



# Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging

Deel 1 – Advies

4 juli 2023



# Inhoudsopgave

## Deel 1 - Advies

<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
1.1	Samenvatting	5
<b>2</b>	<b>Inleiding</b>	<b>9</b>
2.1	Inleiding	10
2.2	Leeswijzer	10
<b>3</b>	<b>Bevriezen verblijfs capaciteit</b>	<b>11</b>
3.1	Inzet minister: groei verpleegzorg opvangen in extramurale leveringsvormen, het aantal verpleegzorgplekken met verblijf gelijk houden	12
3.2	De ratio achter het bevriezen van de verblijfs capaciteit moet verduidelijkt worden	13
3.3	Het instrumentarium om de verblijfs capaciteit te bevriezen ontbreekt	16
3.4	Sturingsmogelijkheden voor zorgkantoren zijn beperkt	17
3.5	Financiële rem via het budgettair kader Wlz	17
3.6	Gedragseffecten bij zorgaanbieders	18
3.7	Gedragseffecten bij zorgkantoren en gevolgen voor de zorgplicht	18
3.8	Scenario's	22
<b>4</b>	<b>Stimuleren van extramurale zorg</b>	<b>28</b>
4.1	Inleiding	29
4.2	Bekostiging van extramurale woonzorgconcepten	29
4.3	Onderscheid in geclusterd en ongeclusterd vpt	30
4.4	Doelmatigheid van zorg	32
4.5	Toegankelijkheid extramurale woonzorgvormen	33
4.6	Randvoorwaarden voor langer thuis wonen	34
<b>5</b>	<b>Advies: Herstructureren van aanspraken en leveringsvormen</b>	<b>36</b>
5.1	Inleiding	37
5.2	Advies	40

## Deel 2 - Verdiepende analyses

<b>A</b>	<b>Kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening</b>	<b>52</b>
A.1	Inleiding	53
A.2	Afbakening	53
A.3	Aanspraak (Wlz)	54
A.4	Toelating zorgaanbieder (Wtza)	57
A.5	Prestatiebegrip (Wmg)	57
A.6	Indicatie van de extra kosten	57
A.7	Samenhang met huurwet- en regelgeving	59
A.8	Samenhang met eigen bijdragen Wlz	61
<b>B</b>	<b>Differentiatie vpt in geclusterd en ongeclusterd</b>	<b>64</b>
B.1	Inleiding	65
B.2	Terugkerend vraagstuk in verschillende beleidscontexten	65
B.3	Voorwaarden om via de bekostiging onderscheid te kunnen maken in geclusterd en ongeclusterd vpt	66
<b>C</b>	<b>Beoordeling bekostiging leveringsvormen vpt en mpt</b>	<b>68</b>
C.1	Inleiding	69
C.2	Huidige prestatie- en tariefstructuur	69
C.3	Doelmatigheid	70

## Bijlagen

<b>Bijlage A</b>	<b>Beantwoording adviesvragen VWS</b>	<b>72</b>
<b>Bijlage B</b>	<b>Lijst van gebruikte afkortingen</b>	<b>75</b>

# 1 Samenvatting



## 1.1 Samenvatting

Het ministerie van VWS heeft aan de NZa gevraagd om te adviseren over de wijze waarop vanuit de bekostiging een bijdrage geleverd kan worden aan het scheiden van wonen en zorg in de toekomst, waarbij ook aandacht is voor de uitgangspunten uit het WOZO-programma "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan".

In het kader van deze adviesopdracht heeft de NZa geanalyseerd of via de bekostiging extramurale leveringsvormen gestimuleerd kunnen worden door bijvoorbeeld de woningaanpassingen voor Wlz-cliënten in de thuissituatie, of gemeenschappelijk gebruik of hergebruik van roerende voorzieningen in geclusterde woonvormen, te vergoeden via de prestatie- en tariefregulering. Dit blijkt niet mogelijk zonder aanpassingen aan het wettelijk kader. Wij hebben de adviesopdracht daarom breder getrokken. We presenteren denklijnen om tot een herstructurering van wettelijke aanspraken en leveringsvormen in de Wlz te komen, zodat de NZa daarna de vertaalslag naar de bekostiging kan maken.

Hieronder geven wij een samenvatting van onze belangrijkste conclusies en aanbevelingen uit dit adviesrapport.

### Conclusies

- Voordat de NZa via genoemde aanpassingen aan de bekostiging en via het toezicht kan bijdragen aan het scheiden van wonen en zorg, moeten politieke keuzes worden gemaakt en zijn wetswijzigingen nodig:
- De WOZO-beleidsdoelen voor scheiden wonen en zorg moeten scherper worden geformuleerd.
  - Er zijn scherpere keuzes nodig welke doelen en welke randvoorwaarden vooropgesteld moeten worden.
  - Begrippen zoals "thuis" en "als het kan" moeten duidelijker worden afgebakend.
- Meer sturing vanuit de overheid is nodig om, in lijn met die beleidsdoelen, een optimale inzet van schaarse capaciteiten (personeel en geschikte woonvormen) te bereiken. Een inperking van keuzemogelijkheden voor cliënten, zorgaanbieders en zorginkopers is daarvoor onvermijdelijk. Keuzemogelijkheden moeten in de toekomst in lijn worden gebracht met de uitgangspunten van passende zorg:
  - de juiste zorg op de juiste plek
  - zorg afgestemd op de behoefte van de cliënt
  - organiseerbare zorg
- Aanpassing van de Wlz-aanspraken is noodzakelijk:
  - om die sturingsmogelijkheden te bereiken
  - als moet worden ingezet op het gelijk houden van de verblijfs capaciteit
  - om het stimuleren van extramurale zorg via de bekostiging en de zorginkoop mogelijk te maken

### **We adviseren de minister om de beleidsdoelen scherper te formuleren, zodat duidelijker wordt waar op gestuurd moet worden.**

Om de WOZO-doelen voor scheiden wonen en zorg te bereiken, is het nodig dat ze scherper worden geformuleerd. Ook moeten begrippen zoals "thuis" en "als het kan" beter afgebakend worden.

De schaarste in capaciteiten (personeel en voor de zorg en kwetsbare cliënt geschikte woonvormen) en financiële middelen maakt dat niet alle doelen die worden gesteld met elkaar te verenigen zijn, en/of binnen de gestelde randvoorwaarden gerealiseerd zullen kunnen worden. Er zijn dus scherpere keuzes nodig welke doelen en welke randvoorwaarden vooropgesteld moeten worden. Dit zijn politieke keuzes.

## **Meer sturing vanuit de overheid is nodig om, in lijn met die beleidsdoelen, optimale inzet van schaarse capaciteit te bereiken.**

De huidige Wlz belemmert de WOZO-beweging voor scheiden van wonen en zorg doordat deze wet uitgaat van het recht op verblijf voor alle cliënten die voor de Wlz zijn geïndiceerd.

In de huidige Wlz staat de keuzevrijheid van de cliënt voor een leveringsvorm, een woonvorm en zorgaanbieder of locatie voorop. Daardoor zijn er onvoldoende sturingsmogelijkheden voor de overheid en voor de zorgkantoren om de WOZO-doelen voor scheiden van wonen en zorg te bereiken.

Daarnaast geldt in grote lijnen dat elke Wlz-client wettelijk aanspraak kan maken op vrijwel hetzelfde (ruime) pakket aan zorg, ongeacht zijn zorgprofiel, woonsituatie of sociale context. En omgekeerd geldt dat in alle settingen (thuis, geclusterd of met verblijf) vrijwel alle (ruime) pakketten van zorg kunnen worden geleverd.

Deze ruime keuzemogelijkheden en aanspraken en het gebrek aan sturingsmogelijkheden, leiden tot een suboptimale inzet van schaarse capaciteiten (personeel en voor de zorg en kwetsbare cliënt geschikte woonvormen).

Daarnaast is als gevolg van de vrijheidsgraden voor andere partijen (zorgaanbieders, zorginkopers, partijen in het woondomein) voor wat betreft financieringsvormen, woonvormen, en het aanbod in- of exclusief behandeling, een grote diversiteit in het aanbod ontstaan. Mede doordat prikkels voor elk van deze partijen, en voor cliënten, niet op elkaar afgestemd zijn leidt dit tot situaties van willekeur en ongelijkheid, en vervaging van het onderscheid in leveringsvormen. In de praktijk heeft de cliënt daardoor vaak niet zoveel keuzemogelijkheden als volgens de wet bedoeld is. We zien daarbij ook dat de cliënt lang niet altijd bewust op al deze aspecten een keuze maakt. De keuze voor de aanbieder of de locatie staat voor de cliënt vaak voorop.

De NZa vindt dat meer sturing vanuit de overheid nodig is op welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting wel, of juist niet geleverd wordt (passende zorg). Dit kan alleen worden bereikt als keuzemogelijkheden worden ingeperkt, zodanig dat ze in lijn zijn met de uitgangspunten van passende zorg. Dit niet alleen voor de cliënt, maar ook voor zorgaanbieders en zorginkopers. Dit vraagt om aanpassing van de Wlz-aanspraken.

## **Aanpassing van Wlz-aanspraken is noodzakelijk**

Welke doelen ook vooropgesteld worden, in alle gevallen zullen de Wlz-aanspraken aangepast moeten worden. De NZa komt tot die conclusie op basis van analyses van wat nodig is om

- de verblijfs capaciteit gelijk te houden, en
- extramurale zorg te stimuleren.

Het gaat daarbij zowel om aanspraken die zien op de toegang tot leveringsvormen, als ook om aanspraken die zien op de zorg binnen een leveringsvorm. Een aanpassing van aanspraken kan zowel (op onderdelen) een versmalling als verbreding van aanspraken betekenen. Het gaat om het vinden van een optimum voor passende zorg, binnen de context van de gekozen beleidsdoelen en schaarse capaciteiten.

## Aanbevelingen

- Het is aan de politiek om keuzes te maken in de doelen waarop gestuurd moet worden.
- We adviseren om spoedig een start te maken met een verkenning naar de herstructurering van aanspraken en leveringsvormen waarbij aanspraken bestaan uit verschillende pakketten, passend bij de zorg waar een cliëntgroep redelijkerwijs op aangewezen is.
- Dit kan op hoofdlijnen langs twee assen:
  - de as van de zorgzwaarte en/of
  - de as van de setting (ongeclusterd of geclusterd)
- Bij een combinatie van de assen is een optimale inzet van schaarse capaciteiten (personeel, geschikte woningen) te verwachten; bij een keuze voor één van deze assen zullen de uitkomsten nog suboptimaal zijn.
- Het is aan de politiek om op basis van de doelen de grenzen op de assen te bepalen. Dit komt neer op het concretiseren van begrippen als 'thuis', en 'als het kan' via de omschrijving van de aanspraken.
- In de verkenning moet tevens gekeken worden naar een andere wijze van indiceren en het differentiëren in toegang tot (verschillende onderdelen van) de Wlz.
- We adviseren om dit advies in samenhang te bezien met het advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten, dat de NZa tegelijk met dit advies uitbrengt.

## Zorg voor thuiswonende Wlz-cliënten overhevelen naar de Zvw

Eén van de opties die wij in dit advies noemen bij het aanpassen van de aanspraken is om de zorg voor thuiswonende Wlz-cliënten over te hevelen naar de Zvw. De oproep om de zorg thuis buiten de Wlz te plaatsen werd al eerder gedaan, door bijvoorbeeld de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen en onlangs ook door de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving. Ook de NZa concludeerde in eerdere verkenningen naar het volledig pakket thuis, en naar de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg dat een logischer aansluiting van de domeinen (in inkoop en bekostiging) bij het continuüm in de zorg in de thuisituatie nodig is om passende zorg te realiseren.

In dat kader gaat de NZa de komende periode onderzoeken in hoeverre de bekostiging van de wijkverpleging in de Zvw geschikt is, of gemaakt kan worden, voor de cliënten die op dit moment in aanmerking komen voor (thuis-)zorg in de Wlz. De analyses van de bekostigingsopties die wij in dit advies hebben gedaan zijn daar bruikbaar voor. Zo hebben we gekeken naar de voor- en nadelen en de prikkelwerking die uitgaat van het werken met uurtarieven en integrale dagtarieven.

Ook doen wij vervolgonderzoek op het in- en doorstroomonderzoek, waarbij de focus ligt op het grensgebied tussen de Zvw en de Wlz. We willen meer zicht krijgen op de overgangsfase tussen Zvw en Wlz in: we willen onderzoeken om welke cliëntgroepen en zorgvragen het gaat, en welke factoren maken dat het voor een cliënt thuis niet meer gaat met wat mogelijk is vanuit Zvw/Wmo.

## Politieke keuzes nodig

Dit advies krijgt brede steun van de betrokken brancheorganisaties en veldpartijen. De NZa en de betrokken partijen benadrukken de urgentie en de kans om nú aan de slag te gaan met dit advies en de genoemde keuzes spoedig te maken. We zien namelijk nu al dilemma's bij de zorgplicht optreden bij het bevriezen van de verblijfs capaciteit, zowel voor de zorgkantoren, als voor de NZa bij het toezicht. Zowel de zorginkoop als het toezicht daarop hebben baat bij een duidelijke wettelijke basis voor het WOZO-beleid. Als wordt vastgehouden aan het besluit om de verblijfs capaciteit nu reeds te bevriezen, moet duidelijk zijn voor wie de verblijfsplekken bestemd zijn. Met passende extramurale zorg moet een

kwalitatief gelijkwaardig alternatief kunnen worden geboden voor cliënten die niet in aanmerking komen voor een opname in het verpleeghuis.

Partijen willen voortvarend aan de slag met het vertalen van de WOZO-beweging naar de praktijk. De inzet van veldpartijen is ook nodig, om invulling te geven aan richtlijnen en kwaliteitskaders, in lijn met de uitgangspunten voor passende zorg. Om het draagvlak te behouden, is het nodig om de aanspraken en de zorgplicht aan te laten sluiten bij deze WOZO-beweging. Met dit advies en de vervolgstappen die wij hierboven hebben genoemd hopen wij bij te dragen aan het maken van de hiervoor noodzakelijke keuzes.

Tot slot benadrukken we dat ook andere politieke keuzes gemaakt moeten worden, bijvoorbeeld op het gebied van de huurtoeslag en de eigen bijdragen. Die onderwerpen liggen buiten het terrein van de NZa.

## **Samenhang met andere NZa-adviezen**

Dit advies bouwt voort op onze verkenning van het volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging (maart 2022), en kent dezelfde afbakening: de verpleging en verzorging in de Wlz.

Dit advies moet in samenhang worden gezien met het advies Positionering behandeling voor Wlz-clieënten, dat de NZa tegelijk met dit advies uitbrengt.



# 2 Inleiding



## 2.1 Inleiding

Met de brief van 27 oktober 2022 (kenmerk 3449940-1037572-LZ) vraagt het ministerie van VWS aan de NZa om te adviseren over de wijze waarop vanuit de bekostiging een bijdrage geleverd kan worden aan het scheiden van wonen en zorg in de toekomst, waarbij ook aandacht is voor de uitgangspunten uit het WOZO-programma "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan".

VWS vraagt om specifiek aandacht te besteden aan de volgende vragen:

- Wat zijn de voor- en nadelen om (in de bekostiging) eventueel een onderscheid te maken tussen geclusterd vpt en ongeclusterd vpt (verspreid in de wijk)? Kan de NZa daarbij specifiek aandacht besteden aan kapitaallasten die inherent samenhangen met het verlenen van zorg en welke niet alsook aan de samenhang met huurwet- en regelgeving?
- Hoe weegt de NZa - vanuit de bekostiging - de leveringsvormen vpt en mpt op de volgende elementen:
  - Bijdrage aan het bereiken van de doelstelling "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan";
  - Doelmatigheid en krapte op de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld de prikkelwerking die uitgaat van het werken met uurtarieven versus integrale dagtarieven bij de inzet van personeel);
  - Flexibiliteit en administratieve lasten voor zorgaanbieders.
- Kan de NZa een tijdpad schetsen voor eventuele aanpassingen in de bekostiging?
- Over welke databronnen beschikt de NZa die VWS kunnen helpen om zicht te houden op het bereiken van de doelstelling van het WOZO-programma in het algemeen en het scheiden van wonen en zorg in het bijzonder?

Deze adviesaanvraag volgt op de verkenning van het volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging met aanbevelingen voor scheiden van wonen en zorg, die de NZa in maart 2022 heeft gepubliceerd.

## 2.2 Leeswijzer

Dit advies is als volgt opgebouwd:

Deel 1 bevat ons advies, en bestaat uit de volgende hoofdstukken:

- Hoofdstuk 3 – Bevroren verblijfs capaciteit
- Hoofdstuk 4 – Stimuleren van extramurale zorg
- Hoofdstuk 5 – Advies

In deel 2 bij dit advies zijn verdiepende analyses bij hoofdstuk 4 opgenomen:

- Hoofdstuk A – Kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening
- Hoofdstuk B – Differentiatie vpt in geclusterd en ongeclusterd
- Hoofdstuk C – Beoordeling bekostiging leveringsvormen vpt en mpt

Bijlage A geeft een overzicht van waar de antwoorden op de adviesvragen van VWS in dit rapport zijn vermeld.

In bijlage B is een lijst van gebruikte afkortingen weergegeven.

# **3 Bevriezen verblijfscapaciteit**



### 3.1 Inzet minister: groei verpleegzorg opvangen in extramurale leveringsvormen, het aantal verpleegzorgplekken met verblijf gelijk houden

In de Voorlopige Kaderbrief Wlz 2023 meldt de minister voor Langdurige Zorg en Sport aan de NZa: *“Onder invloed van het scheiden van wonen en zorg is de inzet om de voorziene groei in het aantal verpleegzorgplaatsen te realiseren via vpt (mpt of pgb) en het aantal plekken met verblijf te bevriezen.”*

In de Definitieve Kaderbrief Wlz 2023 geeft de minister aan: *“Met het oog op een toekomstbestendige ouderenzorg worden wonen en zorg stapsgewijs gescheiden zodat langer thuis wonen gestimuleerd wordt. Hierbij is expliciete aandacht voor innovatieve woonvormen en voor de mogelijkheid voor iedereen, ongeacht inkomen, om betaalbaar langer thuis te blijven wonen met zorg. Zorgkantoren gaan bij de inkoop sturen op extramurale leveringsvormen (vpt, mpt of pgb) zodat ouderen langer thuis kunnen wonen en in hun eigen omgeving oud kunnen worden. Omdat extramurale zorg tot minder Wlz-uitgaven leidt ten opzichte van verblijfszorg leidt dit tot een besparing op de totale Wlz-uitgaven. Uitgaande van een gelijkblijvend aantal verpleegzorgplekken met verblijf in 2023 gaat het om een jaarlijkse besparing van € 43 miljoen, zoals ook vermeld in de Startnota van kabinet Rutte-IV”.*

In deze brief wordt vermeld dat de inzet is om de voorziene groei in het aantal verpleegzorgplaatsen vanaf 2023 te realiseren via extramurale leveringsvormen en het aantal plekken met verblijf gelijk te houden. Daarbij wordt aangegeven dat circa 4800 uitbreidingsplaatsen gerealiseerd kunnen worden in de periode 2023-2026. Dit betreft plekken waarvoor geldt dat de oorspronkelijke bouwplannen voor verblijfszorg al zover waren gevorderd dat deze in de komende vier jaar onvermijdelijk nog in de vorm van verpleeghuizen worden gerealiseerd. In de Stand van zaken actielijnen bij de Kamerbrief Voortgang programma WOZO van 3 juli 2023 staat vermeld dat uit een inventarisatie blijkt dat de toegestane bouwplannen betrekking hebben op ruim 5.000 aanvullende verpleeghuisplaatsen.

In de Meerjarige voorlopige Kaderbrief Wlz (2023-2028) schrijft de minister dat *“er in de structurele situatie landelijk gezien niet meer dan 125.300 verpleeghuisplekken met verblijf worden ingekocht.”* In de WOZO monitor- juni 2023 bij de Kamerbrief Voortgang programma WOZO van 3 juli 2023 wordt het aantal van 125.000 verpleeghuisbedden als uitgangspunt genoemd.

In dit hoofdstuk kijken we specifiek naar het bevriezen van de verblijfs capaciteit.

Om veldpartijen te faciliteren bij het sturen op het bevriezen van verblijfsplekken is nodig dat:

- Er meer duidelijkheid komt over de achtergrond van deze keuze: is het gelijk houden van het aantal verblijfsplekken een doel, een middel, een randvoorwaarde, of een verwacht resultaat?
- Zorgkantoren in staat worden gesteld om te kunnen sturen op het gelijk houden van het aantal verblijfsplekken.

De kernvraag die beantwoord moet worden is: voor welke doelgroepen (cliëntgroepen)<sup>1</sup> moet de verblijfs capaciteit behouden blijven (en voor welke niet)? Zolang dit niet duidelijk is, worden veldpartijen voor dilemma's geplaatst die niet passen bij hun rol en verantwoordelijkheid. Het is aan de politiek om te besluiten over wijzigingen in de aanspraak op verblijfszorg.

<sup>1</sup> In dit advies wordt de term 'doelgroep' breder gebruikt dan volgens de definitie in de huidige Wlz.

## 3.2 De ratio achter het bevriezen van de verblijfs capaciteit moet verduidelijkt worden

Het is op dit moment onduidelijk of de bevriezing van de verblijfs capaciteit een doel op zich is, een middel (bijvoorbeeld om te kunnen sturen op een gewenste verhouding in personele inzet binnen en buiten het verpleeghuis, of om macro budgettaire doelstellingen te bereiken), een randvoorwaarde (vangnet) bij het scheiden van wonen en zorg, of een verwachte uitkomst van sturen op langer thuis wonen. Ook is niet duidelijk voor welke doelgroepen (bijvoorbeeld doelgroepen met een bepaalde zorgbehoefte, of inkomensgroepen) de bestaande verblijfs capaciteit beschikbaar moet blijven. Kortom, er is meer duidelijkheid nodig over wat er bereikt moet worden met het bevriezen van de bestaande verblijfs capaciteit.

- Is het bevriezen van de bestaande verpleeghuis capaciteit een *vertrekpunt*, waar de doelgroepen bij moeten worden gezocht om deze plekken te vullen: alleen doelgroepen waarvan de omvang niet groter is dan de beschikbare capaciteit zouden dan in aanmerking komen voor zorg met verblijf. De minister lijkt de huidige capaciteit als uitgangspunt te nemen in de in paragraaf 3.1 genoemde drie kaderbrieven.
- Is de te behouden capaciteit een *sluitstuk* van een inhoudelijke keuze om bepaalde doelgroepen toegang te geven tot verblijf? In dat geval zou het kunnen dat de benodigde capaciteit niet gelijk zal zijn aan het huidige aantal plekken. De minister lijkt deze lijn te kiezen in de voorgangsrapportage van het WOZO-programma ('resultaten per actielijn').

