) + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio CuraMare)	Potentiële doelgroep regio ZorgSaam: 4.593	CBS (2024)
		Potentiële doelgroep regio CuraMare: 7.707	CBS (2024)
SO in de 1e lijn	1. Potentie van lokale opschaling: lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio Pantein	Potentiële doelgroep regio Pantein: 3.385	CBS (2024)
	2. Potentie van onderlinge opschaling tussen ketenorganisaties: potentie van lokale opschaling + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio Rivas) + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio ZorgSaam) + (lokale impact p.p. * potentiële doelgroep regio CuraMare)	Potentiële doelgroep regio Rivas: 1.716	CBS (2024)
		Potentiële doelgroep regio ZorgSaam: 636	CBS (2024)
		Potentiële doelgroep regio CuraMare: 1.066	CBS (2024)

(1) De initiatieven ‘RECO’ en ‘Zorgadvies’ hebben een vergelijkbaar effect. Rivas is voornemens Zorgadvies verder op te schalen met functies die voor RECO al ingericht zijn. RECO is hierbij een accuratere benadering van de toekomstige situatie. Om onrechtmatige dubbeling van impact te voorkomen, is daarom alleen gerekend met de impact van RECO. De voorkomen inzet van extra medewerkers is regionaal, en dus breder dan de vier ketenorganisaties zelf. Bv.: het initiatief ‘thuismonitoring’ beïnvloedt de tijdsinzet van de huisarts.

Inhoudsopgave

7. Appendix

7.1 Bronnenlijst

7.2 Zoekstrategie

7.3 Kwantificering impact integrale zorg

7.4 Kwantificering initiatieven

7.5 Analyses inzet en uitkomstmaten

Analyses inzet en uitkomstmaten

Verkeerde beddagen

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Geschaalde verkeerde beddagen (per organisatie)	Gemiddelde van 2022 en 2023:	Aantal klinische opnames (per organisatie, 2022 en 2023)	CuraMare, Pantein, Rivas, ZorgSaam
	1. Schaalfactor berekenen per organisatie (2022 en 2023): aantal klinische opnames / (landelijk aantal klinische opnames / aantal ziekenhuizen in 2023)	Landelijk aantal klinische opnames 2022: 1.381.620	CBS, <i>Ziekenhuisopnamen en –patiënten; diagnose-indeling VTV</i> , d.d. 14/05/2024
		Landelijk aantal klinische opnames 2023: 1.500.000	DHD, <i>Medische LBZ registratiejaar 2023 compleet</i> , d.d. 12/05/2024
	2. Schaalcorrectie (2022 en 2023): aantal verkeerde beddagen * schaalfactor	Landelijk aantal ziekenhuizen in 2023 ¹ : 69	VZInfo 2023: Ziekenhuiszorg Aanbod Instellingen
		Aantal verkeerde beddagen (per organisatie, 2022 en 2023)	CuraMare, Pantein, Rivas, ZorgSaam
Landelijke benchmark verkeerde beddagen	Gemiddelde van:	Zorgvisie – Aantal verkeerde beddagen in peiling: 91.247	Zorgvisie, <i>Toename verkeerde bedden in ziekenhuizen knellend probleem</i> , d.d. 24/10/2023
	1. Zorgvisie (2022): aantal verkeerde beddagen / aantal ziekenhuizen in peiling	Zorgvisie – Aantal ziekenhuizen in peiling: 23	Zorgvisie, <i>Toename verkeerde bedden in ziekenhuizen knellend probleem</i> , d.d. 24/10/2023
	2. DHD (2022): aantal verkeerde beddagen / aantal ziekenhuizen in peiling	DHD – Aantal verkeerde beddagen in peiling: 265.299	Zorgvisie, <i>Toename verkeerde bedden in ziekenhuizen knellend probleem</i> , d.d. 24/10/2023
	3. 2023: landelijk aantal verkeerde beddagen / landelijk aantal ziekenhuizen in 2023	DHD – Aantal ziekenhuizen in peiling: 70	Zorgvisie, <i>Toename verkeerde bedden in ziekenhuizen knellend probleem</i> , d.d. 24/10/2023
		Landelijk aantal verkeerde beddagen in 2023: 273.788	Telegraaf, <i>Zieke oudere noodgedwongen langer in ziekenhuis</i> , d.d. 31/08/2024
		Landelijk aantal ziekenhuizen in 2023: 69	VZInfo 2023: Ziekenhuiszorg Aanbod Instellingen

Analyses inzet en uitkomstmaten

Crisis zorg (langdurige zorg)

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
(Verwacht) aantal dagen crisis zorg (per organisatie)	1. Landelijke groei crisis zorg 2019-2023 ¹ : dagen crisis zorg NL 2023 / dagen crisis zorg NL 2019	Landelijk aantal dagen crisis zorg 2019: 45.045	Zorgcijfersdatabank, <i>Totale zorgkosten Wet langdurige zorg – aantal dagen crisis opvang spoed zorg</i> , d.d. 18/09/24
	2. Verwacht aantal gedeclareerde dagen crisis zorg in 2023: dagen 2019 * landelijke groei 2019-2023	Landelijk aantal dagen crisis zorg 2022: 62.174	Zorgcijfersdatabank, <i>Totale zorgkosten Wet langdurige zorg – aantal dagen crisis opvang spoed zorg</i> , d.d. 18/09/24
	3. Verschil verwachte aantal versus gerealiseerd aantal: verwachte dagen in 2023 – gerealiseerd dagen in 2023	Landelijk aantal dagen crisis zorg 2023: 68.782	Zorgcijfersdatabank, <i>Totale zorgkosten Wet langdurige zorg – aantal dagen crisis opvang spoed zorg</i> , d.d. 18/09/24
		Aantal dagen crisis zorg per organisatie (2019 en 2023)	CuraMare, Pantein, Rivas, ZorgSaam