In de Kamerbrief Voortgang programma WOZO van 3 juli 2023 lijkt de minister de bestaande verpleeghuis capaciteit en de doelgroepen die op basis van inhoudelijke criteria voor verpleeghuiszorg in aanmerking komen met elkaar in balans te willen brengen: In de WOZO monitor- juni 2023 bij deze Kamerbrief wordt de bestaande verpleeghuis capaciteit als uitgangspunt vermeld: "*Uitgangspunt aantal verpleeghuisbedden blijft constant (125.000 verpleeghuisbedden gecontracteerd) (...)*". In de Stand van zaken actielijnen bij deze Kamerbrief geeft de minister aan dat zij het Zorginstituut heeft gevraagd "(...) om te bezien of het mogelijk is om aan de hand van (een combinatie van) objectieve criteria een voor de praktijk werkbaar cesuur te ontwerpen, op grond waarvan een gerechtvaardigd onderscheid is te maken tussen ouderen met een VV-indicatie die zijn aangewezen op zorg in een verpleeghuis en ouderen met een VV-indicatie waarvoor passende zorg mogelijk is buiten het verpleeghuis. Het doel van zo'n cesuur is om een goede balans te realiseren tussen het aantal beschikbare verpleeghuisplekken en het beschikbaar stellen daarvan aan de personen die daarop het meest zijn aangewezen.(...)"

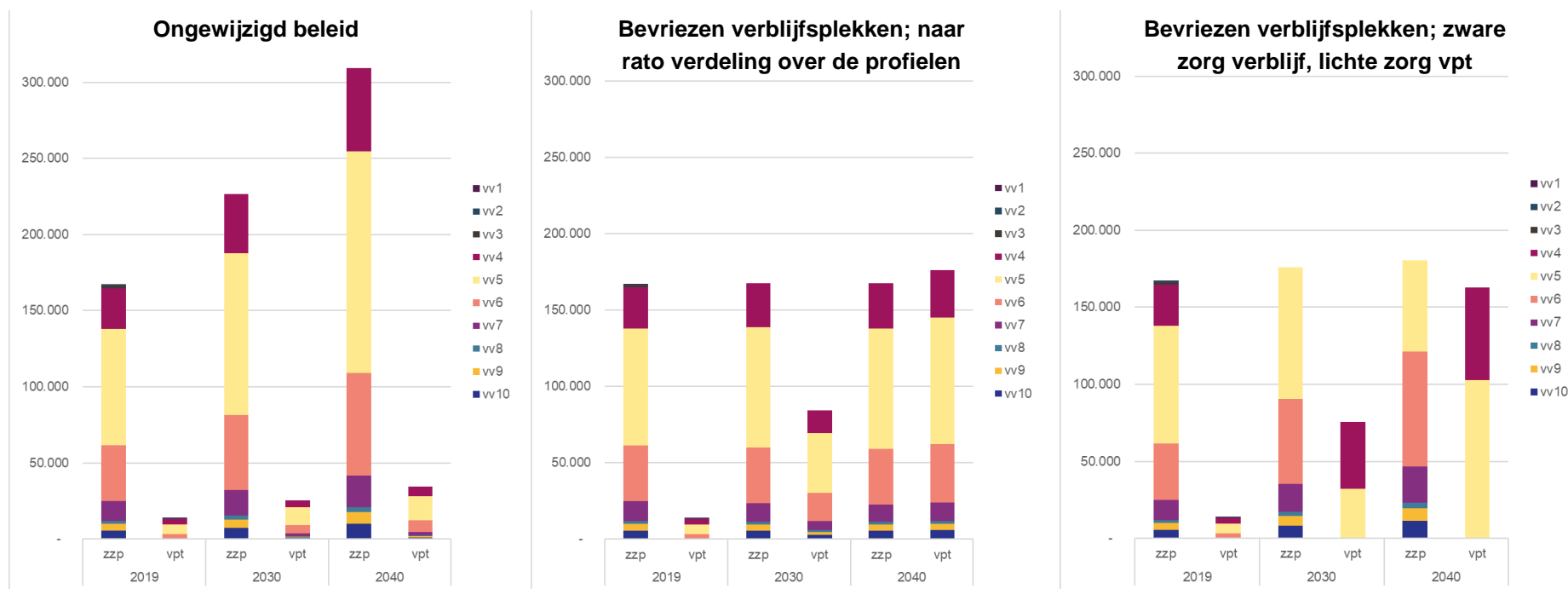
Uit onze scenario analyse (zie figuur 1) blijkt dat het aantal te behouden plekken niet past bij een cesuur op basis van de bestaande zorgprofielen vv 4 t/m 10 in de periode tussen nu en 2040. Het aantal is niet genoeg om de knip in de toegang tot verblijf tussen zorgprofiel vv4 en vv5 te leggen, en het aantal is te ruim om alleen de doelgroepen met profiel vv6 en hoger op te vangen.

We willen hiermee aantonen dat als het behoud van het bestaande aantal verblijfsplekken een gegeven is, de indeling in bestaande zorgprofielen niet geschikt is om de knip te kunnen maken. Er zal dan gezocht moeten worden naar nieuwe criteria die bepalend zijn voor de toegang tot het verpleeghuis. Die zoektocht is niet eenvoudig en zal de nodige tijd vergen.

Als echter omgekeerd wordt geredeneerd vanuit de urgentie om snel een keuze te maken en duidelijkheid te bieden, dan ligt een knip op basis van bestaande zorgprofielen wellicht meer voor de hand. Consequentie is dan dat het aantal benodigde verblijfsplekken niet gelijk zal zijn aan het huidige aantal, en dat macro budgettaire effecten anders uitpakken dan geraamd.

Het is aan de politiek om een van deze twee invalshoeken te kiezen, en aan de hand daarvan te bepalen welke cliënten in de toekomst nog toegang houden tot het verpleeghuis, zodat de verblijfs capaciteit en de omvang van de zorgvraag voor verblijfszorg, via de zorginkoop door zorgkantoren, op elkaar afgestemd kunnen worden. De overheid heeft geen instrumentarium om verblijfs capaciteit te bevroeren. Dat lichten we toe in paragraaf 3.3.

**Figuur 1 Aantal cliënten per zorgprofiel met verblijf en vpt, in 2019, 2023 en 2040 – drie scenario's**



- Groei op basis van demografie
- De verhouding verblijf/vpt blijft ongewijzigd (90%/10%)
- Het aantal cliënten met verblijf is hoger dan het aantal verblijfsplekken (de 125.300), omdat 1 plek in een jaar door meerdere cliënten volgtijdelijk bezet kan zijn (uit- en instroom)
- Het aantal bezette verblijfsplekken is in 2019 bij benadering gelijk aan het aantal ultimo 2022, het te bevriezen niveau. (Tussen 2019 en 2022 was er een periode van krimp door corona, gevolgd door herstel).

- Groei op basis van demografie
- De bevroren verblijfs capaciteit blijft in 2030 en 2040 beschikbaar voor alle zorgprofielen, naar rato van de verdeling in 2019 en rekening houdend met verschillen in beslag op de capaciteit per profiel
- Alle cliënten die niet met verblijf opgenomen kunnen worden verplaatsen naar vpt

- Groei op basis van demografie
- In 2030 en 2040 wordt de zwaarste zorg met verblijf opgevangen, en de lichtste zorg met vpt
- Alle vv4 verplaatst naar vpt; alle vv6 t/m 10 verplaatst naar verblijf
- De verblijfsplekken worden niet volledig bezet met vv6 t/m 10. Een deel is beschikbaar voor vv5 (in 2030 kan 73% van de vv5 cliënten met verblijf worden opgevangen, in 2040 37%)

### Toelichting bij figuur 1

- Als basisjaar is 2019 genomen, omdat over dit jaar leeftijdsspecifieke gegevens beschikbaar waren voor de Monitor Ouderenzorg. Hiermee konden prognoses op basis van demografie worden gemaakt.
- In het basisjaar 2019 is het aantal verblijfsplekken bij benadering gelijk aan het aantal te behouden verblijfsplekken (stand ultimo 2022).
- Ontwikkelingen worden uitgedrukt in de *aantallen cliënten* die terecht kunnen in een opname met verblijf (zzp) of vpt. Het aantal cliënten is groter dan het aantal verblijfsplekken, omdat één plek gedurende een jaar door meerdere cliënten bezet kan zijn (in- en uitstroom).
- Omdat er verschillen bestaan in het beslag op de verblijfs capaciteit voor de verschillende zorgprofielen (door verschillen in verblijfsduur), is voor de verblijfs situatie rekening gehouden met (per zorgprofiel) het aantal cliënten per plek in 2019, op basis van de gegevens uit onze Februaribrief 2023.
- Voor het vpt is niet gerekend aan de hand van plekken. Er zijn geen gegevens over aantallen vpt-clieñten in een geclusterde setting waarbij sprake is van plekken die volgtijdelijk door verschillende cliënten worden bezet. In theorie zou, als de capaciteit aan vpt plekken beperkt is, er ook een overloopeffect kunnen zijn vanuit het vpt naar mpt of wijkverpleging. Dit blijft in deze benadering buiten beschouwing.
- Het mpt is buiten beschouwing gebleven; de verschuiving van opname met verblijf is in deze benadering geheel naar vpt gegaan. De toename die we hier voor vpt presenteren, komt overeen met het aantal cliënten dat verschuift naar de thuissituatie (verschuiving ten opzichte van het scenario 'Ongewijzigd beleid').
- De verhouding vpt/verblijf is in het scenario 'Ongewijzigd beleid' voor de toekomstige jaren op 10%-90% gezet. Deze verhouding was in 2019 nog niet bereikt, maar is gebaseerd op recentere gegevens uit de vpt verkenning uit 2022. Ervan uitgaande dat de sturingsmogelijkheden voor zorgkantoren om een verdere verschuiving naar extramurale zorg te realiseren beperkt zijn (zie ook paragraaf 3.4), laten we deze verhouding gelijk in dit scenario.
- Cliënten op de wachtlijst zijn buiten beschouwing gebleven. De geraamde zorgvraag is daardoor waarschijnlijk onderschat.

## 3.3 Het instrumentarium om de verblijfs capaciteit te bevrozen ontbreekt

De overheid heeft op dit moment geen instrumenten om de verblijfs capaciteit te bevrozen. In het huidige zorgstelsel zijn capaciteiten (aantallen 'plekken') niet gereguleerd; er zijn dan ook geen wettelijke instrumenten om capaciteiten te bevrozen, en/of te verdelen over of toe te wijzen aan zorgaanbieders of regio's. Zorgaanbieders die een toelating hebben om zorg met verblijf te leveren, zijn vrij om de omvang van hun verblijfs capaciteit te bepalen.

Capaciteitscijfers van verpleeghuisplekken (zoals het eerder door de minister genoemde aantal van circa 130.000 dat buiten schot blijft bij het scheiden van wonen en zorg, onlangs in de Meerjarige voorlopige Kaderbrief Wlz (2023-2028) bijgesteld tot 125.300 plekken volgens de stand in december 2022, of 125.000 volgens de WOZO monitor- juni 2023) zijn een schatting. Er is geen actueel overzicht van fysieke (bouwkundige) plaatsen bij verpleeghuizen. De bouw van nieuwe plaatsen is niet gereguleerd sinds het afschaffen van het bouwregime in de WTZi (2009). Zorgaanbieders beslissen zelf over (investeringen in) nieuwbouw (vervanging en/of uitbreiding). De vergoeding voor verblijf is volledig gebaseerd op het *gebruik* van beschikbare plekken. De bouwkosten (rente, afschrijving, onderhoud) zijn sinds 2012 onderdeel van een variabele vergoeding per dag, de nhc (later aangevuld met de nic).



Fysieke 'plekken' kunnen in de praktijk ook wisselend worden ingezet: soms als verpleeghuisplek, wanneer er zorg met verblijf wordt geleverd, of soms als een thuissituatie/verpleegzorgplek, als de cliënt zorg zonder verblijf afneemt en zelf de woonkosten betaalt. Andersom kan het ook voorkomen dat de cliënt in de thuissituatie blijft wonen en daar zorg met verblijf gaat ontvangen. In zogenaamde 'omklapcontracten' wordt afgesproken dat de zorgaanbieder de huurbetaling van de cliënt overneemt als de cliënt wordt geïndiceerd voor de Wlz en zorg met verblijf afneemt. (Zie voor meer voorbeelden van intermediaire verhuur de publicatie Indirect huren: kosten en baten? van Platform31).

### **3.4 Sturingsmogelijkheden voor zorgkantoren zijn beperkt**

In onze verkenning naar het vpt deden we de aanbeveling om de mogelijkheden om via de zorginkoop te sturen op extramurale leveringsvormen te versterken. We lieten zien dat die mogelijkheden op dit moment beperkt zijn:

Allereerst is het criterium om in aanmerking te komen voor Wlz-zorg gedefinieerd als de behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid van en/of permanent toezicht op de (geïndiceerde) cliënt. Het recht op Wlz-zorg kan verzilverd worden via zorg met verblijf. Cliënten behouden hun recht op verblijf, ook als zij ervoor kiezen hun aanspraak te verzilveren via vpt, mpt of pgb. Zorgkantoren hebben bij het invullen van hun zorgplicht geen gronden om verblijf te weigeren. Als er te weinig intramurale verblijfs capaciteit is, en de cliënt ter overbrugging zorg via een andere leveringsvorm krijgt, blijft de cliënt op de wachtlijst voor zorg met verblijf staan en zal het zorgkantoor zich moeten inspannen om de opname mogelijk te maken. Daarmee wordt de mogelijkheid tot sturing op extramurale leveringsvormen via de inkoop beperkt: dit zou tegen de keuze (en het recht) van de cliënt om verblijfszorg te ontvangen in kunnen gaan.

Daarnaast kent de huidige Wlz twee (dwingende) gronden voor een Wlz-uitvoerder om te kunnen besluiten dat de zorg niet zonder daadwerkelijk verblijf in een zorginstelling kan worden geboden:

- Als de zorg buiten de zorginstelling niet op verantwoorde wijze kan worden verleend;
- Als de kosten van de zorg buiten de zorginstelling hoger zijn dan bij verblijf in een instelling.

Zolang deze wettelijke bepalingen van kracht zijn, is de opname met verblijf het uitgangspunt, waar slechts onder voorwaarden van kan worden afgeweken.

In onze verkenning gaven we aan dat het, gezien de omvang van de wachtlijsten voor verpleeghuiszorg, niet uit te sluiten is dat verdere extramuralisering niet meer past binnen de huidige zorgplicht.

### **3.5 Financiële rem via het budgettair kader Wlz**

Zoals hiervoor toegelicht heeft de minister geen instrumenten om de verblijfs capaciteit te bevroren, en zijn de mogelijkheden voor zorgkantoren om te sturen op extramurale leveringsvormen eveneens beperkt. De verwachte opbrengst van het gewenste beleid, gericht op het opvangen van de groei van de zorgvraag in extramurale leveringsvormen, is echter wel ingeboekt in het budgettair kader Wlz. Het gaat daarbij om een besparing die per jaar oploopt met € 43 miljoen.

De NZa verwacht dat dit tot knelpunten zal leiden: financiële knelpunten voor de minister, of olopende wachtlijsten.

Jaarlijks informeert de NZa de minister op twee vaste momenten (februari en juli) over de verwachte benutting van het budgettair kader Wlz in het lopende jaar. De NZa maakt daarbij prognoses van de zorgvraag en de wijze waarop die verzilverd wordt (in intramurale of extramurale leveringsvormen).

Zolang de aanspraken, en daarmee de zorgplicht, ongewijzigd blijven, prognosticeert de NZa de benutting van het kader op basis van ongewijzigd beleid. Het kader dient immers toereikend te zijn om zorgkantoren in staat te stellen aan hun bestaande zorgplicht te voldoen. De ramingen van de NZa zijn gebaseerd op trends uit de afgelopen jaren. Dat betekent dat de NZa vooralsnog onverkort een groei in de intramurale verpleeghuiszorg zal ramen.

Als hierdoor financiële tekorten worden verwacht, kan de minister besluiten het kader wel of niet op te hogen. In het eerste geval worden de budgettaire opbrengsten niet gerealiseerd, in het laatste geval zijn oplopende wachtlijsten te verwachten, in combinatie met een hogere druk op de zorg die de meeste cliënten voorafgaand aan een opname afnemen: eerstelijnszorg, wijkverpleging, elv, grz, en ziekenhuiszorg. Ook zal het aantal crisisopnamen toenemen.

In de afgelopen jaren heeft de NZa meermaals tekorten geraamd. Deze zijn steeds door de minister opgevangen door extra financiële middelen beschikbaar te stellen.

### 3.6 Gedragseffecten bij zorgaanbieders

Het voorgenomen beleid van de minister leidt, zonder dat dit in wetgeving is omgezet en uitvoerende partijen faciliteert, al tot gedragseffecten in het veld.

Het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WfZ) meldde in het jaarverslag 2022: *“Verpleeghuisinstellingen zijn ondanks de sterke vergrijzing terughoudend met capaciteitsuitbreiding, omdat het onzeker is of inkopende partijen deze capaciteit ook op lange termijn zullen inkopen. Ook zijn verpleeghuisinstellingen terughoudend ten aanzien van investeringen in concepten waarbij wonen en zorg financieel gescheiden worden. Investeringsplannen van verpleeghuizen hebben daardoor voornamelijk betrekking op vervanging van bestaande (verouderde) intramurale capaciteit”*.

We zien dus dat onzekerheid in de sector de investeringen remt: niet alleen voor de intramurale capaciteit, maar ook voor de nieuwe woonconcepten. Hoewel de uitbreiding van de verblijfs capaciteit wordt geremd, zoals de minister beoogt, is de vraag of beslissingen die individuele aanbieders op dit moment uit onzekerheid maken, passen bij de keuzes die de politiek nog zal moeten maken over welke cliëntengroepen nog wel, en welke niet meer in het verpleeghuis opgenomen kunnen worden.

### 3.7 Gedragseffecten bij zorgkantoren en gevolgen voor de zorgplicht

#### Gedragseffecten bij zorgkantoren

Ook bij zorgkantoren zien we gedragseffecten. Zorgkantoren hebben op 1 juni 2023 hun zorginkoopbeleid voor de jaren 2024-2026 gepubliceerd. Zorgkantoren maken verschillende keuzes in de manier waarop zij met het bevroren van de verblijfs capaciteit omgaan. We illustreren dit aan de hand van een paar voorbeelden uit de inkoopdocumenten:

VGZ

*“Complexe zorg intramuraal, ZZP4 extramuraal (VV)*

*De huidige intramurale capaciteit breiden we landelijk niet verder uit. De krapte op de arbeidsmarkt is één van de belangrijkste beperkende factoren in de beschikbaarheid van zorg. Zo zorgen we dat we geen ‘stenen’ bouwen waar we geen handen hebben om zorg in te vullen. Dit vraagt om anders kijken en anders doen. Uitgangspunt is dat we voor mensen met een ZZP4 indicatie geen intramurale zorg meer organiseren, tenzij de sociale context hier echt om vraagt. Voor ZZP4 indicaties geldt dan het principe ‘thuis tenzij’. We maken hierover regionale afspraken die we vertalen naar individuele contractuele afspraken met aanbieders. Doel is een dalende lijn van het (relatieve) aantal ZZP4 indicaties dat intramuraal is opgenomen.”*

CZ

*“(…) De zorgverlening aan alle nieuwe cliënten met een indicatie Zorgprofiel VV4 vindt, in principe en voor zover verantwoord is, in de thuissituatie plaats. Slechts in incidentele gevallen waarbij zorgverlening in de thuissituatie niet (meer) verantwoord is, kan de zorg intramuraal worden geboden. (…)”*

Menzis

*“Er is momenteel nog veel onzeker rondom dit thema. Zo is de vastklikdatum, de datum waarop de omvang van het aantal verpleeghuisplekken die vallen onder de door de minister genoemde 130.000, nog niet bekend en is ook de verdeling van plekken over regio’s nog niet bekend. (…)”*

*“(…) We stellen het aantal bedden per zorgaanbieder vast (datum per wanneer dit gedaan wordt is gelijk aan de landelijke vastklikdatum). Dit aantal legt de zorginkoper aan u [de zorgaanbieder] voor. Als het aantal afwijkt, is het aan u [de zorgaanbieder] om aan te tonen wat het werkelijke aantal is. Na het bereiken van overeenstemming wordt het aantal vastgeklikt. Het is voor u [de zorgaanbieder] niet mogelijk om meer verblijfsdagen te declareren dan het vastgestelde aantal. (…)”*

*“U [de zorgaanbieder] breidt het aantal verpleeghuisplekken niet uit, tenzij u [de zorgaanbieder] en Menzis Zorgkantoor dit afspreken. Dat kan alleen als elders het aantal plekken daalt”.*

Zilveren

Kruis

*“Om de beweging te maken naar meer extramurale ondersteuning en zorg, vragen we zorgaanbieders in gesprek te gaan met klanten over de mogelijkheden om de benodigde ondersteuning en zorg thuis te ontvangen. Voor klanten met een indicatie VV4 is zorg thuis het uitgangspunt. We zetten in op groei van extramurale zorg, deze zorg is volume vrij. We beperken de groei van intramurale zorg (zorg met verblijf). Dit doen we door een volumeplafond af te spreken voor intramurale zorg, we houden hierbij rekening met onomkeerbare bouwplannen.”*

Salland

*“Er vindt geen uitbreiding (meer) plaats van intramurale V&V-plaatsen in de regio Midden IJssel. Wij vangen de groeiende zorgvraag op door nieuwe vormen van wonen met zorg (scheiden van wonen en zorg, vpt, mpt). Wij hechten belang aan de beschikbaarheid van de huidige intramurale capaciteit omdat deze intramurale plaatsen nodig zijn voor zorgverlening aan de meest kwetsbare groepen (de zware zzp’s). Voor cliënten met een zzp4 is opname in beginsel niet meer aan de orde zolang die zorg verantwoord thuis geleverd kan worden.”*

DSW

*“Het zorgkantoor geeft bij de toekenning van budget voorrang aan de uitbreiding van (extramurale) zorgverlening in lijn met het Gezond en Wel Thuis concept ten opzichte van traditionele vormen van zorgverlening. (...)”*

*“Tenslotte leidt de toename van het aantal ouderen met een intensieve zorgvraag, in combinatie met het mogelijk ontbreken van een gedegen netwerk, ertoe dat niet alle ouderen thuis kunnen blijven wonen. Hierbij is in verpleeghuizen, net als in geclusterde woonvormen, efficiëntere inzet van personeel mogelijk dan in de thuissituatie. Om deze groep van zorg te kunnen voorzien zijn extra verpleeghuisplaatsen nodig. Uitbreiding hiervan blijft in onze regio tot de mogelijkheden behoren, mits een zorgvuldig proces doorlopen is en het zorgkantoor akkoord is met deze uitbreiding.(...)”*

*“Specifiek voor de V&V is hetgeen opgenomen in het Programma Regionale Aanpak Ouderenzorg leidend. Dat betekent onder andere dat het zorgkantoor nadrukkelijk kijkt naar nieuwe zorgaanbieders in de gemeenten waar het aantal intramurale zorgaanbieders beperkt is, omdat het zorgkantoor veel waarde hecht aan keuzevrijheid voor cliënten.”*

*“(...) Bij de beoordeling van overproductie of knellende regionale contracteerruimte geeft het zorgkantoor voorrang aan de uitbreiding van (extramurale) zorgverlening in lijn met het Gezond en Wel Thuis concept ten opzichte van traditionele zorgvormen.”*

Zorg en Zekerheid

*“Langer zelfstandig thuis: Vanuit de landelijke opdracht zetten wij aanhoudend in op langer zelfstandig thuis wonen. Concreet betekent dit dat wij als regio geen nieuwe afspraken maken over intramurale groei in de V&V.”*

De meeste zorgkantoren hanteren expliciet het uitgangspunt dat de zorg voor cliënten met zorgprofiel vv4 (in principe) buiten de verblijfssetting wordt ingekocht. Andere noemen geen specifiek zorgprofiel bij hun keuzes om te sturen op het gelijk houden van het aantal verblijfsplekken en/of het stimuleren van extramurale zorg. Sommige zorgkantoren laten de mogelijkheid om verblijfs capaciteit uit te breiden nog bestaan.

De verschillende passages illustreren dat veldpartijen genoodzaakt worden om zelf keuzes te maken, wanneer duidelijke politieke keuzes uitblijven en een kader ontbreekt. Terwijl tegelijkertijd via het beschikbare macro budget moet worden gestuurd wordt op het bevriezen van de verblijfs capaciteit. Een duidelijk kader over welke cliëntgroepen wel of geen toegang meer krijgen tot het verpleeghuis is daarom nodig. Dat zorgkantoren zelf keuzes maken is weliswaar begrijpelijk in de context van de WOZO-beweging waar ook zorgkantoren aan bijdragen, maar het beleid van de zorgkantoren zal pas effectief kunnen zijn als ook de Wlz-aanspraken ruimte bieden voor deze beweging.

De keuzes van zorgkantoren staan immers op gespannen voet met de huidige Wlz. Voor alle cliënten met een Wlz-indicatie, ook met zorgprofiel vv4, is het recht op een opname met verblijf in een instelling een volwaardige aanspraak krachtens de Wlz. Zorgkantoren moeten zich, vanuit hun zorgplicht, inspannen om de opname met verblijf mogelijk te maken. De minister erkent dit ook in antwoorden op Kamervragen: “ (...) Ook een cliënt met een indicatie voor VV4 heeft het recht op opname in een intramurale instelling en kan aan het zorgkantoor verzoeken om actief te bemiddelen bij het vinden van een dergelijke plek. Het zorgkantoor heeft daarbij zorgplicht en moet zo goed mogelijk voldoen aan de wensen van de cliënten.(...)”.

De voorbeelden laten ook zien dat verschillende keuzes kunnen leiden tot willekeur. De NZa vindt dat onwenselijk als het gaat om keuzes die de aanspraken raken. Als wordt vastgehouden aan het politieke besluit om de verblijfs capaciteit nu reeds te bevriezen en geen budget meer beschikbaar te stellen voor uitbreiding van intramurale capaciteit, moet ook via een landelijk kader én wettelijke grondslag duidelijk zijn voor wie de verblijfsplekken bestemd zijn. Ook moet met passende extramurale zorg een kwalitatief gelijkwaardig alternatief kunnen worden geboden voor cliënten die niet in aanmerking komen voor een opname in het verpleeghuis. Dit vraagt om aanpassingen van de Wlz, niet alleen voor wat betreft de toegang tot de verblijfszorg, maar mogelijk ook voor wat betreft de (dwingende) gronden om zorg in de thuissituatie te moeten weigeren uit oogpunt van doelmatigheid en veiligheid.

Zorgkantoren geven aan dat naast de rem op de financiële middelen, ook de schaarse capaciteit en steeds betere oplossingen voor verpleegzorg thuis een reden zijn om het uitgangspunt 'thuis, tenzij' voor (bijvoorbeeld) cliënten met een indicatie voor vv4 te hanteren. Er is immers sprake van een verdeelvraagstuk.

Bij een tekort aan beschikbare intramurale plaatsen is het gevolg dat zorgkantoren en zorgaanbieders moeten prioriteren. Het is begrijpelijk en wenselijk dat de meest urgente of zware gevallen in die situatie voorrang krijgen. Daarom moet de Wlz daar de juiste grondslag voor bieden. Dat is ook belangrijk voor zorgkantoren om adequaat invulling te geven aan de zorgplicht, en voor de NZa om adequaat toezicht te kunnen houden.

## Invulling van de zorgplicht

De NZa houdt onder andere toezicht op de invulling van de zorgplicht door zorgkantoren. Zoals hierboven genoemd, is het begrijpelijk en wenselijk dat de schaarse capaciteit zodanig wordt verdeeld dat de meest kwetsbare cliënten voorrang krijgen. Tegelijk heeft ook de beweging naar het alternatief voor degenen die geen verblijfszorg ontvangen (en bij wie er zorglevering in de thuissituatie plaatsvindt) gevolgen voor de invulling van de zorgplicht. Schaarste speelt immers niet alleen bij intramurale verblijfs capaciteit, maar ook bijvoorbeeld ten aanzien van de beschikbaarheid van geschikte woonvormen. Hetzelfde geldt voor personeel voor extramurale zorg (zie ook hoofdstuk 4 en 5). Het creëren van geschikte woonvormen voor thuiswonende Wlz-clieënten valt niet onder de zorgplicht van zorgkantoren. Voorkomen moet worden dat door een tekort aan geschikte woonvormen en personeel, alsnog niet aan de zorgplicht kan worden voldaan in de situaties dat zorglevering thuis plaatsvindt, bijvoorbeeld doordat de kwaliteit en veiligheid van zorg in gevaar komt.

De mate waarin deze gevolgen zich kunnen voordoen, hangt met name af van de wijze waarop zorgkantoren daadwerkelijk invulling geven aan criteria zoals "sociale context", "verantwoord thuis" en "de zware zzp's". Een veel gehoorde opvatting is dat dergelijke criteria mogelijk behulpzaam kunnen zijn bij de WOZO-beweging. Maar ze zullen ook nader uitgewerkt en verankerd in de wet moeten worden. Daarnaast zullen we in ons toezicht focussen op de vraag hoe zorgkantoren er invulling aan geven. Dit werpt onder meer licht op de vraag hoe eenduidig en werkbaar de criteria zijn. Zodat VWS deze inzichten kan gebruiken bij de ontwikkeling van nieuwe (toegangs)criteria voor de intra- en extramurale zorg.

Wij begrijpen dat aanpassingen van de wettelijke aanspraken om een zorgvuldig proces vragen, en daardoor tijd kosten. Tegelijkertijd geldt ook in het hier en nu dat we moeten voorkomen dat er een situatie ontstaat die voor zorgaanbieders, zorgkantoren en toezichthouder onduidelijk, onvoorspelbaar en onbeheersbaar is. Wij roepen het ministerie daarom op om (met spoed) te verkennen welke tijdelijke

(nood)maatregelen mogelijk en nodig zijn. Vanzelfsprekend denken we hierbij graag actief en oplossingsgericht mee.

## 3.8 Scenario's

### Scenario ongewijzigd beleid

De NZa heeft aan de hand van bevolkingsprognoses een doorrekening gemaakt van het aantal ouderen (65 jaar en ouder) per zorgtrede in de jaren 2030 en 2040, en de verwachte zorguitgaven per zorgtrede.

Met het zorgtredenmodel delen we, zoals ook toegelicht in de Monitor Ouderenzorg, ouderen in groepen in op basis van hun vitaliteit en de mate waarin ze zorg gebruiken. Dit model bestaat uit zes verschillende zorgtreden, waarbij zorggebruik wordt ingedeeld in treden van relatief lichte naar zware zorg en ondersteuning. De Wlz-zorg (verblijf en vpt) is opgenomen in de hoogste zorgtrede, die we voor de analyse in het kader van dit advies, hebben uitgesplitst in 6a voor vpt en 6b voor verblijf.

In de doorrekening gaan we uit van ongewijzigd beleid; in trede 6 gaan we daarbij voor de toekomstige jaren uit van de verhouding tussen vpt en verblijf op basis van onze vpt-verkenning (10%-90%). Omdat de mogelijkheden tot sturing op extramurale zorg beperkt zijn (zie ook paragraaf 3.4), verwachten we dat de trend in de verschuiving die de afgelopen jaren plaatsvond niet doorgezet wordt.

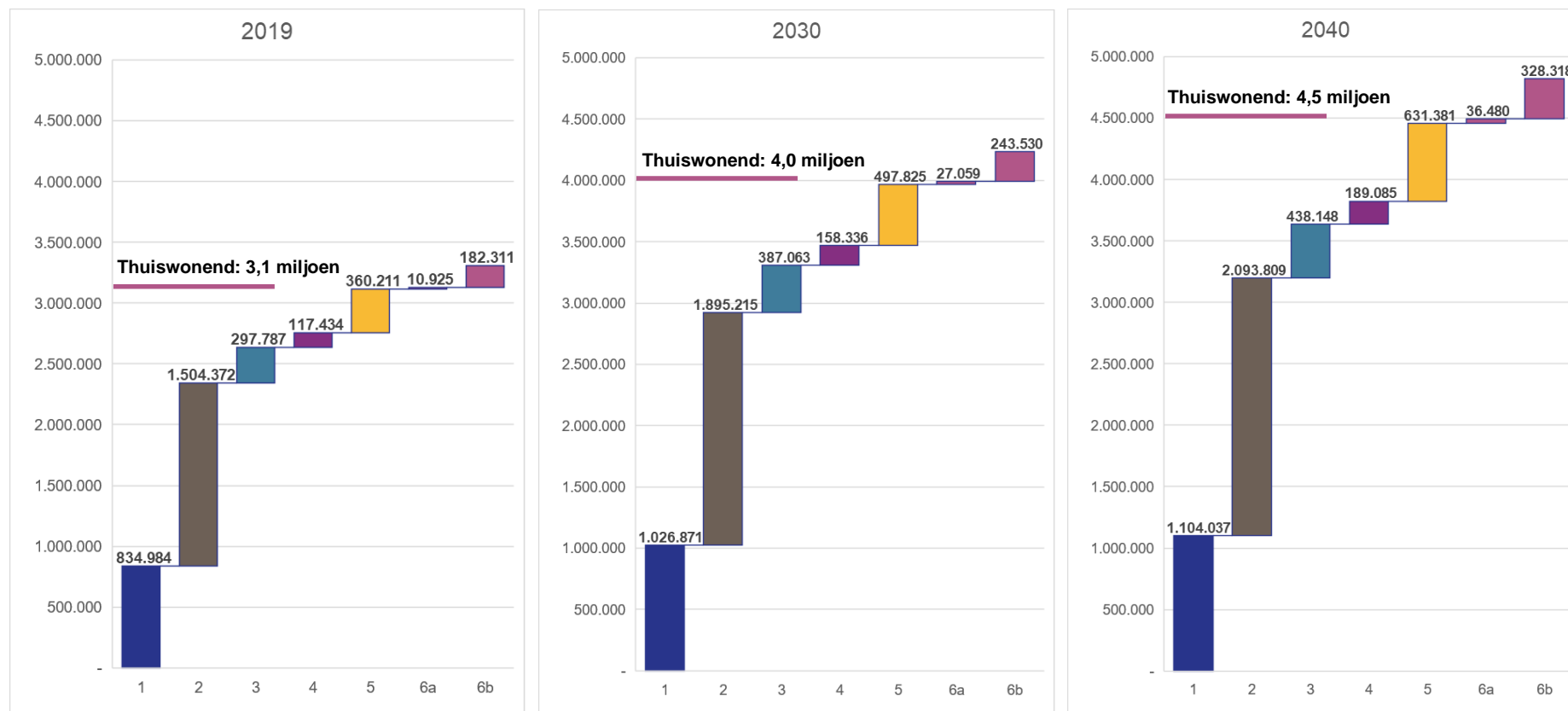
Bij ongewijzigd beleid zal het aantal thuiswonende ouderen in 2040 met ruim 1,4 miljoen zijn toegenomen ten opzichte van 2019.<sup>2</sup>

Bij een extrapolatie van de bevolkingsgroei (vergrijzing) zullen de relatieve verhoudingen tussen aantallen ouderen op de verschillende zorgtreden niet veel veranderen (zie figuur 2). Omdat het aantal ouderen absoluut toeneemt, zal ook de vraag naar intramurale zorg toenemen.

De volgende figuren laten de prognose van het aantal ouderen (65+), en de bijbehorende zorguitgaven (uitgezonderd de Wmo-uitgaven) zien per zorgtrede in 2019, 2030 en 2040, bij ongewijzigd beleid. De figuren laten het landelijke beeld zien. Op regionaal niveau kunnen de ontwikkelingen meer of minder sterk zijn.

<sup>2</sup> Er zijn geen recentere gegevens van cliënten per zorgtrede beschikbaar.

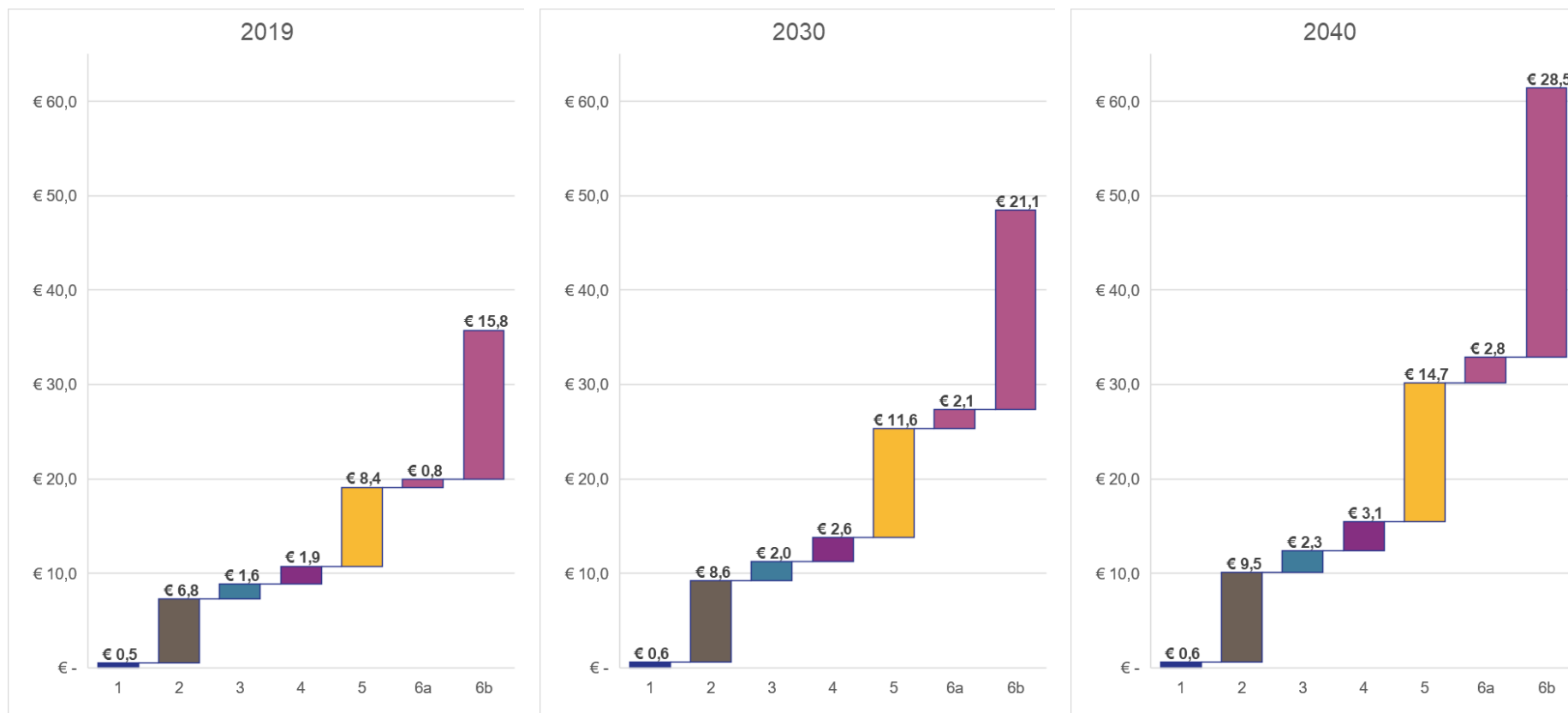
**Figuur 2 Aantal ouderen (65+) per zorgtrede in 2019, 2030 en 2040 bij ongewijzigd beleid**



**Zorgtrede**

- 1** Gebruik van eerstelijnszorg: huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, eerstelijnsdiagnostiek, basis ggz, partnerverblijf (Wlz)
- 2** Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname: msz (inclusief seh, ic, verpleegdagen), specialistische ggz, geen Wmo of Wlz
- 3** Wmo ondersteuning: Wmo zorg (huishoudelijke hulp, dagbesteding, begeleiding of verblijf)
- 4** Persoonlijke verzorging of verpleging thuis (tijdelijk) en/of korte opvang in tehuis. Maakt niet langer dan 3 maanden gebruik van wijkverpleging, gzsp, grz, elv
- 5** Persoonlijke verzorging of verpleging thuis (structureel) en/of korte opvang in tehuis; mpt/pgb uit de Wlz of maakt langer dan 3 maanden gebruik van wijkverpleging, gzsp, grz vanuit Zwv, elv
- 6** Intramurale opname in een verzorgings- of verpleeghuis of bij een ghz-of ggz-aanbieder: volledig pakket thuis (6a) opname in een instelling (6b), of, langdurige ggz

**Figuur 3 Zorguitgaven in € miljard voor ouderen (65+) per zorgtrede (exclusief Wmo-uitgaven) in 2019\*, 2030 en 2040 bij ongewijzigd beleid (prijspeil 2019)**



**Zorgtrede**

- 1** Gebruik van eerstelijnszorg: huisartsenzorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg, eerstelijnsdiagnostiek, basis ggz, partnervverblijf (Wlz)
- 2** Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname: msz (inclusief seh, ic, verpleegdagen), specialistische ggz, geen Wmo of Wlz
- 3** Wmo ondersteuning: Wmo zorg (huishoudelijke hulp, dagbesteding, begeleiding of verblijf)
- 4** Persoonlijke verzorging of verpleging thuis (tijdelijk) en/of korte opvang in tehuis. Maakt niet langer dan 3 maanden gebruik van wijkverpleging, gzsp, grz, elv
- 5** Persoonlijke verzorging of verpleging thuis (structureel) en/of korte opvang in tehuis; mpt/pgb uit de Wlz of maakt langer dan 3 maanden gebruik van wijkverpleging, gzsp, grz vanuit Zvw, elv
- 6** Intramurale opname in een verzorgings- of verpleeghuis of bij een ghz-of ggz-aanbieder: volledig pakket thuis (6a) opname in een instelling (6b), of, langdurige ggz



### Toelichting bij figuren 2 en 3

- Als basisjaar is 2019 genomen, omdat over dit jaar gegevens over de indeling van cliënten in de zorgtrede beschikbaar waren voor de Monitor Ouderenzorg. Hiermee konden prognoses op basis van demografie worden gemaakt.
- De verhouding vpt/verblijf is in het scenario 'Ongewijzigd beleid' voor de toekomstige jaren op 10%-90% gezet. Deze verhouding was in 2019 nog niet bereikt, maar is gebaseerd op recentere gegevens uit de vpt verkenning uit 2022. Ervan uitgaande dat de sturingsmogelijkheden voor zorgkantoren om een verdere verschuiving naar extramurale zorg te realiseren beperkt zijn (zie ook paragraaf 3.4), laten we deze verhouding gelijk in dit scenario.
- \* De cijfers 2019 wijken licht af van die in de Monitor Ouderenzorg:
  - 1 Omdat het aantal cliënten in zorgtrede 3 ontbrak is door middel van extrapolatie (op basis van verhoudingen in leeftijdsgroepen) een correctie uitgevoerd op zorgtrede 1 en 2 en is een benadering gemaakt van het aantal cliënten in zorgtrede 3. Er is doorgerekend met de gecorrigeerde aantallen voor zorgtrede 1, 2 en 3.
  - 2 Voor zorgtrede 6 (a en b) zijn de uitgaven gecorrigeerd (opgehoogd) voor de kwaliteitsmiddelen verpleeghuiszorg die vanaf 2022 volledig in de tarieven zijn verwerkt, om de jaren 2030 en 2040 hiermee vergelijkbaar te maken. Het gaat om enerzijds de ophoging met de middelen uit de € 2,1 miljard die in de tarieven zijn verwerkt, aanvullend op het deel kwaliteitsmiddelen dat in 2019 al in de tarieven verwerkt was, en anderzijds de correctie voor de korting voor de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Beide effecten zijn verwerkt in de figuren voor 2019, 2030 en 2040. De uitgaven in 2019 zijn daardoor hoger weergegeven dan in werkelijkheid.
  - 3 De gemiddelde kosten per cliënt waren in de Monitor Ouderenzorg niet beschikbaar uitgesplitst naar trede 6a en 6b, maar alleen voor trede 6 (vpt + verblijf). De uitsplitsing is gemaakt aan de hand van een benadering op basis van verhoudingen tussen de totale zorguitgaven voor vpt en verblijf in de vpt verkenning, en de verhouding in aantallen cliënten met vpt en verblijf. Daarnaast zijn kosten in trede 6 buiten intramuraal verdeeld over 6a en 6b, waarbij rekening is gehouden met het verschil in zorg die via de Zvw en de Wiz wordt geleverd, voor respectievelijk vpt en verblijf. Dit is op totaalniveau gedaan, dus niet per zorgprofiel.
- De Wmo uitgaven ontbreken.

De verwachte groei per zorgtrede laat zien dat het aantal cliënten in trede 6 in 2040 bijna verdubbeld zal zijn ten opzichte van 2019.

**Tabel 1 Groei per zorgtrede ten opzichte van 2019 bij ongewijzigd beleid**

	2030	2040
Zorgtrede 1	23%	32%
Zorgtrede 2	26%	39%
Zorgtrede 3	30%	47%
Zorgtrede 4	35%	61%
Zorgtrede 5	38%	75%
Zorgtrede 6 (a en b)	40%	89%
<b>Totaal</b>	<b>28%</b>	<b>46%</b>

Als de inzet is om de verhoudingen tussen de zorgtrede te verschuiven (omdat verpleeghuiscapaciteit bevroren wordt), moet dat niet alleen samen gaan met inzetten op langer thuis wonen en uitbreiding van

het vpt, maar dan is het ook nodig om in te zetten op preventie en het verbeteren van de gezondheid (minder zorgvraag). Daarnaast is het nodig het doorstromen op de zorgtrede te vertragen.