Analyses inzet en uitkomstmaten

Ziekenhuisopnames 65+

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
(Verwacht) aantal opnames 65+ (per organisatie)	1. Groei aantal mensen 65+ in verzorgingsgebied: aantal 65+ in 2022 / aantal 65+ in 2019	Aantal inwoners 65+ in regio (o.b.v. gemeenten) in 2019:	CBS Open data
	2. Verwacht aantal klinische opnames in 2022: klinische opnames 2019 * groei 65+ in verzorgingsgebied	Aantal inwoners 65+ in regio (o.b.v. gemeenten) 2022:	CBS Open data
	3. Verschil verwachte aantal versus gerealiseerd aantal: verwacht aantal klinische opnames in 2022 – gerealiseerd aantal klinische opnames in 2022	Klinische opnames per organisatie (2019 en 2022)	CuraMare, Pantein, Rivas, ZorgSaam
Landelijke (verwacht) aantal opnames 65+	1. Groei aantal mensen 65+ in Nederland: aantal 65+ in 2022 / aantal 65+ in 2019	Aantal inwoners 65+ in Nederland in 2019:	CBS Open data
	2. Verwacht aantal klinische opnames in 2022: klinische opnames in Nederland in 2019 * groei 65+ in Nederland	Aantal inwoners 65+ in Nederland in 2022:	CBS Open data
	3. Verschil verwachte aantal versus gerealiseerd aantal: verwacht aantal klinische opnames in 2022 – gerealiseerd aantal klinische opnames in 2022	Aantal klinische opnames 65+ in Nederland in 2019:	CBS, <i>Ziekenhuisopnamen en –patiënten; diagnose-indeling VTV</i> , d.d. 14/05/2024
		Aantal klinische opnames 65+ in Nederland in 2022:	CBS, <i>Ziekenhuisopnamen en –patiënten; diagnose-indeling VTV</i> , d.d. 14/05/2024

Analyses inzet en uitkomstmaten

(Urgent) wachtenden verpleging en verzorging

Onderdeel	Analyse	Inputvariabelen	Bron
Relatief aantal (urgent) wachtenden (per organisatie)	Gemiddelde van vier peildata (feb, mei, aug, nov):	Aantal bedden per organisatie 2023	CuraMare, Pantein, Rivas, ZorgSaam
	1. Relatief aantal wachtenden: totaal aantal wachtenden locaties van aanbieder / totaal aantal bedden aanbieder	Aantal wachtenden per organisatie in februari, mei, augustus, november 2023	Zorgcijfersdatabank, <i>Rapportages wachtlijstinformatie instellingsniveau – Cijfers verpleging en verzorging februari, mei, augustus, november 2023</i>
	2. Relatief aantal urgent wachtenden: aantal urgent wachtenden locaties van aanbieder / totaal aantal bedden aanbieder	Aantal urgent ¹ wachtenden per organisatie in februari, mei, augustus, november 2023	Zorgcijfersdatabank, <i>Rapportages wachtlijstinformatie instellingsniveau – Cijfers verpleging en verzorging februari, mei, augustus, november 2023</i>
Landelijk relatief aantal (urgent) wachtenden	Gemiddelde van vier peildata (feb, mei, aug, nov):	Landelijk aantal bedden 2023: 130.000	ActiZ, <i>Hoe staat het met: de wachtlijsten voor verpleeghuizen?</i> , d.d. 28/11/2023
	1. Relatief aantal wachtenden: totaal aantal wachtenden locaties in NL / totaal aantal bedden in NL	Landelijk aantal wachtenden in februari, mei, augustus, november 2023, resp.: 20.978, 21.017, 21.777, 22.445	Zorgcijfersdatabank, <i>Rapportages wachtlijstinformatie instellingsniveau – Cijfers verpleging en verzorging februari, mei, augustus, november 2023</i>
	2. Relatief aantal urgent wachtenden: aantal urgent wachtenden locaties in NL / totaal aantal bedden NL	Landelijk aantal urgent wachtenden in februari, mei, augustus, november 2023, resp.: 315, 298, 318, 334	Zorgcijfersdatabank, <i>Rapportages wachtlijstinformatie instellingsniveau – Cijfers verpleging en verzorging februari, mei, augustus, november 2023</i>

Thank you

strategyand.pwc.com

© 2025 PwC. All rights reserved.

PwC refers to the PwC network and/or one or more of its member firms, each of which is a separate legal entity. Please see [pwc.com/structure](https://www.pwc.com/structure) for further details.

Disclaimer: This content is general information purposes only, and should not be used as a substitute for consultation with professional advisors.