Dat laatste heeft een cascade effect: als er minder doorstroom is, neemt de belasting op lagere zorgtrede toe: de instroom in de lagere zorgtrede groeit, en de uitstroom neemt af. Het dicht zetten van de hoogste trede versterkt dit effect. Daarom is het van belang om de eerstelijnszorg en de thuiszorg (Zvw, Wmo) te versterken, zodat het risico op acute interventies via de seh afneemt.

Ons advies Bekostiging afstemming en coördinatie kwetsbare ouderen thuis onderstreept dit belang en doet hiervoor aanbevelingen.

Specialisten ouderengeneeskunde vragen aandacht voor de werkbaarheid voor zorgprofessionals. Bij meer extramurale zorg zal de vraag naar specialisten ouderengeneeskunde in de eerste lijn toenemen, en zullen zij te maken krijgen met een verspreiding en versnippering van hun werkgebied, met meer reistijd tot gevolg.

## Scenario bevroren verblijfs capaciteit

Als de bovenste trede (6b, de verblijfszorg) 'op slot' wordt gezet, zal een overloopeffect naar de lagere zorgtrede te verwachten zijn. Het ligt voor de hand aan te nemen dat als trede 6b op slot gaat, de cliënten in de naastgelegen lagere trede terecht komen (6a). Maar mogelijk blijven cliënten ook langer dan nu het geval is in de wijkverpleging (trede 5) en stellen zij het aanvragen van een Wlz-indicatie uit, omdat het alternatief voor verblijfszorg (vpt) vanuit oogpunt van eigen bijdragen voor sommige groepen financieel minder aantrekkelijk kan zijn.

De precieze effecten zijn lastig te voorspellen. Daarbij komt dat de komende jaren in alle zorgtrede aanzienlijke personeelstekorten verwacht worden, en in elke zorgtrede er gedragseffecten bij zorgaanbieders (of gemeenten) kunnen optreden om cliënten door te laten stromen naar hogere zorgtrede, of te laten wachten in de lagere zorgtrede. Ook kan het niet op tijd behandelen leiden tot verslechtering van de situatie van de cliënt. Een stop aan het eind van de keten zal sowieso de druk binnen de gehele keten doen oplopen. Daarom benadrukken we het belang van preventie en versterking van het sociaal domein. Als het lukt om '(gezondheids-)winst' te boeken in het traject voorafgaand aan de Wlz, kan die druk verminderd worden.

Specifiek voor de verschuiving van zorgtrede 6b naar 6a is van belang dat in 6b een deel van de zorg (onder andere huisartsenzorg, farmaceutische zorg, hulpmiddelen) ten laste van de Wlz komt (namelijk bij cliënten die zowel verblijf als behandeling ontvangen door of namens dezelfde instelling), terwijl in het vpt deze zorg ten laste van de Zvw komt. Er zullen dus ook kostenverschuivingen tussen de Wlz en de Zvw plaatsvinden.

De kostenverschuiving bij de verschuiving van verblijfszorg naar vpt hebben we met een ruwe benadering berekend op circa -13%. Dit verschil bestaat uit:

- verschillen in tariefopbouw van zorg met verblijf en vpt (met name de nhc component), die leiden tot circa 20% verlaging als een cliënt verschuift van verblijf naar vpt, en
- verschillen in kosten die via de Zvw verlopen, die leiden tot een verhoging van circa 7% als een cliënt verschuift van verblijf naar vpt.

Dit is in lijn met eerdere berekeningen uit de Uitvoeringtoets Integrale zorg voor Wlz cliënten uit 2019. Wel merken we hierbij op dat de kostenverschuiving naar de Zvw mogelijk een onderschatting is, omdat

die is berekend met de groep met relatief lichte zorgzwaarte die nu vpt afneemt. Als in de toekomst ook cliënten met zwaardere zorgvraag naar vpt verschuiven nemen deze Zvw-kosten waarschijnlijk toe.

De kostenverschuivingen naar andere domeinen, zoals de Wmo en de huurtoeslag, kan de NZa niet inschatten.

# **4 Stimuleren van extramurale zorg**



## 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag wat er, naast beperkingen in de aanspraak op verblijf, nodig is om langer thuis wonen mogelijk te maken. We kijken daarbij naar de mogelijkheden om via de bekostiging van extramurale zorg bij te dragen aan het langer thuis wonen.

Een uitgebreide analyse van de onderwerpen in dit hoofdstuk is opgenomen in deel 2 van dit adviesrapport.

## 4.2 Bekostiging van extramurale woonzorgconcepten

Voor de doelgroep van thuiswonende Wlz-cliënten moeten woningen geschikt zijn voor de zorgverlening en voor de kwetsbare cliënt. Het geschikt maken van woningen gaat gepaard met meerkosten.

Bij het stimuleren van langer thuis wonen en het tot stand komen van nieuwe woonzorgconcepten zonder verblijf speelt vooral de vraag: Welke kosten zijn voor het zorgdomein, en welke voor het woondomein?

In principe zou de redenering voor de hand liggen dat kosten voor het faciliteren van de zorgverlening ten laste van het zorgdomein zouden moeten komen, en kosten voor de cliënt voor het woondomein (geheel of gedeeltelijk via de huur door te berekenen aan de cliënt) of voor eigen rekening van de cliënt.

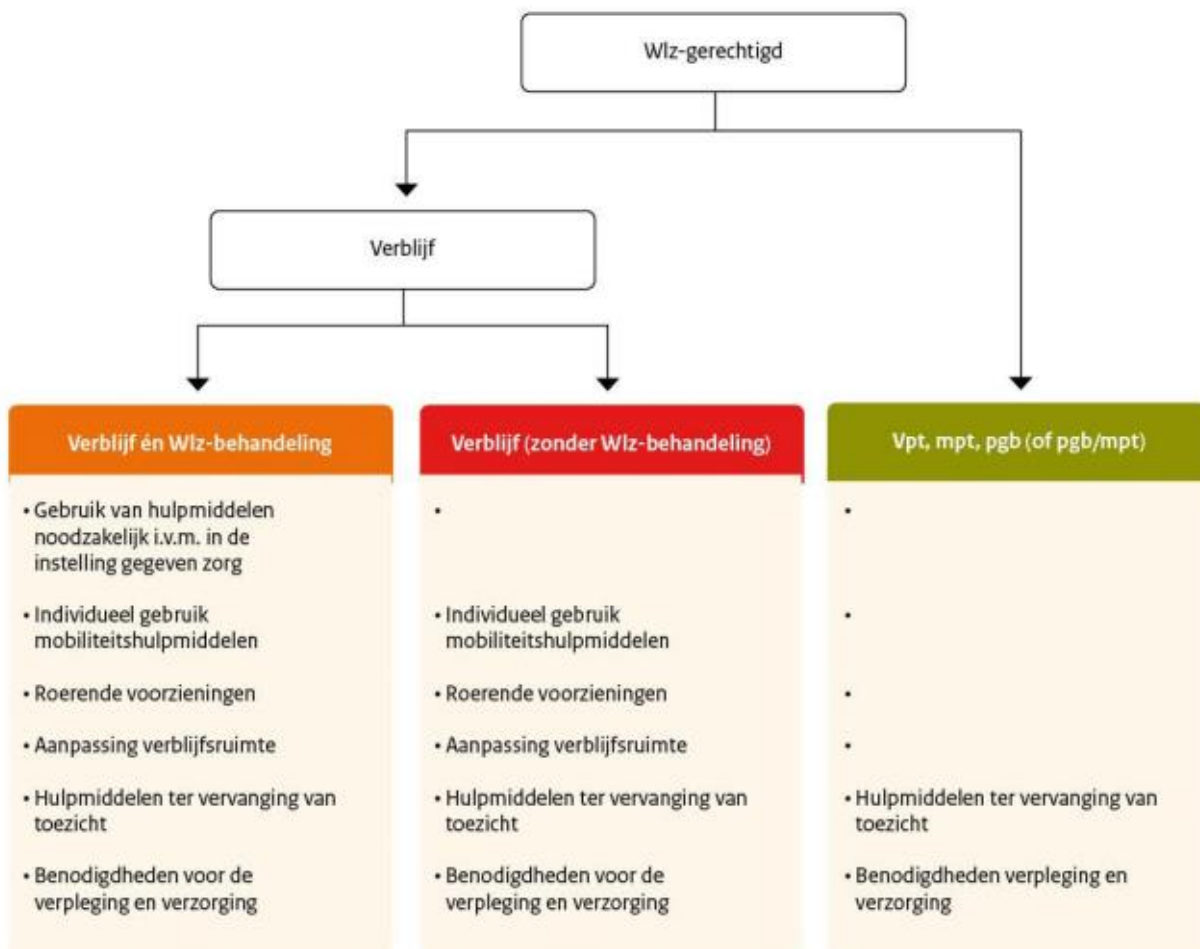
Daarbij spelen echter een aantal knelpunten:

- Het onderscheid ‘voor de zorgverlening’/‘voor de cliënt’ is in de praktijk niet eenduidig; bijvoorbeeld aangepast sanitair, of brede gangen in of rondom de woning kunnen zowel de zorgverlener als de cliënt dienen.
- Het is binnen de huidige Wlz-aanspraken niet mogelijk om de kosten voor roerende voorzieningen, die ten dienste staan van de zorgverlening, of aanpassingen aan verblijfsruimten via het vpt of mpt te vergoeden. Zie de beslisboom leveringsvormen en hulpmiddelen Wlz uit de [Handreiking Hulpmiddelen voor cliënten met een Wlz-indicatie van het Zorginstituut](#) (figuur 4).
- In het geval de aanspraken hierop aangepast zouden worden, en dit zodoende als ‘zorg’ beschouwd wordt, dan moeten aanbieders van woonruimte beschikken over een Wtza toelating om deze ‘zorg’ te mogen leveren en te declareren. De aanbieders van woonruimte zijn meestal geen zorgaanbieders; en zorgaanbieders die woonruimte aanbieden in concepten op basis van scheiden van wonen en zorg doen dit vaak in een aparte rechtspersoon die buiten de Wtza toelating valt.

Aanvankelijk was door de wetgever beoogd bij de hervorming van de langdurige zorg in 2015 de woningaanpassingen voor thuiswonende Wlz-cliënten in de Wlz op te nemen, maar omdat zorgkantoren deze taak nog niet konden uitvoeren is geregeld dat de gemeenten dergelijke woningaanpassingen op grond van de Wmo zouden verstrekken. Gemeenten zijn hier echter mogelijk terughoudend in, omdat de Wlz voorliggend is. Het zou daarom de voorkeur verdienen dat woningaanpassingen voor thuiswonende cliënten en de zorg voor deze cliënten uit hetzelfde domein gefinancierd worden. Bij versnippering over verschillende domeinen kan doelmatigheidsverlies optreden.

**Figuur 4 Beslisboom leveringsvormen en hulpmiddelen Wlz**

### Beslisboom leveringsvormen en hulpmiddelen Wlz



Het bovenstaande leidt ertoe dat NZa binnen de huidige Wlz-aanspraken voor het mpt en vpt de prestaties niet kan aanpassen met het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening en/of de cliënt, en dus ook geen vergoeding hiervoor kan opnemen in de tarieven.

In deel 2 van dit adviesrapport (hoofdstuk A) gaan we dieper in op de vraagstukken rondom de meerkosten en de vergoeding, en bekijken we de samenhang met huurwet- en regelgeving en eigen bijdragen Wlz.

### 4.3 Onderscheid in geclusterd en ongeclusterd vpt

Een eventueel onderscheid in geclusterd en ongeclusterd vpt zou mogelijk kunnen dienen om onderscheid in de vergoedingen te kunnen maken voor:

- kosten voor het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening en/of de cliënt (de kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening); en/of
  - de kosten voor de te leveren zorg (de zorgcomponent);
- als op één of beide aspecten een onderscheid kan worden gevonden gerelateerd aan de woonvorm.

De NZa kan dit onderscheid niet via de bekostiging aanbrengen. In deel 2 van dit adviesrapport (hoofdstuk B) lichten we dat toe.

Zoals uit de vorige paragraaf blijkt, is het op dit moment niet mogelijk om binnen het vpt kosten te vergoeden voor het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening of cliënt. Een onderscheid in vpt-prestaties toegespitst op verschillende woonsituaties (geclusterd of ongeclusterd), waarbij verschillende typen aanpassingen te verwachten zijn, kan de NZa dan ook niet aanbrengen in de prestaties.

Als we kijken naar de vraag of er aanleiding is om voor de zorgcomponent onderscheid te maken in geclusterd en ongeclusterd vpt, dan moeten we bekijken of de zorg verschilt per woonvorm. In onze vpt verkenning zagen we grote verschillen in zorginhoud, zorgorganisatie en woonvormen bij het vpt, maar een verband tussen woonvorm en zorginhoud kon niet een-op-een worden gevonden. Het zoeken naar zo'n verband wordt bovendien bemoeilijkt doordat er geen duidelijke afbakeningen en definities bestaan van geclusterd en ongeclusterd.

## Verschilt de zorg per woonvorm?

Om goed te kunnen beoordelen of de zorg per woonvorm verschilt spelen de volgende vragen:

- 1 Is er (bij eenzelfde indicatie) verschil in inhoud van de vpt-zorg?
- 2 Hoe moeten we die verschillen duiden?
- 3 Zijn de verschillen te relateren aan de woonvorm?

We illustreren dit aan de hand van twee voorbeelden in onderstaande figuur:

**Figuur 5 Voorbeelden beoordeling inhoud geleverde zorg binnen een leveringsvorm**

<b>Voorbeeld 1</b> Stel: 'Thuis'/in de wijk worden minder uren zorg geleverd dan in geclusterde woonzorgvormen (vpt of verblijf)	<b>Voorbeeld 2</b> In geclusterde woonzorgvormen (vpt of verblijf) bedient het zorgpersoneel meerdere cliënten tegelijk
<ul style="list-style-type: none"><li>• Is de zorg doelmatiger?</li><li>• Wordt er iets gedeclareerd dat niet geleverd is (geen volledig pakket)?</li><li>• Is er sprake van lagere kwaliteit?</li><li>• Heeft de cliënt minder zorg nodig (&lt;24 uur), en is de indicatie misschien niet juist?</li><li>• Wordt de zorg deels door mantelzorg geleverd?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Is de inhoud van de zorg hierdoor anders dan 'thuis'? Is groepszorg anders dan individuele zorg?</li><li>• Leidt de nabijheid van het personeel tot meer, minder of andere zorg?</li><li>• Is de zorg doelmatiger (geen reistijd) of ondoelmatiger (geen onverdeelde aandacht van het personeel)?</li></ul>

De voorbeelden laten zien dat we de vragen 1, 2 en 3 niet goed kunnen beoordelen als niet bekend is:

- Welke zorg, en hoeveel zorg een cliënt nodig heeft
- Welke zorg, en hoeveel zorg er (binnen de prestaties) wordt geleverd
- Wat de kwaliteit van de geleverde zorg binnen een prestatie is
- Of 24 uren zorg/toezicht wordt geleverd

De voorbeelden laten bovendien zien dat mogelijke doelmatigheidsverschillen het zicht hierop kunnen vertroebelen.

Voor de NZa ontbreekt het zicht op deze aspecten. De prestaties zijn ruim omschreven omdat de aanspraken binnen het vpt ruim omschreven zijn, en bovendien niet gespecificeerd per zorgvraag of zorgprofiel. Het aantal geleverde uren zorg hoeft ook niet apart verantwoord te worden.

Zorgkantoren hebben hier mogelijk meer zicht op, maar waarschijnlijk niet op het niveau van individuele cliënten. Desondanks zien we weinig voorbeelden van prijsdifferentiatie door zorgkantoren binnen het vpt, afgestemd op verschillen in zorgbehoefte en zorglevering per woonvorm.

Wat betreft de vragen rondom de kwaliteit van zorg en het 24-uurs criterium wijzen we op de aankondiging van de IGJ om hier extra op te gaan letten bij zorgaanbieders die langdurige zorg thuis verlenen.

We zien dus dat de ruime omschrijving van het vpt met zich meebrengt dat de zorg binnen het vpt verschillend kan worden ingevuld, zowel per setting (geclusterd als ongeclusterd), als per zorgvraag.

Als het in de toekomst wenselijk wordt gevonden om verschillende vormen van zorg per woonvorm te leveren dan kan er aanleiding zijn om het vpt in de Wlz-aanspraken verschillend te omschrijven voor de geclusterde en ongeclusterde setting, eventueel verschillend per doelgroep (op basis van zorgvraag). Dit vraagt echter wel om heldere afbakeningen en definities. Hier komen we in hoofdstuk 5 op terug.

## 4.4 Doelmatigheid van zorg

Bij het beoordelen van de doelmatigheid van zorg in het vpt, mpt en zorg met verblijf spelen een aantal problemen:

- Het onderscheid in leveringsvormen is in de praktijk aan het vervagen
- We hebben geen zicht op wat er binnen de prestaties wordt geleverd (zie vorige paragraaf)
- We kunnen de uitkomsten van zorg niet meten

Er is daarnaast een verschil in doelmatige zorglevering door de zorgaanbieder en doelmatige invulling van de zorgplicht door het zorgkantoor (de optimale balans tussen kosten, volume en kwaliteit). Niet ieder doelmatigheidsvoordeel bij de zorgaanbieder wordt een-op-een doorgegeven aan de inkoopende partij.

## Prikkels in de bekostiging

Als het gaat om optimale inzet van beschikbare financiële middelen, dan wijzen we op de ongewenste prikkels die bestaan doordat modulaire en integrale bekostiging naast elkaar bestaan. Doordat de zorginhoud binnen de leveringsvormen vrijwel niet verschilt, en de cliënt in de praktijk vaak niet bewust kiest voor een leveringsvorm, vervaagt het onderscheid in leveringsvormen en verliest het aan betekenis. In de praktijk worden leveringsvormen hoofdzakelijk gebruikt als financieringsvorm.

In deel 2 van dit adviesrapport (hoofdstuk C) gaan we verder in op de voor- en nadelen van de dagprestaties (zoals bij verblijf en vpt) en uurprestaties (voor het mpt), en verschillen in doelmatigheid tussen vpt en zorg met verblijf.



## Suboptimale organisatie van zorg als gevolg van ruime aanspraken

In de Wlz geldt in grote lijnen (wettelijke uitzonderingen daargelaten) dat elke Wlz-cliënt aanspraak kan maken op vrijwel hetzelfde (ruime) pakket aan zorg, ongeacht zijn zorgprofiel, woonsituatie of sociale context. Omgekeerd geldt dat in alle settings (thuis, geclusterd of met verblijf) vrijwel alle (ruime) pakketten van zorg (moeten) kunnen worden geleverd. Dit gegeven betekent dat de organisatie van zorg ingespeeld moet zijn op alle denkbare varianten. Meer regie op welke zorg, in welke setting aan welke cliëntgroepen geboden kan worden, zou kunnen bijdragen om de inzet van schaarse capaciteiten te optimaliseren. Hier gaan we in hoofdstuk 5 verder op in.

## 4.5 Toegankelijkheid extramurale woonzorgvormen

In paragraaf 4.2 lieten we zien dat kosten die samenhangen met het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening of voor de cliënt op dit moment niet via de Wlz kunnen worden vergoed. Als dat – naast eventuele maatwerkvoorzieningen gericht op een woningaanpassing vanuit de Wmo – betekent dat deze kosten via het woondomein verlopen, dan spelen daarbij de volgende aandachtspunten:

### Huurwet- en regelgeving

Zonder de mogelijkheid van huurtoeslag kunnen mogelijk veel Wlz-cliënten de huur niet betalen (naast de eigen bijdrage voor het vpt). Woningaanbod voor de groep Wlz-cliënten die is aangewezen op huurtoeslag moet aan voorwaarden voor de huurtoeslag voldoen:

- De huur moet onder de liberalisatiegrens liggen
- Het moet gaan om een zelfstandige woonruimte (eigen keuken, toilet en toegangsdeur), of een groepswooning voor ouderen moet zijn aangewezen voor de huurtoeslag

Wanneer extra kosten aan de woning moeten worden doorberekend in de huurprijs, dreigt deze eerder boven de liberalisatiegrens uit te komen.

Wanneer deze kosten niet kunnen worden doorberekend in de huurprijs, dan leidt dit tot een onrendabele top (een investering die niet via de exploitatie kan worden terugverdiend) voor de aanbieder van de woning. Dat vormt een belemmering om deze woningen te ontwikkelen en aan te bieden. Dit speelt vooral in de corporatiesector, die verplicht is om – het grootste deel van – de woningen via ‘passend toewijzen’ aan te bieden aan de doelgroep voor het sociale huursegment (lage inkomensgroepen), met huurprijzen onder de liberalisatiegrens.

In beide gevallen leidt dit tot verminderde toegankelijkheid van geschikte woningen voor langer thuis wonen voor de lagere inkomensgroepen. Dat vormt een risico voor de toegankelijkheid van zorg.

### Eigen bijdragen

Bij het vpt betaalt de cliënt zelf de woonkosten (koop of huur), en is de lage eigen bijdrage voor de Wlz van toepassing. Bij opname in het verpleeghuis zijn de woonkosten onderdeel van de aanspraak op de zorg met verblijf, en betaalt de cliënt de hoge eigen bijdrage. Het inkomen (AOW, pensioen) en vermogen van de cliënt, en de situatie van een eventuele partner zijn bepalend voor de hoogte van de eigen bijdrage.

Als we de samenhang tussen inkomens, huurtoeslagen en eigen bijdragen Wlz bekijken, dan leidt dit tot de volgende conclusie:

- Hogere inkomensgroepen zijn voordeliger uit met het vpt, in vergelijking met zorg met verblijf.
- Voor lagere inkomensgroepen is het vpt alleen aantrekkelijk als huurtoeslag kan worden aangevraagd, of als de woonlasten überhaupt al laag zijn. Is dat niet het geval, dan is de opname met verblijf financieel gunstiger.

In deel 2 van dit adviesrapport (hoofdstuk A) lichten we dit toe aan de hand van rekenvoorbeelden.

## Risico op tweedeling

Op de markt voor huurwoningen bestaat een scheiding langs inkomensgrenzen. In de Wlz is die er formeel niet, maar kan die materieel wel ontstaan. De Wlz-uitvoerder beschikt echter niet over inkomensgegevens van de Wlz-cliënten en kan en mag hier niet op differentiëren bij de zorginkoop. Ook kan dit niet worden opgelost met aanpassingen in de bekostiging ex Wmg.

In onze verkenning naar het vpt wezen we al op het risico op een tweedeling: Er kan een situatie ontstaan waarbij nieuwe wooninitiatieven alleen bereikbaar zijn voor cliënten met ruimere financiële mogelijkheden, en waarbij voor cliënten met minder financiële armslag alleen de mogelijkheid overblijft om thuis te blijven wonen als dat doelmatig en verantwoord kan, of om naar een traditioneel verpleeghuis te verhuizen.

Ten tijde van onze vpt verkenning was echter nog geen sprake van de bevrozing van de verblijfs capaciteit. Nu dat wel het geval is, is de beschikbaarheid van betaalbare woningen voor de lage inkomensgroepen des te belangrijker. Dit is een van de randvoorwaarden voor langer thuis wonen, die we in de volgende paragraaf schetsen.

## 4.6 Randvoorwaarden voor langer thuis wonen

Om ouderenzorg anders te organiseren en de doelstelling van 'langer thuis' te realiseren moet – naast een aanpassing van de Wlz-aanspraken – aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Slechts een deel van deze randvoorwaarden valt momenteel onder het zorgdomein (Zvw/Wlz).

**Tabel 2 Randvoorwaarden voor langer thuis wonen**

Randvoorwaarde	Zvw	Wlz	Wmo	Overig
Voldoende capaciteit eerste lijn, wijkverpleging en huishoudelijke hulp	x		x	
Organisatiegraad en afstemming eerste lijn (inclusief Specialist Ouderengeneeskunde)	x			
Voldoende capaciteit verblijf (langdurig en tijdelijk / elv; langdurig verblijf als 'last resort')	x	x		
Voldoende voor de zorg en voor de cliënt geschikte (en betaalbare) huisvesting				x
Voldoende mantelzorg en mantelzorgondersteuning (waaronder respijtzorg Wmo)			x	x
De woonomgeving moet ingericht zijn op ouderen: bereikbaarheid post, openbaar vervoer, afval ophalen, begaanbare stoepen/wandelpaden				x
Algemene diensten (bank, winkel, overheid) moeten laagdrempelig en toegankelijk zijn, ook voor mensen die niet (meer) digitaal vaardig zijn				x

In onderzoek van het Planbureau voor de Leefomgeving wordt bovendien aandacht gevraagd voor het feit dat basale voorzieningen in landelijke gebieden zoals de supermarkt, huisarts, apotheek en openbaarvervoerhaltes vaak niet op loopafstand zijn voor ouderen met een afnemende actieradius. Daarbij is het (mantel)zorgvangnet in deze gebieden bovendien vaak klein.

Ook de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen noemde vergelijkbare condities.

## **Uitdagingen om aan randvoorwaarden te voldoen**

Ten aanzien van vrijwel alle randvoorwaarden zijn er grote uitdagingen om deze te realiseren. Specifiek voor het zorgdomein speelt vooral de schaarste in zorgpersoneel en in woonvormen die voor de zorg en de kwetsbare cliënt geschikt moeten zijn:

- De arbeidsmarktprognose wijst op een tekort van in totaal circa 137.000-155.000 arbeidskrachten in alle sectoren in de zorg in 2032.
- In de Regiomonitor 2022 verpleegzorg concludeert ZN dat de huidige uitbreidingsplannen op dit moment onvoldoende zijn om de komende jaren alle ouderen die recht hebben op Wlz-zorg van zorg te kunnen voorzien: *“De uitbreidingsplannen (18.920) van de gezamenlijke Wlz-zorgaanbieders voor geclusterde (intramuraal en geclusterd VPT) en niet-geclusterde verpleegzorg zijn niet voldoende om aan de oude landelijke uitbreidingsopgave (50.000 verpleegzorgplekken) van 2027 (TNO, 2019) te voldoen. Ook als je kijkt naar de actuele opgave in het Programma Wonen en Zorg voor Ouderen, 40.000 verpleegzorgplekken, is het aantal capaciteitsplannen niet voldoende. De landelijke monitor laat zien dat het aantal plannen in absolute zin sterk gedaald is ten opzichte van het aantal opgegeven plannen in 2021.”*

In het volgende hoofdstuk vormen precies deze aspecten, de schaarse capaciteiten (personeel en geschikte woonvormen), de aanleiding om meer sturing te zetten op de optimale inzet van deze capaciteiten.

# **5 Advies: Herstructureren van aanspraken en leveringsvormen**



## 5.1 Inleiding

In de vorige twee hoofdstukken lieten we zien dat de NZa binnen het bestaande wettelijk kader geen mogelijkheden heeft om via de bekostiging of toezicht bij te dragen aan het bevriezen van de verblijfs capaciteit of aan het sturen op extramurale zorg binnen de Wlz. Daarvoor is een aanpassing van de aanspraken in de wetgeving nodig.

In dit hoofdstuk presenteren we een aantal denklijnen om te komen tot die aanpassing van aanspraken. Wij richten ons met name op de aanspraken, omdat die leidend zijn voor de bekostiging.

### **WOZO-beleidsdoelen voor het scheiden van wonen en zorg moeten scherper worden geformuleerd**

Allereerst is het daarbij van belang dat de minister de beleidsdoelen voor het scheiden van wonen en zorg binnen WOZO scherper formuleert. De doelen die de minister nu (impliciet en expliciet) lijkt na te streven zijn niet allemaal met elkaar te verenigen en te combineren met de randvoorwaarden. In diverse beleidsbrieven, zoals het WOZO-programma, de definitieve kaderbrief Wlz 2023, de nadere uitwerking van het programma WOZO, en in antwoorden op Kamervragen noemt de minister verschillende doelen van het beleid rondom het scheiden van wonen en zorg:

Scheiden van wonen en zorg moet bijdragen aan:

- Het stimuleren van langer thuis wonen;
- Het stimuleren van innovatieve woonvormen / tussenvormen tussen thuis en het verpleeghuis;
- Het oud kunnen worden in de eigen omgeving;
- De mogelijkheid voor iedereen, ongeacht inkomen, om betaalbaar langer thuis te blijven wonen met zorg;
- Een besparing op de personele inzet;
- Meer eigen regie van cliënten.

Dit moet bereikt worden met:

- Behoud van de leveringsvormen vpt, mpt en het pgb;
- Behoud van de leveringsvorm verblijf, in combinatie met het bevriezen van het huidig aantal plekken;
- Behoud van de toegangscriteria tot de Wlz;
- Sturing door zorgkantoren op extramurale leveringsvormen bij de inkoop;
- Een stapsgewijze verlaging van het beschikbare macrobudget met € 43 miljoen per jaar.

De NZa wijst bij elk van bovenstaande doelen en randvoorwaarden van de minister op de volgende aandachtspunten:

### **De Wlz moet worden aangepast om de WOZO-beweging te ondersteunen**

Het huidige samenstel van aanspraken, leveringsvormen, en toegangscriteria tot de Wlz is onvoldoende ondersteunend aan de verschillende WOZO-beleidsdoelen voor scheiden van wonen en zorg, en maakt het niet goed mogelijk voor decentrale partijen om uitvoering te geven aan het door de minister gewenste beleid. Ook voor de NZa is het daardoor op dit moment niet goed mogelijk om via regulering (bekostiging) of toezicht bij te dragen aan de WOZO-doelen voor het scheiden van wonen en zorg. Wij adviseren om scherper te kiezen waarop gestuurd moet worden, en de Wlz daarop aan te passen, door te differentiëren in aanspraken en criteria voor de toegang tot (onderdelen van) de Wlz. De wet moet faciliteren dat de organisatie van de zorg zodanig ingericht wordt dat de doelen bereikt kunnen worden.

En daarmee wordt het voor het woondomein duidelijker welke woonvormen voor welke doelgroepen ontwikkeld moeten worden.

### Sturingsmogelijkheden in de Wlz ontbreken doordat keuzevrijheid voorop staat

#### Keuzevrijheid van de cliënt

Op dit moment ontbreekt het in de Wlz aan voldoende sturingsmogelijkheden, zowel voor de overheid als voor de zorgkantoren. Dat wordt veroorzaakt doordat de huidige Wlz erop is ingericht de cliënt zoveel mogelijk in zijn keuzevrijheid tegemoet te komen. De zorg waarop cliënten die voor de Wlz geïndiceerd zijn aanspraak kunnen maken, is zeer ruim geformuleerd. Dat geldt - in grote lijnen - voor alle Wlz-clieënten, zonder onderscheid naar de zorgbehoefte van de cliënt.

In de praktijk kan dit ertoe leiden dat cliënten met de lichtste zorgbehoefte kunnen kiezen voor hetzelfde zorgpakket, en dezelfde woonzorgsetting, als de cliënten met de zwaarste zorgvraag. Deze brede keuzemogelijkheden maken dat de organisatie van de zorg ingespeeld moet zijn op alle mogelijke keuzes, voor alle cliënten (met lichte en zware zorgvraag), in alle denkbare woonsituaties: thuis, intramuraal en in geclusterde woonzorgvormen. Ook betekent het dat zorgkantoren, vanuit hun zorgplicht, voldoende zorg moeten inkopen, passend bij de vele keuzemogelijkheden die cliënt heeft. Om dit te ondersteunen zijn vele gefragmenteerde, en over domeinen of leveringsvormen versnipperde regelingen ingevoerd (op het gebied van hulpmiddelen, roerende voorzieningen, woningaanpassingen, en extra kosten thuis).

#### Keuzevrijheid voor andere betrokken partijen leidt daarnaast tot een divers, maar willekeurig aanbod

Naast de keuzemogelijkheden voor de cliënt spelen ook keuzes die zorgaanbieders en zorginkopers maken, waar de cliënt vrijwel geen rol in heeft. Wel wordt de cliënt bij zijn keuze voor een zorgaanbieder, geconfronteerd met de gemaakte keuze (bijvoorbeeld zorg in- of exclusief behandeling).

De volgende tabel laat de verschillende keuzemogelijkheden in de Wlz zien, en de betrokken partijen bij de keuze.

**Tabel 3 Keuzemogelijkheden in de Wlz en betrokken partijen bij de keuze**

	Client	Zorgaanbieder	Zorginkoper	Woondomein
Leveringsvorm	x	x	x	
Af te nemen zorg binnen een leveringsvorm (invulling zorgplan)	x	x		
Leveringsvorm als financieringsvorm (integraal / modulair; in- of exclusief verblijf / huurinkomsten)		x	x	
Woonvorm	x			x
Zorgaanbieder / Locatie	x	x	x	
In- of exclusief behandeling		x	x	

Deze vrijheidsgraden leiden in de praktijk tot een grote diversiteit in het (woon)zorgaanbod. In onze vpt verkenning concludeerden we al dat, mede als gevolg van niet goed op elkaar afgestemde prikkels voor

elk van de partijen, er situaties van willekeur en ongelijkheid kunnen ontstaan. Het ontbreekt dus aan centrale sturing op de inrichting van het woonzorglandschap.

### **Dat leidt tot een suboptimale inzet van schaarse capaciteit en brengt de zorgplicht in gevaar**

Dit leidt echter tot een suboptimale inzet van arbeid (schaars zorgpersoneel) en kapitaal (schaarse plekken die geschikt zijn om verpleegzorg te leveren). Vanwege de schaarste in zorgpersoneel en in woonvormen die voor de zorg en de kwetsbare cliënt geschikt moeten zijn, is deze ruime keuzevrijheid niet langer houdbaar. Het risico bestaat dat, wanneer de Wlz-aanspraken niet op korte termijn worden aangepast, zorgkantoren hun zorgplicht niet meer kunnen naleven, en de NZa hier niet meer op kan handhaven. Dit is zeer onwenselijk. De zorgplicht is een van de belangrijkste pijlers in het stelsel, om de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. De bestaande wachtlijsten laten zien hoe urgent het probleem nu al dreigt te worden, en de prognoses van een groeiende zorgvraag en toenemende arbeidstekorten wijzen op een verdere verslechtering.

Verderop lichten we toe dat een aanpassing van de aanspraken op onderdelen zowel kan zien op beperkingen als uitbreidingen van de aanspraken, zodanig dat een optimum wordt bereikt in de inzet van schaarse capaciteiten, passend bij de beleidsdoelen die de minister nastreeft.

### **Meer sturing vanuit de overheid is nodig om passende zorg mogelijk te maken**

Vanuit de overheid is dus meer gerichte sturing via de aanspraken, op passende zorg in de Wlz nodig om de zorg organiseerbaar te houden. Daarmee bedoelen we sturing op welke zorg, aan welke doelgroep en in welke setting de zorg wel of juist niet geleverd wordt: de juiste zorg op de juiste plek, aansluitend bij de behoefte van de cliënt (niet te veel en niet te weinig zorg).

Dit maakt het noodzakelijk dat het aantal keuzemogelijkheden, voor cliënten, maar ook voor andere betrokken partijen, teruggebracht moet worden, om de zorg met doelmatige inzet van schaarse capaciteiten toegankelijk, betaalbaar en organiseerbaar te houden.

Het bereiken van alle WOZO-doelen voor scheiden van wonen en zorg, met behoud van alle bestaande keuzemogelijkheden zou alleen mogelijk zijn bij overcapaciteit in personeel en geschikte woonvormen. Dat is niet realistisch.

### **Sturing draagt bij aan het gericht inzetten van transitie-middelen**

De minister heeft € 200 miljoen beschikbaar gesteld (€ 40 miljoen per jaar in de periode 2022-2026) ten behoeve van de zogenoemde regiobudgetten scheiden wonen en zorg. Met zorgkantoren heeft zij afspraken gemaakt over de inzet van de middelen en de verantwoording daarover:

“

- 1 *Ondersteuning bij de concretisering van de monitor “capaciteitsplannen verpleegzorg” naar passende realisatie per subregio.*
- 2 *Ondersteuning van pilots met betrekking tot (concepten rond) community care (zoals VPT in de wijk) en samenwerking Wlz-zorg in de wijk en met wijkverpleging.*
- 3 *Ondersteuning en versterking sociale infrastructuur (integrale oplossingen in de wijk).*
- 4 *Versterking digitale infrastructuur met het oog op de bereikbaarheid en beschikbaarheid van 24-uurs zorg, wanneer zorg in toenemende mate zonder verblijf wordt georganiseerd.*

*Onderdelen 1 en 2 zorgen ervoor dat een geclusterde setting of VPT in de wijk sneller wordt gerealiseerd zodat daar ook Wlz-zorg zonder verblijf kan worden geleverd. Ook dragen deze bij aan het voorkomen dat er in 2023 méér zorg met verblijf wordt geleverd dan in 2022. Onderdelen 3 en 4 dragen eraan bij dat ook op een verantwoorde wijze zorg zonder verblijf kan worden geleverd. Het is aan zorgkantoren om hier nader invulling aan te geven en via hun inkoopbeleid zorgaanbieders te informeren over de voorwaarden zolang de samenhang met scheiden van wonen en zorg is geborgd”.*

Net zoals we in hoofdstuk 3 zagen bij het bevriezen van de verblijfs capaciteit, geldt ook voor de investeringen in nieuwe woonzorgconcepten dat er meer duidelijkheid nodig is over welke cliëntengroepen in de toekomst hun zorg buiten het verpleeghuis zullen ontvangen. Meer sturing, en minder vrijheidsgraden bij de inzet van transitie middelen, draagt bij aan een doelmatige inzet van deze middelen. Zolang die sturing uitblijft, kan (opnieuw) willekeur ontstaan bij het ontwikkelen van nieuwe woonzorgconcepten, en het maken van samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders, zorgkantoren en partijen in het woondomein (gemeenten, woningcorporaties, beleggers en projectontwikkelaars). Dit is in de huidige situatie deze partijen overigens niet aan te rekenen. Zij zoeken binnen de ruimte die zij hebben, op basis van hun eigen afwegingen en verantwoordelijkheden, naar de best mogelijke besteding van deze middelen, afgaand op de informatie over het toekomstig beleid die zij op dit moment hebben.

Ook omwille van de juiste inzet van de transitie middelen vindt de NZa het dus van belang dat snel duidelijk wordt welke doelen de minister nastreeft, en meer sturing daarop mogelijk wordt gemaakt, zodat voorkomen wordt dat achteraf blijkt dat de middelen verkeerd zijn besteed.

## 5.2 Advies

Het advies dat we in deze paragraaf presenteren is primair gericht op de verpleging en verzorging, en laat de behandelcomponent nog buiten beschouwing.

### **Aanpassing aanspraken: pakketten passend bij de zorg waar de cliënt redelijkerwijs op aangewezen is**

Wij adviseren om een verkenning uit te voeren naar de mogelijkheid om de aanspraken af te bakenen tot verschillende zorgpakketten voor verschillende cliëntengroepen, passend bij de zorg waarop de cliëntengroep redelijkerwijs aangewezen is.

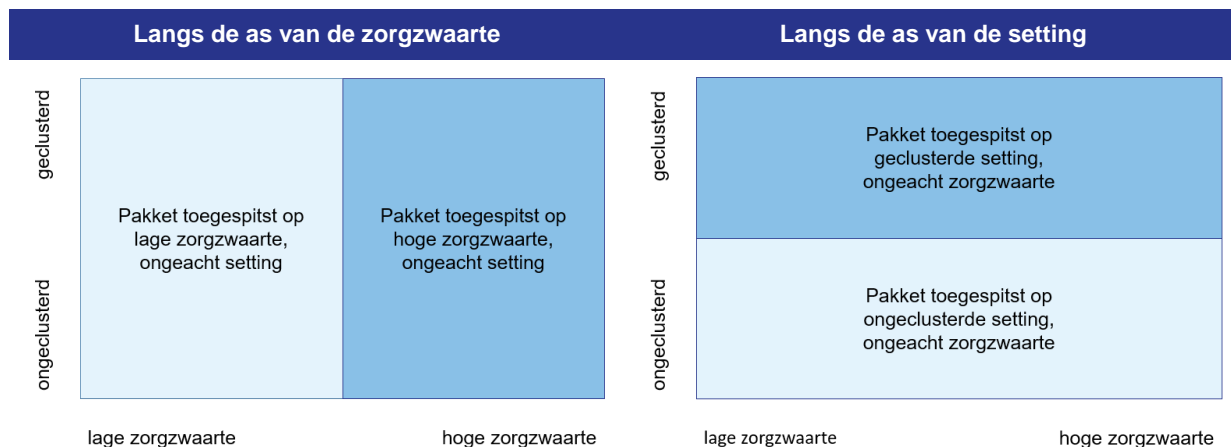
Op hoofdlijnen zou dat langs twee assen kunnen:

- de as van de zorgzwaarte
- de as van de setting (ongeclusterde of geclusterde zorg)

In de volgende figuren wordt dit schematisch weergegeven. (In de figuren wordt overigens geen rekening gehouden met de omvang van de segmenten. Ook is binnen een segment verdere differentiatie mogelijk langs de assen.)



**Figuur 6 Schematische weergave indeling zorgpakketten langs twee assen**



Naar verwachting leidt een combinatie van deze twee assen tot de optimale inzet van schaarse capaciteiten (personeel en voor de zorg en kwetsbare cliënt geschikte woonvormen). Deze variant biedt de sterkste mogelijkheid tot sturing, zowel op welke zorg de cliënt afhankelijk van zijn zorgbehoefte krijgt, als op waar die zorg geleverd wordt. Die sturing vindt in belangrijke mate via de aanspraken plaats, de sturing door zorgkantoren via de inkoop is daarop afgestemd.

**Figuur 7 Schematische weergave indeling zorgpakketten langs twee assen gecombineerd**



In deze variant wordt het best aangesloten bij de uitgangspunten van passende zorg:

- de juiste zorg op de juiste plek,
- zorg afgestemd op de behoefte van de cliënt (niet te veel, niet te weinig)
- organiseerbare zorg

We sluiten hiermee aan bij ons eerdere advies uit onze ypt verkenning, om het continuüm van zorg in de thuissituatie tot in de intramurale setting, dat de cliënt doorloopt bij een steeds zwaarder wordende zorgvraag, te herstellen.

## Het leggen van grenzen is aan de politiek

Waar precies de grens tussen lage en hoge zorgzwaarte moet komen te liggen is een politieke keuze. Aansluiten bij de bestaande zorgprofielen is een mogelijkheid, maar er kan ook gedacht worden aan een verdere differentiatie binnen de zorgprofielen, en/of een vorm van indicatiestelling waarbij niet alleen naar de zorgbehoefte van de cliënt wordt gekeken, maar ook naar zijn sociale context (beschikbaarheid van mantelzorg) en/of de huisvestingssituatie.

Hetzelfde geldt voor de grens tussen geclusterde en ongeclusterde zorg. Ook die grens moet door de politiek worden bepaald. Het leggen van die grens dwingt ook tot een heldere keuze ten aanzien van de positionering van geclusterde zorg zonder verblijf: wordt dit gezien als zorg thuis (zoals de wijkverpleging in de Zvw), of als zorg vergelijkbaar met intramurale zorg waarbij de cliënt zelf de woonkosten betaalt? Daarmee ontstaat een betere afbakening tussen de begrippen 'thuis' en 'in het verpleeghuis'.

### Overheveling naar de Zvw

In onze eerdere vpt verkenning gaven we al aan dat het logischer is om de zorg thuis over te hevelen naar de Zvw.

Redenen om de zorg over te hevelen naar de Zvw zijn onder andere:

- Er is bij Wlz-zorg thuis vaak geen inhoudelijk verschil met de zorg die in de Zvw via de wijkverpleging en/of de ondersteuning die via de Wmo wordt geleverd. Bovendien blijken in de Wlz vaak onderdelen uit de leveringsvormen niet te worden geleverd.
- In de praktijk blijkt het in de thuissituatie moeilijk om 24-uurs zorg of toezicht in de nabijheid te realiseren, en
- Idealiter zouden de woningaanpassingen voor thuiswonende Wlz-cliënten uit de Wmo naar de Wlz overgeheveld moeten worden om langer thuis wonen binnen de Wlz mogelijk te maken. Als Wlz-uitvoerders deze taak niet blijken te kunnen of willen uitvoeren, dan komt langer thuis wonen waarschijnlijk beter tot stand door de toegang tot de Wlz te beperken en de zorg thuis uit de Wlz te halen.

Zorgkantoren hebben aangegeven geen voorstander te zijn van het vergoeden van woningaanpassingen uit het zorgdomein. De NZa stelt zich echter op het standpunt dat overheveling van de (vergoeding van) woningaanpassingen<sup>3</sup> naar de Wlz een belangrijke manier is om via financiële sturing door zorgkantoren te bewerkstelligen dat extramurale zorg binnen de Wlz wordt gestimuleerd, en daarmee duurdere zorg wordt voorkomen. Een dergelijke overheveling is één van de voorwaarden om de bekostiging van de Wlz-zorg aan te passen voor het geschikt maken van de woning. Zonder de mogelijkheid tot vergoeden van (aanpassingen aan) de woonvorm door zorgkantoren blijven zij afhankelijk van het woondomein, en is 'sturen' beperkt tot het maken van samenwerkingsafspraken met partijen uit het woondomein. Samenwerkingsafspraken komen echter moeilijk tot stand als financiële prikkels niet gelijk gericht zijn.

Zonder overheveling van de (vergoeding van) woningaanpassingen naar de Wlz kan langer thuis wonen beter worden bereikt via sturing door de overheid, door de toegang tot de Wlz te beperken, en de zorg thuis buiten de Wlz te plaatsen. Daarmee wordt de toegangsdrempel tot de Wlz verhoogd en kunnen cliënten alleen een Wlz-indicatie voor intramurale zorg krijgen. Gemeenten kunnen dan minder

<sup>3</sup> Daarbij zou het ook kunnen gaan om de vergoeding van de onrendabele top in een 'zorgwoning', en dus niet alleen om aanpassingen 'thuis in de wijk'.

terughoudend zijn dan nu in het verstrekken van maatwerkvoorzieningen. Echter, zolang de woningaanpassingen in de Wmo blijven, kan ook de zorgverzekeraar in de Zvw hier niet op sturen. Bij een overheveling van de zorg thuis naar de Zvw zou dan ook gekeken moeten worden naar het integreren van de woningaanpassingen in de Zvw.

Zorgkantoren geven aan met het vpt in de wijk juist een ontwikkeling aan zorgaanbod in de Wlz te zien, dat in de Zvw/Wmo vooralsnog niet of nauwelijks van de grond komt. Ook vinden zij dat een uitgebreidere analyse nodig is om conclusies te trekken over de positionering van zorg thuis.

In dit verband vermelden we ook dat de NZa naar aanleiding van de verkenning van de in- en doorstroom van ouderen in de langdurige zorg (november 2022) vervolgonderzoek doet, waarbij de focus ligt op het grensgebied tussen de Zvw en de Wlz. We willen meer zicht krijgen op de overgangsfase tussen Zvw en Wlz in: we willen onderzoeken om welke cliëntgroepen en zorgvragen het gaat, en welke factoren maken dat het voor een cliënt thuis niet meer gaat met wat mogelijk is vanuit Zvw/Wmo.

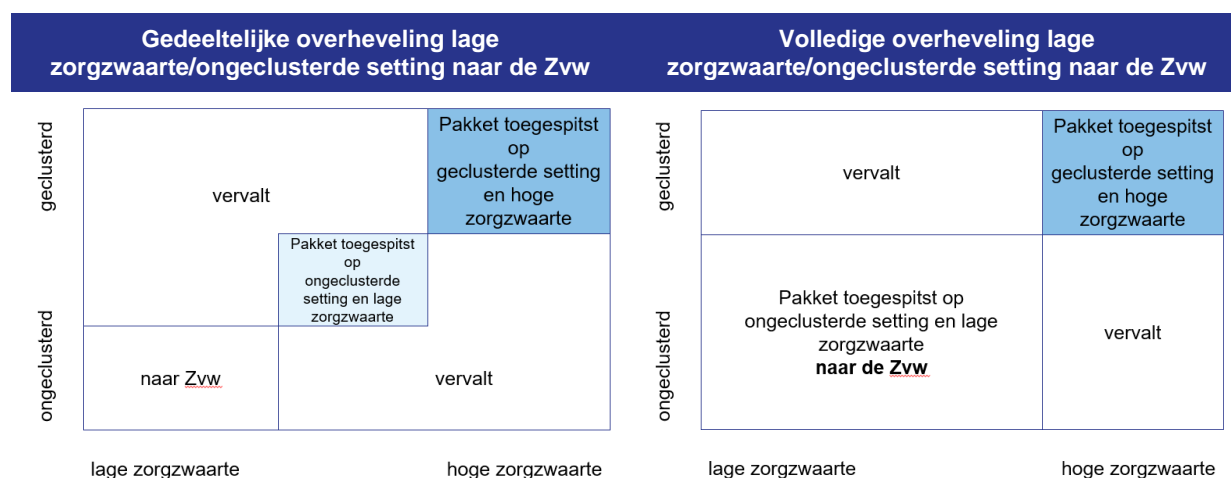
Het (geheel of gedeeltelijk) buiten de Wlz plaatsen van de zorg in het kwadrant met de lage zorgzwaarte en ongeclusterde setting betekent feitelijk dat de domeingrenzen worden verlegd. In het uiterste geval wordt alle zorg thuis (ongeclusterd, en van relatief lichte zorgzwaarte) overgeheveld naar de Zvw. Daarmee resteert in de Wlz alleen de intramurale zorg met verblijf (en eventueel de geclusterde zorg zonder verblijf, afhankelijk van hoe deze gepositioneerd wordt).

Hiermee wordt aangesloten bij het advies dat de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen in 2020 uitbracht.

Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving adviseerde onlangs in het rapport 'Met de stroom mee' om de ouderenzorg in de toekomst te organiseren vanuit twee wetten (de Wmo en de Zvw). Dit advies houdt in dat ook de intramurale ouderenzorg buiten de Wlz wordt geplaatst.

En recent werd in het Interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) Ouderenzorg 'Niets doen is geen optie' de aanbeveling gedaan om onderzoek te doen naar het onder één wet brengen van de ouderenzorg met een risicodragende uitvoerder.

**Figuur 8 Schematische weergave indeling zorgpakketten langs twee assen gecombineerd**



Vooralsnog lijkt de minister echter niet zo ver te willen gaan: zij geeft in de Resultaten per actielijn bij de Kamerbrief nadere uitwerking programma WOZO aan de toegangscriteria tot de Wlz niet te willen aanscherpen. Een overheveling van zorg naar de Zvw is op dit moment dan ook nog niet aan de orde. De NZa noemt deze optie wel expliciet in dit advies, omdat deze als richtinggevend voor de langere termijn beschouwd kan worden bij de keuzes op de kortere termijn.

### **Grenzen koppelen aan beleidsdoelen**

Het ligt voor de hand de grenzen te koppelen aan de beleidsdoelen. Bijvoorbeeld:

- Als langer thuis wonen beoogd wordt, lijkt het logisch de toegang tot zorg met verblijf, en eventueel de geclusterde zorg zonder verblijf indien dit wordt gepositioneerd als intramurale zorg, zoveel mogelijk te beperken;
- Indien de minister vasthoudt aan het bevriezen van de bestaande verblijfs capaciteit (bijvoorbeeld vanuit macro budgettaire overwegingen), kan ervoor worden gekozen om het kantelpunt tussen de kwadranten zo af te stellen dat alleen doelgroepen waarvan de omvang niet groter is dan de beschikbare capaciteit voor de hoge zorgzwaarte in geclusterde setting (met verblijf) in aanmerking komen;
- Als een besparing op personele inzet voorop staat, ligt sturen op geclusterde zorg (en ontmoedigen van ongeclusterde zorg) wellicht meer voor de hand (als de aanname zou worden gevolgd dat personeel in de geclusterde setting doelmatiger kan worden ingezet dan in de thuissituatie).

Het leggen van de grenzen door de politiek, op basis van doelen waarop gestuurd moet worden, betekent dus ook dat via de aanspraken invulling wordt gegeven aan het WOZO-uitgangspunt 'als het kan', en begrippen als 'zelf', 'thuis', en 'langer thuis'.

Daarmee wordt het vervolgens voor de NZa mogelijk om de regulering (bekostiging) hierop te baseren, en toezicht (op de naleving van de zorgplicht, en de rechtmatige uitvoering van de Wlz) te houden.

### **Samenstelling pakketten**

De inhoud van de pakketten wijzigt ten opzichte van de inhoud van bestaande leveringsvormen, zodanig dat het pakket past bij de zorgzwaarte en/of de setting. Er kunnen onderdelen uit het pakket gaan (zoals bijvoorbeeld de maaltijd en/of de schoonmaak van de woning bij lage zorgzwaarte en/of ongeclusterde setting), er kunnen onderdelen toegevoegd worden (bijvoorbeeld de woningaanpassingen in de ongeclusterde setting, of roerende voorzieningen met gemeenschappelijk gebruik of hergebruik in de geclusterde setting), en er kan gedifferentieerd worden naar aantallen uren zorgverlening en type zorg (groepsgewijs in geclusterde setting of individuele zorg in ongeclusterde setting).

### **Modulaire of integrale pakketten**

Voor zowel de hoge zorgzwaarte als de geclusterde setting zou het in onze ogen de voorkeur hebben om de aanspraken integraal te omschrijven: dat wil zeggen: de cliënt heeft recht op een zorgpakket, waarvan alle onderdelen en de bijbehorende coördinatie worden geleverd door, of onder verantwoordelijkheid van, één zorgaanbieder. Dit gaat voor een deel ten koste van de vrijheid van de cliënt om te kunnen kiezen voor de zorgverleners voor de verschillende onderdelen van het pakket. Dit is verdedigbaar, omdat het regisserend vermogen bij deze doelgroep beperkt is.

Onze redenering is in lijn met een vergelijkbare afweging die het Zorginstituut in 2017 al maakte in het advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz, toen specifiek voor de institutionele zorg (verblijf en geclusterd vpt), en binnen de kaders van die adviesopdracht.

Ook past een integraal pakket beter bij het gemeenschappelijk gebruik en hergebruik van roerende voorzieningen in een geclusterde setting.

Voor de lage zorgzwaarte en ongeclusterde setting ligt de keuze om de aanspraken ofwel als integrale pakketten ofwel als modulaire pakketten te omschrijven niet zo eenduidig. Als hier wordt uitgegaan van een grotere mate van zelfredzaamheid en regisserend vermogen (al dan niet ondersteund via de mantelzorger), dan valt voor beide opties iets te zeggen (net zoals in de huidige situatie het vpt en het mpt geschikt kunnen zijn voor de thuissituatie). De keuze om de aanspraken modulair of integraal te omschrijven kan gemaakt worden op basis van de doelen waar de minister op wil sturen.

We adviseren om één optie te kiezen, en niet zowel een modulaire als integrale variant naast elkaar te laten bestaan. We willen immers het aantal keuzemogelijkheden (niet alleen voor de cliënt, maar ook voor zorgaanbieders en zorginkopers) beperkt houden, om strategisch gedrag, willekeur en suboptimale organisatie van de zorg te voorkomen.

### **Vertaalslag naar de bekostiging**

Nadat aanspraken aangepast zijn in lijn met bovenstaand advies, kan de NZa de vertaalslag maken naar de bekostiging.

Pakketten voor verschillende cliëntgroepen, passend bij de zorg waar die groep redelijkerwijs op is aangewezen, zijn naar verwachting homogener van samenstelling dan de huidige prestaties op basis van bestaande leveringsvormen. We zien immers dat bij de bestaande leveringsvormen niet altijd alle onderdelen van het pakket worden geleverd, en dat het aantal geleverde uren zorg bij dezelfde prestatie sterk kan variëren bij verschillende cliënten.

Een homogener samenstelling bevordert een adequate tariefstelling door de NZa, en voorkomt dat er betaald wordt voor onderdelen binnen een leveringsvorm die niet geleverd worden.

De keuze voor modulaire of integrale bekostiging zal mede afhangen van de keuze voor modulaire of integrale aanspraken.

In deel 2 van dit adviesrapport (hoofdstuk C), gaan we, naar aanleiding van de adviesvraag van VWS, in op de voor- en nadelen van de integrale en modulaire bekostiging bij het huidige mpt en vpt. Vergelijkbare voor- en nadelen zullen ook gelden voor de bekostiging van de nieuwe pakketten.

In het adviesverzoek vraagt VWS aan de NZa om een tijdpad te schetsen voor aanpassingen aan de bekostiging. Dit tijdpad kan de NZa pas inschatten als duidelijk is welke politieke keuzes worden gemaakt, en hoe de aanspraken wijzigen.

### **Aansluiting bij advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten**

In de volgende tabel laten we de samenloop met ons advies Positionering behandeling voor Wlz-cliënten zien. Dit advies gaat voor de bekostigingsmodellen voor behandeling ook uit van een

onderscheid langs de as van de zorgzwaarte en/of de as van de setting. De tabel gaat uit van een combinatie van de assen.

**Tabel 4 Combinatie herstructurering aanspraken bij scheiden wonen en zorg met bekostigingsmodellen behandeling**

	Ongeclusterd 'thuis'	Geclusterd zonder verblijf		Geclusterd met verblijf 'intramuraal'
		Gepositioneerd als 'thuis'	Gepositioneerd als 'intramuraal'	
	Lage zorgzwaarte		Hoge zorgzwaarte	
<b>Behandeling integraal</b>	Ligt niet voor de hand	Ligt niet voor de hand	Ligt voor de hand, bevordert coördinatie en doelmatige inzet personeel	Ligt voor de hand, bevordert coördinatie en doelmatige inzet personeel
<b>Behandeling modulair</b>	Ligt voor de hand	Ligt voor de hand	Ligt niet voor de hand	Ligt niet voor de hand
<b>Behandeling naar de Zvw</b>	Verkennen	Verkennen	Niet logisch, versnippering in aanbod en financiering	Niet logisch, versnippering in aanbod en financiering

#### **Gevolgen voor de cliënt**

Wanneer dit advies wordt opgevolgd, zal dit zowel positieve als negatieve effecten hebben voor de cliënt. Daarnaast zal er sprake zijn van onbekende effecten.

#### **Positieve effecten**

- Dit advies zet in op sturing op optimale inzet van schaarse capaciteiten (personeel en plekken), ten gunste van alle cliënten met een Wlz-indicatie en kwetsbare mensen met Zvw-zorg. Het draagt bij aan de organiseerbaarheid van de zorg en vergroot daarmee de toegankelijkheid.
- Sturing schept duidelijkheid voor de cliënt.
- Dit advies zet in op vermindering van het aantal vrijheidsgraden voor alle partijen, en dringt daarmee de willekeur in de ontwikkeling van het (woon)zorgaanbod en financieringsvormen terug. Dit is een opstap naar meer gelijkheid voor cliënten.
- Dit advies zet in op passende zorg: de juiste zorg op de juiste plek, zorg afgestemd op de behoefte van de cliënt (niet te veel, niet te weinig).

#### **Negatieve effecten**

- De keuzevrijheid voor de cliënt wordt ingeperkt.
- Dit geldt niet alleen bij instroom in de Wlz, maar ook bij
  - elke volgende fase van verzwaaring van de zorgvraag (als de as van de zorgvraag wordt gevolgd)
  - verhuizing naar een andere setting (als de as van de setting wordt gevolgd)
  - Bij een combinatie van beide assen kan dit ertoe leiden dat een cliënt bij een relatief lichte zorgvraag de zorg alleen in ongeclusterde setting (thuis) kan blijven ontvangen, en bij verzwaaring van de zorgvraag naar een andere setting zal moeten verhuizen om zorg te kunnen blijven ontvangen.

### **Onbekende effecten**

- Bij dit advies zullen waarschijnlijk ook aanpassingen in aanpalende regelgeving nodig zijn (bijvoorbeeld herijking eigen bijdragen, huurtoeslagensysteem, et cetera).

### **Afweging**

De NZa weegt de positieve effecten zwaarder dan de negatieve. Wij begrijpen dat een inperking van de keuzevrijheid gevoelig kan liggen. In de afweging om de keuzevrijheid ondergeschikt te maken aan de sturing op passende zorg, spelen daarbij twee argumenten:

- In de praktijk heeft de cliënt vaak geen keuze, of maakt hij geen bewuste keuzes. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door schaarste, maar ook door de ontstane willekeur in het ontwikkelde zorgaanbod en financieringsvormen, en doordat het onderscheid in leveringsvormen vervaagt en aan betekenis verliest.
- Het regisserend vermogen van de cliënten in de Wlz is beperkt.

Overigens blijft de mogelijkheid voor de cliënt om te kunnen kiezen voor een zorgaanbieder in principe onaangetast met dit advies. Patiëntenfederatie Nederland pleit nadrukkelijk voor het behoud van die keuzemogelijkheid. Wel kan de uitwerking van dit advies tot gevolg hebben dat aanbieders zich op ander zorgaanbod zullen gaan richten, zoals we hieronder ook toelichten.

### **Gevolgen voor zorginkopers en zorgaanbieders**

Dit advies raakt ook zorginkopers en zorgaanbieders.

### **Vereenvoudiging**

Dit advies zet in op een vereenvoudiging in de structuur van de Wlz-aanspraken. Dat kan bijdragen aan een vermindering van regeldruk, verantwoordingslasten en financieringsstromen. We zetten met dit advies in op veranderingen die situaties van willekeur en ongelijkheid voor cliënten moeten voorkomen. Dat voorkomt dat zorgaanbieders en zorginkopers onuitlegbare situaties tegenover hun cliënten moeten verdedigen.

### **Strakkere sturing door de overheid vermindert de bewegingsruimte voor veldpartijen**

Door strakkere sturing door de overheid, via de aanspraken, wordt de bewegingsruimte bij de zorginkoop ingeperkt ten opzichte van de huidige situatie: per cliëntgroep kan er in de voorkeursoptie slechts één pakket, toegespitst op de zorgzwaarte en setting, worden ingekocht. De mogelijkheid om te kiezen voor verschillende leveringsvormen vervalft. Voor de thuissituatie wordt de aanspraak ofwel modulair ofwel integraal omschreven. De pakketten zullen zodanig omschreven worden, dat ze beter passen bij de zorg waarop een cliënt redelijkerwijs is aangewezen. Dat voorkomt dat betaald wordt voor onderdelen van een pakket die niet worden geleverd, zoals nu het geval is, maar neemt daardoor ook enige flexibiliteit en substitutiemogelijkheden voor de zorgaanbieder weg.

### **Andere marktverhoudingen**

Dit kan tot gevolg hebben dat zorgaanbieders zich gaan richten op een andere mix in hun zorgaanbod, en dat de concurrentiedruk tussen zorgaanbieders verandert. Ook kan het striktere onderscheid tussen de zorg die extramuraal aan lichte cliëntgroepen wordt geleverd, en die intramuraal aan zwaardere cliëntgroepen wordt geleverd, tot andere arbeidsmarktvragestukken leiden.

De precieze gevolgen zijn op dit moment lastig in te schatten. Daarvoor is verdere uitwerking van dit advies nodig.

## Nadere uitwerking nodig

We realiseren ons dat dit advies een hoog abstractieniveau heeft en om verdere concretisering vraagt. De NZa, en de decentrale partijen die de het beleid van de minister moeten uitvoeren (zorgaanbieders, zorgkantoren, partijen in het woondomein) kunnen die concretisering binnen de huidige wet- en regelgeving niet maken. Daarmee zouden rechtmatigheidsproblemen ontstaan.

Wij vinden het van belang dat VWS op korte termijn besluit of en hoe dit traject van herstructurering wordt opgepakt. De NZa is graag bereid om, in gezamenlijkheid met alle partijen, mee te denken over de verdere uitwerking van dit advies.

Bij een opvolging van dit advies zullen veel verschillende deelvraagstukken nader uitgewerkt moeten worden. Gedegen onderzoek naar in ieder geval de volgende onderwerpen is daarbij randvoorwaardelijk:

- Onderzoek naar de precieze zorg waar Wlz-cliënten redelijkerwijs op zijn aangewezen (per zorgwaarte, setting, en eventueel sociale context)
- Herijking eigen bijdragen
- Optimale schaalgrootte geclusterde setting
- Wijziging van de indicatiestelling
- Veranderende rollen en verantwoordelijkheden van veldpartijen
- Domeinovergangen en overbruggingssituaties
- De mogelijkheid om te kiezen voor een pgb
- Doorontwikkeling van de bekostiging – afstappen van cliëntgebonden financiering in de geclusterde setting
- Flankerend beleid, financieringsverschuivingen

Daarnaast zal ook aanpassing van regelgeving op gebied van huurtoeslagen et cetera nodig zijn om de zorg toegankelijk te houden.

## Dit advies krijgt brede steun van betrokken partijen

De NZa heeft de volgende betrokken partijen in de gelegenheid gesteld om een schriftelijke reactie te geven op een conceptversie van dit advies: ActiZ, ZN, Zorgthuisnl, Verenso, Patientenfederatie Nederland, en ANBO. Alle partijen, met uitzondering van ANBO, hebben hiervan gebruik gemaakt. De NZa heeft de reacties afgewogen en indien van toepassing verwerkt in dit advies.

Alle partijen steunen de hoofdlijnen van dit advies. Zij delen de oproep aan de politiek om scherpere, duidelijkere keuzes te maken in de doelen die met het beleid van scheiden van wonen en zorg worden behaald moeten worden. Zij sluiten zich aan bij de analyse van de NZa die leidt tot de conclusie dat aanpassing van de aanspraken nodig is als wordt vastgehouden aan het besluit om de verblijfs capaciteit te bevriezen, en om extramuraal zorg te stimuleren. En zij kunnen zich vinden in de denklijnen voor een herstructurering van aanspraken en leveringsvormen. Partijen benadrukken de noodzaak om de complexiteit in het systeem terug te dringen.

Partijen waarschuwen dat vertraging in de besluitvorming over dit advies, en het uitblijven van duidelijkheid over het toekomstperspectief, het risico op een afwachtende houding van het veld met zich meebrengt. De NZa ziet dat de bereidheid om met het WOZO-programma aan de slag te gaan groot is. Om het draagvlak voor de WOZO-beweging, waarmee partijen voortvarend aan de slag willen, te



behouden, is het nodig om de aanspraken en de zorgplicht aan te laten sluiten bij de WOZO-beweging. Met dit advies hopen wij bij te dragen aan het maken van de hiervoor noodzakelijke keuzes.

In hun reacties spreken partijen verschillende voorkeuren uit om bepaalde onderdelen van de bestaande aanspraken, leveringsvormen en keuzemogelijkheden overeind te houden, evenals de mogelijkheid om maatwerk te kunnen bieden. Dat is begrijpelijk, omdat bestaand aanbod daarop ingericht is, vaak vanuit een bepaalde overtuiging, visie, of goede ervaring bij die partijen. De NZa kan echter de afweging welke aanspraken, leveringsvormen en keuzemogelijkheden behouden moeten blijven niet maken. Die afweging is aan de politiek. Wel geven we partijen mee dat zij ook zullen moeten nadenken over welke keuzemogelijkheden zij bereid zijn om op te geven. Om zo bij te dragen aan de toegankelijkheid, betaalbaarheid en organiseerbaarheid van goede zorg voor iedereen in Nederland.

De betrokken partijen hechten er belang aan dat zij bij het vervolg op dit advies betrokken blijven.

# Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging

Deel 2 – Verdiepende analyses



4 juli 2023

# Inhoudsopgave

<b>A</b>	<b>Kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening</b>	<b>52</b>
A.1	Inleiding	53
A.2	Afbakening	53
A.3	Aanspraak (Wlz)	54
A.4	Toelating zorgaanbieder (Wtza)	57
A.5	Prestatiebegrip (Wmg)	57
A.6	Indicatie van de extra kosten	57
A.7	Samenhang met huurwet- en regelgeving	59
A.8	Samenhang met eigen bijdragen Wlz	61
<b>B</b>	<b>Differentiatie vpt in geclusterd en ongeclusterd</b>	<b>64</b>
B.1	Inleiding	65
B.2	Terugkerend vraagstuk in verschillende beleidscontexten	65
B.3	Voorwaarden om via de bekostiging onderscheid te kunnen maken in geclusterd en ongeclusterd vpt	66
<b>C</b>	<b>Beoordeling bekostiging leveringsvormen vpt en mpt</b>	<b>68</b>
C.1	Inleiding	69
C.2	Huidige prestatie- en tariefstructuur	69
C.3	Doelmatigheid	70
<b>Bijlage A Beantwoording adviesvragen VWS</b>		<b>72</b>
<b>Bijlage B Lijst van gebruikte afkortingen</b>		<b>75</b>

# **A Kapitaallasten ten behoefte van de zorgverlening**



## A.1 Inleiding

In de vraagstelling van VWS wordt aandacht gevraagd voor 'kapitaallasten die inherent samenhangen met het verlenen van zorg'. Hieronder onderzoeken we de mogelijkheden om deze via de vpt tarieven te vergoeden. Ook kijken we, op verzoek van VWS, naar de samenhang met huurwet- en regelgeving.

## A.2 Afbakening

In de prestaties voor zorg met verblijf is een nhc en nic component opgenomen. Deze tariefonderdelen zijn een vergoeding voor de gebouw- en inventaris gebonden kapitaallasten van aanbieders van intramurale zorg. Ze zijn een (substitueerbaar) onderdeel van de maximumtarieven. Beide tariefcomponenten zijn normatief onderbouwd op basis van (bouw-)normen voor de woonruimte, de gemeenschappelijke ruimtes en de bedrijfsruimtes van de zorgaanbieders.

In de vpt tarieven zijn de componenten voor de woonruimte uit de vergoeding gehaald. Het principe bij scheiden wonen en zorg is immers dat de cliënt zelf de woonruimte betaalt.

In de vraagstelling van VWS wordt gesproken over 'kapitaallasten die inherent samenhangen met het verlenen van zorg'. In het geval van vpt en andere extramurale vormen gaat het daarbij om zorgverlening thuis, dat wil zeggen in of rondom de woning van de cliënt.

Het is in de huidige situatie en met de huidige regelgeving niet concreet af te bakenen of te definiëren wat wel en niet moet worden verstaan onder 'kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening',

- a omdat het begrip 'thuis' niet goed is afgebakend;
- b omdat de kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening niet eenduidig zijn gedefinieerd .

Het is mogelijk om een definitie voor (b) te kiezen die alleen betrekking heeft op voorzieningen voor de zorgverlener: denk aan de mogelijkheid van gebruik van tilliften, aangepast sanitair et cetera. Hier horen mogelijk ook vormen van domotica en digitaal ondersteunde zorg onder.

In een bredere definitie vallen hier onder ook aanpassingen die er op gericht zijn dat de cliënt thuis kan blijven wonen. Het gaat dan om aanpassingen in de woning zoals aangepast sanitair, een traplift, aangepaste keuken, drempelloze doorgangen van voldoende breedte et cetera.

**Figuur A1 Voorbeelden kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening en/of cliënt**

Voorzieningen voor de zorgverlener	Aanpassingen voor de cliënt	Gemeenschappelijke ruimten
Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"><li>• Aangepast sanitair</li><li>• Tilliften</li><li>• Domotica en digitaal ondersteunde zorg</li></ul>	Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"><li>• Aangepast sanitair</li><li>• Traplift</li><li>• Aangepaste keuken</li><li>• Drempelloze doorgangen van voldoende breedte</li></ul>	Bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"><li>• Brede gangen rondom de woning</li><li>• Ontmoetingsruimten</li></ul>

Bij de afbakening spelen de volgende problemen:

- Het onderscheid 'voor de zorgverlening'/'voor de cliënt' is in de praktijk niet eenduidig; bijvoorbeeld aangepast sanitair, of brede gangen in of rondom de woning kunnen zowel de zorgverlener als de cliënt dienen.
- Het kan gaan om

- Cliëntgebonden voorzieningen: bijvoorbeeld een traplift wordt verwijderd bij een nieuwe bewoner.
- Gebouwbonden voorzieningen: voor gemeenschappelijk gebruik en hergebruik bij nieuwe bewoners.
- Het is niet eenduidig welke kosten in welke gevallen uit het zorgdomein of uit het woondomein moeten worden betaald. Daarbij speelt mogelijk ook een willekeurig gegroeide ongelijkheid tussen
  - Bestaande voor de zorgverlening gebouwde woningen. Hierbij zijn extra kosten mogelijk reeds verdisconteerd in de bouwkosten, en doorberekend aan de huurder (veelal vrije huursegment).
  - Nieuw te ontwikkelen woonvormen in het kader van het beleid rondom scheiden van wonen en zorg. Deze moeten beschikbaar komen voor bredere doelgroepen (inclusief lagere inkomensgroepen), en de extra kosten kunnen hierbij niet altijd in de huur worden doorberekend (zie verderop, onder samenhang met huurwet- en regelgeving).
- De kosten kunnen verschillen per woonvorm.
- De noodzaak van aanpassingen in (bestaande) woningen zal sterk afhangen van de staat en het bouwjaar van de woning.

Uit de beschrijving hierboven volgt dat het niet goed mogelijk is om een uniforme afbakening van voorzieningen dan wel een normatieve vergoeding daarvan vast te stellen.

In paragraaf A.6 gaan we in op een indicatie van de extra kosten.

Voor de mogelijkheid van een vergoeding zijn verder van belang:

- De aanspraak (Wlz)
- De toelating van de zorgaanbieder (Wtza)
- Het prestatiebegrip (Wmg)

## A.3 Aanspraak (Wlz)

### Woningaanpassingen

Woningaanpassingen zijn buiten de aanspraak Wlz gehouden. Aanvankelijk was door de wetgever beoogd bij de hervorming van de langdurige zorg in 2015 de woningaanpassingen voor thuiswonende Wlz-cliënten in de Wlz op te nemen, maar omdat zorgkantoren deze taak nog niet konden uitvoeren is geregeld dat de gemeenten dergelijke woningaanpassingen op grond van de Wmo zouden verstrekken.

Gemeenten mogen maatwerkvoorzieningen die gericht zijn op een woningaanpassing op grond van de Wmo 2015 niet weigeren aan Wlz-gerechtigden.

Artikel 3.1.4 van het Besluit langdurige zorg geeft verzekerden met een Wlz-indicatie die niet in een instelling of een kleinschalig wooninitiatief wonen, recht op vergoeding voor aanpassingen van hun woning. Lid 1 luidt:

*De vergoeding van een woningaanpassing, bedoeld in artikel 3.1.3 van de wet, betreft kosten voor het verrichten van aard- en nagelvaste aanpassingen aan de woning die noodzakelijk zijn in verband met het opheffen van ergonomische belemmeringen bij het verlenen van zorg in en direct rond de woning, met uitzondering van de kosten van achterstallig onderhoud.*

De overheid heeft dit artikel niet in werking laten treden. De toelichting op dat besluit is als volgt verwoord:

*“Wlz-uitvoerders hebben echter geen kennis van en infrastructuur voor woningaanpassingen en moeten hiervoor iets nieuws optuigen en deskundigheid in huis halen. Omdat zorgkantoren deze taak in 2015 nog niet konden uitvoeren was in het inwerkingtredingsbesluit van de Wet langdurige zorg en het Besluit langdurige zorg geregeld dat de gemeenten in 2015 dergelijk woningaanpassingen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) zouden verstrekken. Met ingang van 2016 zouden de woningaanpassingen tot de Wlz-aanspraken behoren. Deze taak wordt om uitvoeringstechnische redenen nog niet op 1 januari 2016 overgedragen aan de Wlz-uitvoerders maar voor onbepaalde tijd uitgesteld totdat nader onderzoek is gedaan naar hoe een zorgvuldige overdracht mogelijk is.”*

Hiermee zijn woningaanpassingen (noodzakelijk voor het verantwoord leveren van zorg) vooralsnog buiten de Wlz-aanspraak gehouden. Daardoor is het niet mogelijk deze kosten via het vpt (of mpt) te vergoeden.

### **Roerende voorzieningen**

In de Handreiking Hulpmiddelen voor mensen met een Wlz-indicatie geeft het Zorginstituut een toelichting op de hulpmiddelen die in het Wlz-pakket zijn opgenomen. De voorzieningen ten behoeve van zorgverlening die we in deze paragraaf onderzoeken, vallen deels onder de ‘roerende voorzieningen’:

*Roerende voorzieningen: voor meerdere verzekerden te gebruiken of hergebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking stoornis of handicap ondervindt bij het gebruik van zijn woonruimte.*

De roerende voorzieningen vallen op dit moment buiten de Wlz-aanspraak voor cliënten die een vpt, mpt, of pgb afnemen. Daardoor is het niet mogelijk deze kosten via de tarieven te vergoeden.

Het volgende schema uit de Handreiking laat per leveringsvorm de aanspraak op hulpmiddelen (waaronder roerende voorzieningen) en aanpassingen aan verblijfsruimte of woning zien.

Tabel A1 Aanspraak hulpmiddelen voor cliënten met een Wlz-indicatie

Wlz-aanspraak, omschrijving	Aanspraak inhoudelijk geregeld in artikel:	Leveringsvorm, aanspraak ten laste van de Wlz?				Indien geen aanspraak Wlz? Waar is dat geregeld? Waar kan vze dan terecht? En waar is dat geregeld?
		Verblijf met behandeling	Verblijf zonder behandeling	Vpt	mpt en pgb	
Voor meerdere verzekerden te gebruiken of te hergebruiken <b>roerende voorzieningen</b> , die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking, stoornis of handicap ondervindt bij het normale gebruik van zijn woonruimte. (Gaat meestal om douchestoel, toiletstoel, tillift.)	3.1.1, lid 1, sub a ten 3 <sup>e</sup> Wlz	ja	ja	nee	nee	11.1.6, lid 2 Wlz,  <i>Mogelijk beroep op Wmo/Zvw:</i> 2.3.5, lid 6 j° 8.6a, sub a Wmo,  2.1, lid 1, Bzv
Het individueel gebruik van <b>mobilitieitshulpmiddelen</b>	3.1.1, lid 1, sub e, j° 3.1.1, lid 2 Wlz  j°3.1.2, Blz j°2.3 Rlz	Ja, maar beperkt tot de in de Rlz opgenomen hulpmiddelen	Ja, maar beperkt tot de in de Rlz opgenomen hulpmiddelen	nee	nee	11.1.6, lid 2 en lid 3 Wlz j° KB 21 november 2019: <a href="https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2019-438.html">https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2019-438.html</a>  <i>Mogelijk beroep op Wmo/Zvw:</i> 2.3.5, lid 6, j° 8.6a, sub a en b Wmo, j° KB 21 november 2019 2.1, lid 1 Bzv
Het gebruik van <b>hulpmiddelen</b> , noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg (kan gaan om steunkousen, prothese of orthopedische schoenen, maar ook verband- of incontinentiemateriaal, infuuspomp).	3.1.1, lid 1, sub d, ten 4 <sup>e</sup> Wlz	ja	nee	nee	nee	3.1.1, lid 1, sub d, ten 4 <sup>e</sup> , Wlz j°3.3.2, lid 2 en 3.3.3, lid 1, Wlz  <i>Mogelijk beroep op Zvw:</i> 2.1, lid 1 Bzv
<b>Aanpassingen verblijfsruimten/woning</b>	Volgt uit de aanspraak verblijf, 3.1.1 Wlz	ja	ja	nee	nee	3.1.3 Wlz, nog niet in werking getreden  <i>Mogelijk beroep op Wmo:</i> 2.3.5, lid 6, j° 8.6a, sub a Wmo
<b>Voorzieningen ter vervanging van toezicht</b> (zoals personenalarmering) als de zorgaanbieder daarvoor kiest	3.1.1 Wlz	ja	ja	ja	ja	Geen beroep op Wmo/Zvw: 2.3.5, lid 6, Wmo 2.1, lid 1, Bzv
<b>Benodigdheden voor verpleging en verzorging</b>	Volgt uit aanspraak pv/vp, 3.1.1 lid 1, sub b Wlz	ja	ja	ja	ja	Volgt uit aanspraak pv/vp, 3.1.1 lid 1, sub b Wlz

Bron: Handreiking 'Hulpmiddelen voor cliënten met een Wlz-indicatie' | Rapport | Zorginstituut Nederland



## A.4 Toelating zorgaanbieder (Wtza)

Instellingen die zorg willen leveren (en declareren) ten laste van de Zvw of de Wlz moeten een toelatingsvergunning hebben op grond van de Wtza. De Wtza stelt onder andere eisen aan de jaarverantwoording en aan de governance van de zorginstelling.

Bij het scheiden van wonen en zorg is echter de aanbieder van de woonruimte meestal geen zorginstelling. Dit geldt bijvoorbeeld voor woningcorporaties, private verhuurders en/of aparte rechtspersonen binnen een groep waar ook een (toegelaten) zorginstelling deel van uitmaakt. De Wtza-eisen kunnen voor aanbieders van woonruimte een reden zijn om geen toelating aan te vragen; die is ook niet verplicht. Zonder vergunning is het echter zorgkantoren en verzekeraars niet toegestaan om hen ten laste van de Wlz en Zvw vergoedingen te betalen voor (aanpassingen in) woonruimte (in het geval die onder de aanspraak zouden komen te vallen).

## A.5 Prestatiebegrip (Wmg)

Vpt prestaties zijn prestaties op grond van artikel 50 Wmg. Hiervoor gelden maximum tarieven. Het verhuren van woonruimte valt buiten de reikwijdte van de Wmg. De reikwijdte is beperkt tot zorg in de Zvw, Wlz of zoals gedefinieerd in artikel 1 van de Wet BIG. De Wmg definieert een prestatie als de levering van *zorg* door een *zorgaanbieder*. Om die reden kan de NZa ook geen (aparte) prestaties vaststellen waarin vergoeding van woonruimte is opgenomen indien het verblijf in die woonruimte geen onderdeel is van de verzekerde aanspraak.

Uitgangspunt in de Wmg (en Wlz) is dat prestaties (en verzekerde aanspraak) functioneel zijn omschreven: *wat* wordt er geleverd (en niet door wie of waar). Verschillende prestaties wijzen op een verschil in zorgaanbod en niet op een verschil in kenmerken van de aanbieder of de locatie waar de zorg wordt geleverd. Voor één prestatie kunnen geen verschillende maximumtarieven worden vastgesteld. Wel kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder verschillende prijzen onder het maximum overeenkomen. In hoofdstuk B gaan we hier verder op in bij het onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd vpt.

Met de huidige regelgeving is het dus niet mogelijk om een vergoeding voor woningaanpassingen via het vpt tarief te (laten) betalen. Dat vergt een aanpassing van de aanspraak en ook de toelatingseisen.

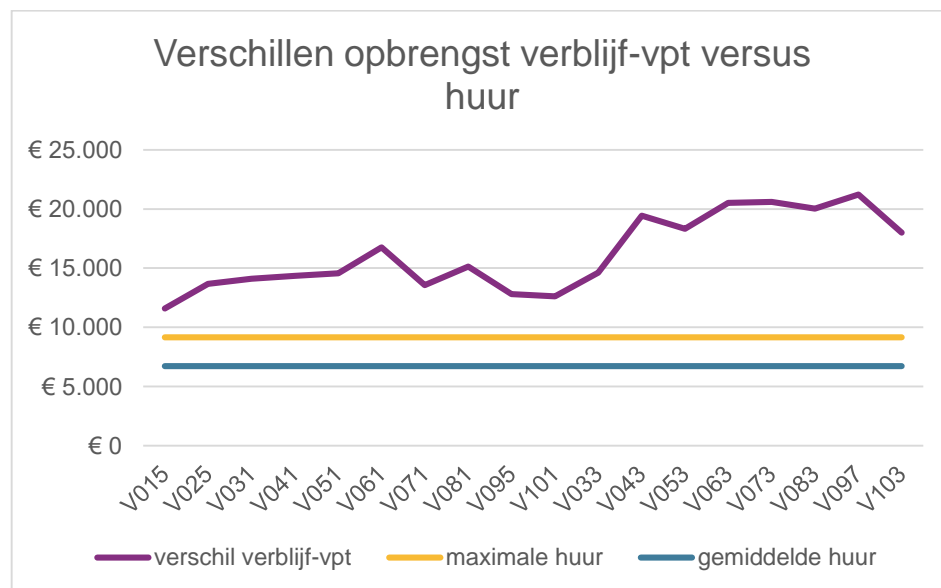
## A.6 Indicatie van de extra kosten

Uit paragraaf A.1 volgt dat er geen algemene uitspraak is te doen over de hoogte van de kapitaallasten van noodzakelijke voorzieningen of aanpassingen. Een bijkomend (kostentechnisch) probleem is dat mogelijk bij aanpassingen aan woningen 'in de wijk' andere afschrijvingstermijnen gelden dan bij woningen voor geclusterd vpt. Woningen buiten een zorgsetting zullen immers ook opnieuw bewoond worden door mensen zonder zorgvraag waardoor wellicht voorzieningen en aanpassingen weer moeten worden verwijderd. Onze conclusie is dan ook dat het niet mogelijk is om voor (geclusterd) vpt (normatief dan wel op basis van kostenonderzoek) kapitaallasten voor zorgverlening te bepalen. De NZa heeft geen onderzoek gedaan naar de werkelijke bouwkosten in de onderscheiden situaties.

Het verschil tussen de nhc-vergoeding en gangbare (gemiddelde) huurbedragen voor woningen geeft mogelijk een indicatie van de extra kosten. De nhc gaat uit van bouw in geclusterde setting en een

normatief aantal vierkante meters. Als we nu aannemen dat de nhc een kostendekkende vergoeding biedt voor de bouw van woonruimte en ontmoetingsruimtes (en bedrijfsruimtes) in een geclusterde setting, dan is het verschil tussen de nhc en de huurprijs een globale indicatie van de (zorg gerelateerde) onrendabele top (de kosten die gemaakt worden om een woning voor zorgverlening aan en bewoning door zorgbehoevenden aan te passen). We bedrukken dat het om een *globale* indicatie gaat. Per 2024 wordt de nhc herijkt, waardoor de hieronder berekende verschillen enigszins wijzigen. Ook huurprijzen zijn aan wijzigingen onderhevig.

**Figuur A2 Vergelijking verschil in opbrengst per jaar bij verblijf en vpt (per prestatie/zorgprofiel) met de maximale huur voor de huurtoeslag (liberalisatiegrens), en gemiddelde huur in de corporatiesector in 2022**



We hebben geen concreet beeld van de te verwachten huuropbrengst. Die zal per regio verschillen.

Als indicatie zijn in bovenstaande figuur een paar landelijke huurgegevens gebruikt: het maximum voor sociale huur (de liberalisatiegrens; dit is het maximum waarvoor nog huurtoeslag kan worden verkregen), de gemiddelde huur in Nederland en de gemiddelde huur van corporatiewoningen (landelijk).

Het aantal vierkante meters waarop de huurprijzen zijn berekend is onbekend. Dat maakt de vergelijking lastig.

De volgende tabel laat de maximale, minimale en (ongewogen) gemiddelde verschillen zien.

**Tabel A2 De maximale, minimale en (ongewogen) gemiddelde verschillen met de nhc-waarden in 2022 (bedragen op jaarbasis)**

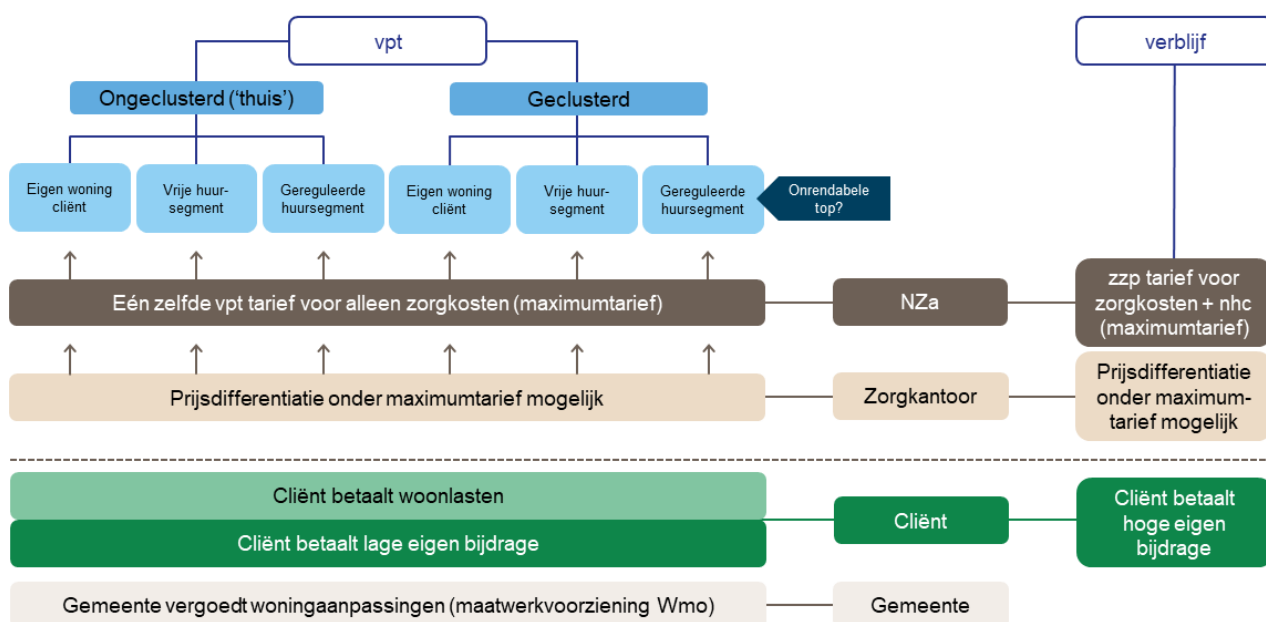
Huurniveau	Sociale huurgrens	Gemiddelde huur	Gemiddelde huur corporatiewoning
Maximale nhc	€ 6.565	€ 8.995	€ 6.427
Minimale nhc	€ 1.237	€ 3.667	€ 1.099
Gemiddelde nhc (ongewogen)	€ 3.213	€ 5.642	€ 3.074

## A.7 Samenhang met huurwet- en regelgeving

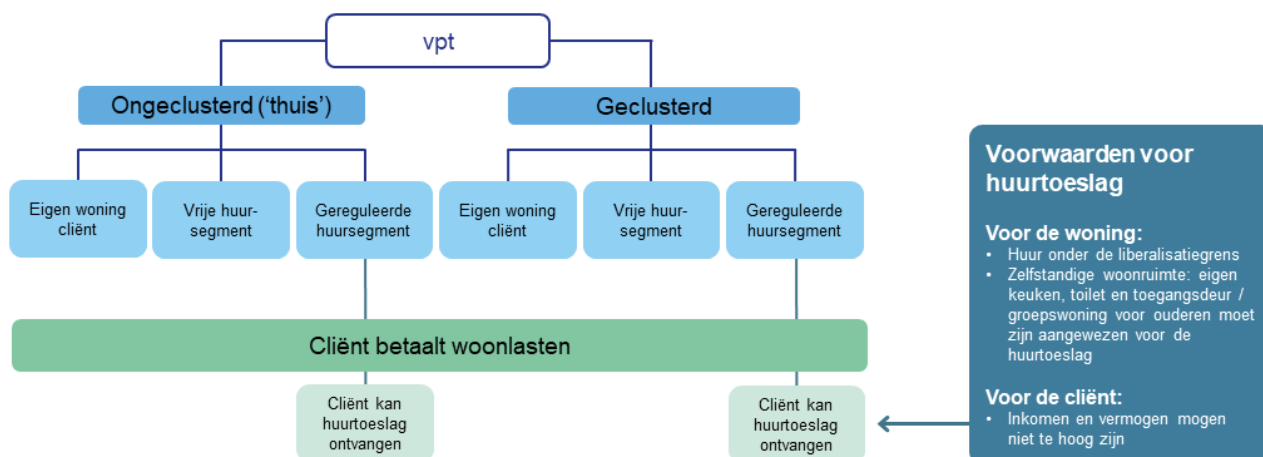
VWS heeft verzocht om de samenhang met de huurwet- en regelgeving mee te nemen in de analyse van de kapitaallasten die wel respectievelijk niet samenhangen met de zorgverlening. Huurwet- en regelgeving valt niet binnen de bevoegdheden van de NZa. In deze paragraaf laten we schematisch de samenhang met het woondomein zien:

- De vergoeding van de zorgkosten en de woonlasten
- De samenhang met de voorwaarden voor de huurtoeslagen
- De samenhang met huurprijsregulering en regulering en toezicht op de woningcorporaties

**Figuur A3 Schematische weergave vergoeding zorgkosten en woonlasten bij vpt en verblijf**



**Figuur A4 Schematische weergave samenhang met de de huurtoeslagen**



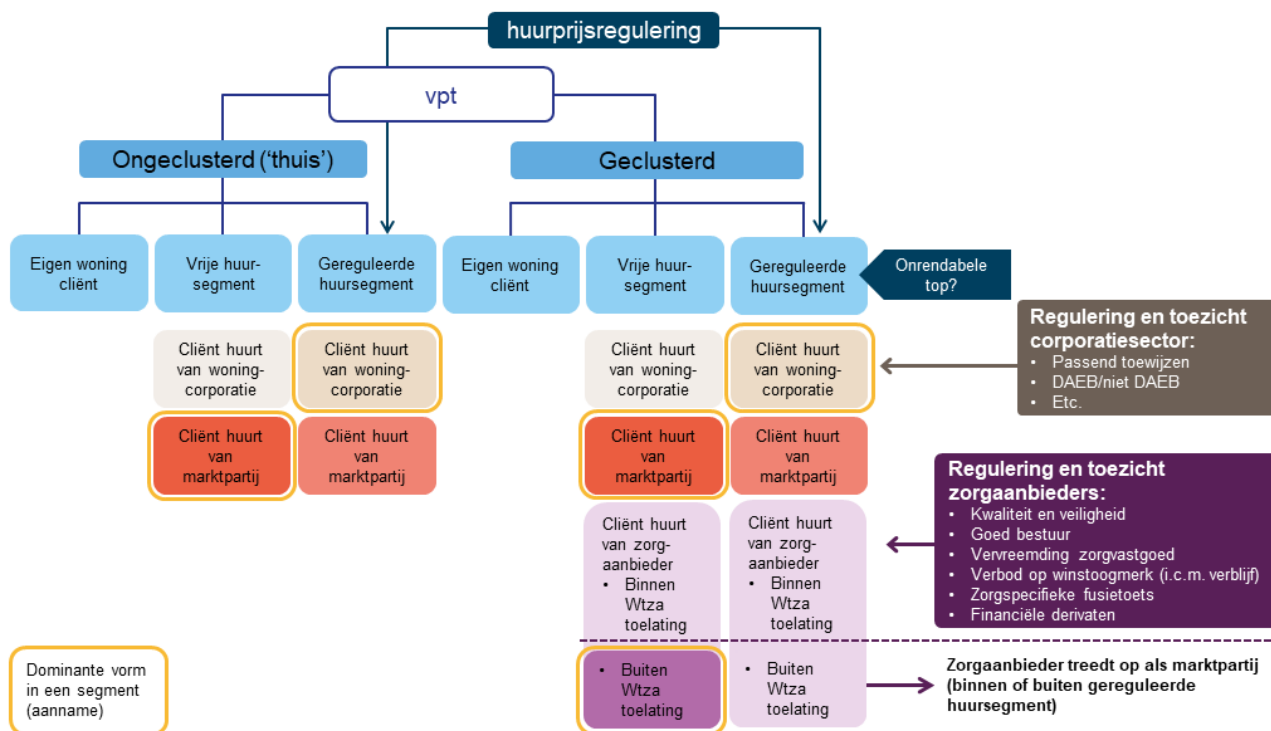
Zonder de mogelijkheid van huurtoeslag kunnen mogelijk veel cliënten de huur niet betalen (naast de eigen bijdrage voor het vpt). Woningaanbod voor de groep Wlz-cliënten die is aangewezen op huurtoeslag moet aan voorwaarden voor de huurtoeslag voldoen:

- De huur moet onder de liberalisatiegrens liggen
- Het moet gaan om een zelfstandige woonruimte (eigen keuken, toilet en toegangsdeur), of een groepswooning moet zijn aangewezen voor de huurtoeslag

Wanneer extra kosten aan de woning moeten worden doorberekend in de huurprijs, dreigt deze eerder boven de liberalisatiegrens uit te komen.

Wanneer deze kosten niet kunnen worden doorberekend in de huurprijs, dan leidt dit tot een onrendabele top (een investering die niet via de exploitatie kan worden terugverdiend) voor de aanbieder van de woning. Dat vormt een belemmering om deze woningen te ontwikkelen en aan te bieden. Dit speelt vooral in de corporatiesector, die verplicht is om – het grootste deel van – de woningen via ‘passend toewijzen’ aan te bieden aan de doelgroep voor het sociale huursegment (lage inkomensgroepen), met huurprijzen onder de liberalisatiegrens.

**Figuur A5 Schematische weergave samenhang met huurprijsregulering en regulering en toezicht op de woningcorporaties (vergoeding van het vastgoed bij vpt)**



Op de markt voor huurwoningen bestaat een scheiding langs inkomensgrenzen. In de Wlz is die er formeel niet, maar kan die materieel wel ontstaan. De Wlz uitvoerder beschikt echter niet over inkomensgegevens van de Wlz-cliënten en kan en mag hier niet op differentiëren bij de zorginkoop. Ook kan dit niet worden opgelost met aanpassingen in de bekostiging ex Wmg.

## A.8 Samenhang met eigen bijdragen Wlz

Ook het bepalen van de hoogte van de eigen bijdragen valt buiten de bevoegdheden van de NZa. We gaan kort in op de effecten van de combinatie van eigen bijdragen en woonlasten. Beide zijn inkomens- en vermogensafhankelijk.

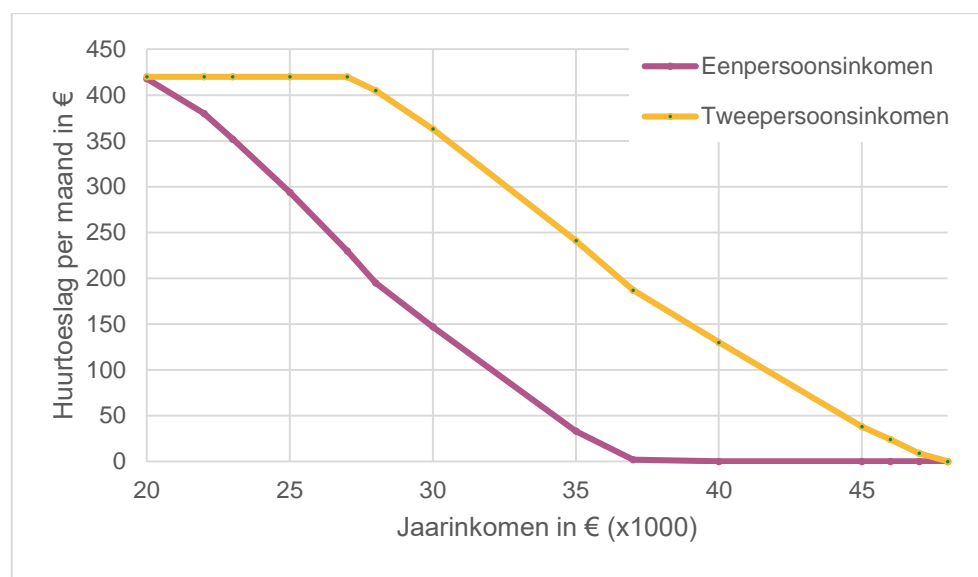
- De huurtoeslag in 2023 (€ 418 voor 1 persoon; € 421 voor 2 personen) is mogelijk als:
  - Huurprijs + servicekosten lager zijn dan € 808,06;
  - Het vermogen maximaal € 33.748 is (voor 1 persoon) of € 67.496 (voor 2 personen);
- De AOW is in 2023 circa € 16.240 (1 persoon) of € 22.100 (2 personen);
- Voor de berekening van de eigen bijdrage Wlz wordt 4% van het vermogen boven de € 31.340 meegeteld als inkomen;
- De eigen bijdragen Wlz verschillen per leveringsvorm, zie de volgende tabel.

**Tabel A3 Minimale en maximale eigen bijdragen per leveringsvorm in 2023<sup>4</sup>**

Intra-/extramuraal	Leveringsvorm	Minimale eigen bijdrage per maand	Maximale eigen bijdrage per maand
Intramuraal	Hoge eigen bijdrage	€ 0	€ 2.652,40
	Lage eigen bijdrage	€ 184	€ 966,60
Extramuraal	Volledig pakket thuis	€ 184	€ 966,60
	Modulair pakket thuis > 20 uur	€ 26	€ 808,60
	Modulair pakket thuis <= 20 uur		€ 26
	Persoonsgebonden budget	€ 26	€ 808,60

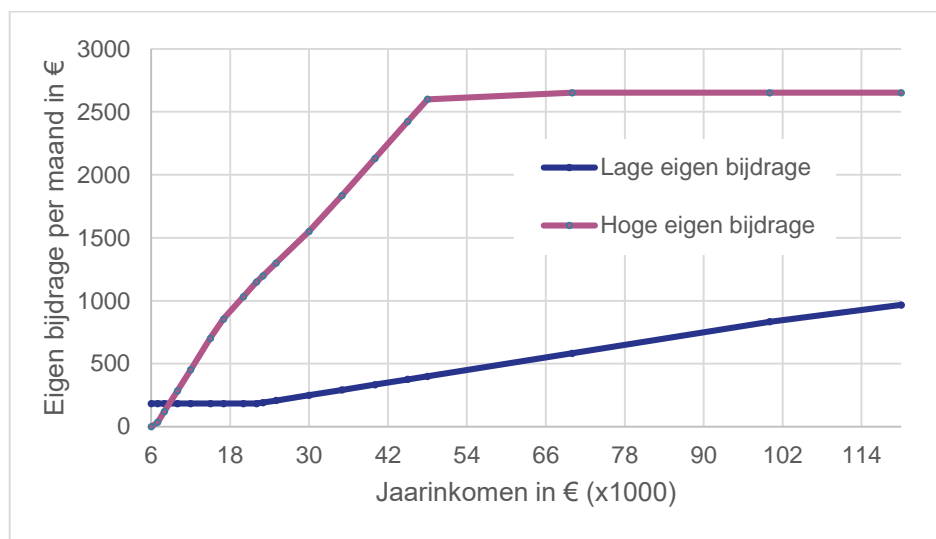
De volgende figuren laten zien hoe de huurtoeslag en eigen bijdragen Wlz afhangen van het inkomen.

**Figuur A6 Relatie tussen het jaarinkomen en de huurtoeslag per maand (bij de maximale huur onder de liberalisatiegrens) in 2023**



<sup>4</sup> Artikel 3.2.5 Wlz ([wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - Wet langdurige zorg - BWBR0035917 ([overheid.nl](https://overheid.nl))) en het besluit langdurige zorg artikel 3.3.1.1 en 3.3.1.2 ([wetten.nl](https://wetten.nl) - Regeling - Besluit langdurige zorg - BWBR0035948 ([overheid.nl](https://overheid.nl)))

**Figuur A7 Relatie tussen het jaarinkomen en de eigen bijdrage Wlz per maand (voor verblijf en vpt) in 2023**



Voor lagere inkomens (met een minimale eigen bijdrage Wlz) is er weinig financiële ruimte om zelf een woonruimte te huren en in totale kosten gelijk uit te zijn tussen vpt en verblijf.

Die ruimte is circa € 300. Als de woning aan regels voor huurtoeslag voldoet (en de huurder/cliënt ook), zou die optie reëel zijn voor deze groep mensen.

Met een hoger inkomen wordt het verschil in eigen bijdrage tussen vpt en verblijf snel een stuk groter. Het inkomen moet erg hoog zijn voordat maximale eigen bijdrage bij vpt bereikt is, vergeleken met verblijf. Als de eigen bijdrage in vpt bijvoorbeeld € 500 is, is bij hetzelfde inkomen de eigen bijdrage bij verblijf al het maximum van € 2652. Dat geeft dus een budget van ruim € 2100 om een woonruimte te huren waar vpt geleverd kan worden, om even duur uit te zijn.

# **B Differentiatie vpt in geclusterd en ongecclusterd**





## B.1 Inleiding

Zoals in hoofdstuk 4 in deel 1 van dit adviesrapport is toegelicht zou een onderscheid in geclusterd en ongeclusterd vpt kunnen dienen om onderscheid in de vergoedingen te maken voor

- kosten voor het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening en/of de cliënt (de kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening),  
en/of
- de kosten voor de te leveren zorg (de zorgcomponent)

als op één of beide aspecten een onderscheid kan worden gevonden gerelateerd aan de woonvorm. (En als daarnaast ook de aanspraken en de toelatingsvereisten worden gewijzigd, zie hoofdstuk A).

Hieronder lichten we toe dat deze splitsing specifiek ziet op het vraagstuk rondom scheiden van wonen en zorg, en dat daarmee een afgrenzing wordt gekozen die niet vanzelfsprekend toepasbaar is voor andere beleidsvraagstukken.

Vervolgens schetsen we de voorwaarden om via de bekostiging een onderscheid te kunnen maken in geclusterd en ongeclusterd vpt.

## B.2 Terugkerend vraagstuk in verschillende beleidscontexten

De vraag om *via de bekostiging* een splitsing van het vpt in geclusterd en ongeclusterd aan te brengen is in het verleden al in verschillende beleidsvraagstukken opgekomen:

- In het advies over behandeling in 2019, naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz;
- Bij het verwerken van de kwaliteitsmiddelen verpleeghuiszorg in de tarieven;
- In onderhavig advies in het kader van scheiden van wonen en zorg.

In alle gevallen concludeert de NZa dat een splitsing van het vpt in geclusterd en ongeclusterd vraagt om nieuwe leveringsvormen. In elk van deze vraagstukken is het gezochte onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd niet congruent met het onderscheid in leveringsvormen.

Wel ligt de scheidslijn voor de splitsing in al deze vraagstukken verschillend.

We noemen dit expliciet, om aan te geven dat wanneer nu, via de aanspraken, voor een onderscheid wordt gekozen in het kader van scheiden van wonen en zorg, dit tot nieuwe vraagstukken kan leiden binnen andere beleidsdossiers. Dit zal mede afhangen van de vraag in hoeverre bij een herstructurering van leveringsvormen en aanspraken meteen ook rekening wordt gehouden met vraagstukken rondom bijvoorbeeld behandeling en de reikwijdte van het kwaliteitskader, of andere beleidsvraagstukken.

**Tabel B1 Verkenningen van splitsing van het vpt in geclusterd en ongeclusterd via de bekostiging in verschillende beleidscontexten**

	NZa advies behandeling (februari 2019)	Kwaliteitsmiddelen verpleeghuiszorg (augustus 2019; geen formeel verzoek/advies)	Scheiden wonen en zorg (onderhavig advies)
<b>Gevraagde scheidslijn</b>	Tussen wel/geen integrale zorg*	Tussen wel/niet binnen de reikwijdte van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg	Tussen wel/geen onrendabele top (a.g.v. kapitaallasten ten behoeve van de zorgverlening)  en/of  Tussen verschillende zorginhoud, al dan niet gerelateerd aan woonvormen
<b>Analyse NZa</b>	Dit bleek onwerkbaar voor de NZa  Voorkeursoptie NZa: geen splitsing van vpt, maar een duidelijker onderscheid aanbrengen tussen mpt en vpt prestaties  Splitsing vpt in geclusterd en ongeclusterd = introduceren nieuwe leveringsvorm, en brengt dus nieuwe schotten aan	Dit bleek onwerkbaar voor de NZa  Analyse NZa: Wettelijke kaders (Kwaliteitskader V&V, het individuele recht om te kiezen voor een leveringsvorm, en het instellingsbegrip) sluiten niet op elkaar aan. Ook dient VWS een duidelijke afbakening van het begrip 'thuis' te geven.  Splitsing vpt in geclusterd en ongeclusterd = introduceren nieuwe leveringsvorm, en brengt dus nieuwe schotten aan	Dit blijkt onwerkbaar voor de NZa  Splitsing vpt in geclusterd en ongeclusterd = introduceren nieuwe leveringsvorm, en brengt dus nieuwe schotten aan

\* Het integrale Wlz-pakket, dat bij opvolging van het [advies van het Zorginstituut](#) (2017) inclusief behandeling en aanvullende zorgvormen zou zijn, geleverd door één aanbieder.

### **B.3 Voorwaarden om via de bekostiging onderscheid te kunnen maken in geclusterd en ongeclusterd vpt**

Uitgangspunt in Wmg en Wlz is dat prestaties en verzekerde aanspraak functioneel zijn omschreven: de prestatie ziet op welke zorg wordt geleverd (en niet door wie of waar de zorg wordt geleverd).

Verschillende prestaties wijzen op een verschil in zorg en niet op een verschil in kenmerken van de aanbieder of de locatie waar de zorg wordt geleverd.

Voor één prestatie kunnen geen verschillende (maximum)tarieven worden vastgesteld. Wel kunnen zorgkantoor en zorgaanbieder verschillende prijzen onder het maximum overeenkomen.

Daarnaast zijn kostenverschillen tussen zorgaanbieders bij gelijke inhoud van zorg geen aanleiding voor verschillende prestaties. Deze zullen het algemeen wijzen op doelmatigheidsverschillen en/of kwaliteitsverschillen.

In theorie zit het verschil in geclusterd en ongeclusterd bij het scheiden van wonen en zorg in aard en opzet van de woning, en zou de zorg niet verschillen. In hoofdstuk 4 in deel 1 van dit adviesrapport hebben we uiteengezet dat we niet goed kunnen beoordelen of dat het geval is.

Voor een splitsing via de bekostiging respectievelijk onderscheiden prestaties is nodig dat:

- Er een scherpe definitie is van geclusterd respectievelijk ongeclusterd vpt. Er is geen ruimte voor grijze gebieden.
- Dit onderscheid via de aanspraken / leveringsvormen wordt aangebracht.
- De indeling uitvoerbaar en controleerbaar is. Anders is de rechtmatigheid van vergoedingen niet vast te stellen.

Hierbij moeten aspecten worden vastgelegd die in principe losstaan van de zorgverlening aan de cliënt: dichtheid van adressen en de toevallige omstandigheid dat burens in hetzelfde woonblok ook zorg (V&V) ontvangen, van dezelfde aanbieder. Nog verder gaat het als ook het huursegment en/of de inkomenssituatie en het ontvangen van huurtoeslag moeten worden vastgelegd.

Deze aspecten staan los van de 'prestatie', en kunnen niet op basis van de Wmg in prestatiebeschrijvingen of declaratiebepalingen worden opgenomen.

# **C Beoordeling bekostiging leveringsvormen vpt en mpt**



## C.1 Inleiding

Hieronder gaan we in op de verschillen tussen de leveringsvormen en de bijbehorende bekostiging, op het gebied van flexibiliteit, administratieve lasten, en doelmatigheid.

## C.2 Huidige prestatie- en tariefstructuur

- Prestaties voor vpt en verblijf zijn dagprestaties. De maximumtarieven zijn – per zorgprofiel – gebaseerd op de gemiddelde kosten per cliënt, en hangen vooral samen met een gemiddeld aantal uren zorg per cliënt (uitgezonderd de nhc/nic-component, die normatief wordt bepaald).
- Mpt-prestaties kennen een maximumuurtarief. Deze zijn (grotendeels) gelijk aan de prestaties en tarieven in de wijkverpleging (Zvw). In de wijkverpleging wordt het grootste deel van de omzet bepaald door experimentprestaties.
- In de wijkverpleging is er naast deze uurtarieven binnen een experiment de mogelijkheid om dag-, week- of maandprestaties overeen te komen. In combinatie met cliëntprofielen moet dit een andere manier van werken (meer uitkomstgericht) helpen stimuleren.

**Tabel C1 Dagprestaties en uurprestaties**

Dagprestaties	Uurprestaties
<ul style="list-style-type: none"><li>• Meer of minder uren bij een individuele cliënt hebben geen invloed op het tarief</li><li>• Er zijn meer mogelijkheden voor inzet van digitale zorg, en verschillend gekwalificeerd personeel</li><li>• Er bestaat (op basis van de declaraties) geen inzicht in wat er is geleverd</li><li>• Hoe abstracter de prestatie, hoe moeilijker de controle door het zorgkantoor</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bij minder uren wordt minder vergoed, bij meer uren wordt meer vergoed</li><li>• Nadeel van de volumeprikkel: aanbieders die met inzet van minder uren goede resultaten bereiken, leveren omzet in</li><li>• Een uurtarief dat geen onderscheid maakt naar type zorgverlener zou mogelijk kunnen maken dat verschillend gekwalificeerd personeel wordt ingezet</li><li>• Er bestaat (op basis van de declaraties) inzicht in hoeveel uren zorg er zijn geleverd</li><li>• Administratieve lasten zijn hoger</li><li>• De prikkel om woonvoorzieningen te ontwikkelen is kleiner</li></ul>

In de Wlz heeft de cliënt keuzevrijheid voor een leveringsvorm. Mpt en vpt verschillen onder andere op inhoud, en wel/geen integraliteit (levering door of onder verantwoordelijkheid van één respectievelijk meerdere zorgaanbieders). Vpt en mpt bekostiging (integrale respectievelijk modulaire bekostiging) bestaan daarom naast elkaar. Cliënten kunnen overigens ook mpt afnemen bij dezelfde aanbieder. Een reden om te kiezen voor mpt in plaats van vpt bij de keuze voor zorg door of onder verantwoordelijkheid van één aanbieder is dat de eigen bijdrage lager is. Dat speelt vooral als het aantal geleverde uren laag is.

Omdat beide vormen van bekostiging nodig zijn om aan te kunnen sluiten bij de leveringsvormen, kan de NZa de afweging die VWS vraagt niet maken.

De volgende tabel laat de belangrijkste verschillen tussen het vpt en het mpt zien.

**Tabel C2 Verschillen tussen het vpt en het mpt**

Vpt	Mpt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wordt bij één zorgaanbieder ingekocht die het aan de cliënt levert. Die aanbieder kan wel met onderaannemers werken.</li> <li>• De inhoud van het pakket is ruimer dan bij het mpt (maaltijd).</li> <li>• Als prestatie verbonden aan een (vast) zorgprofiel.</li> <li>• De eigen bijdrage is onafhankelijk van het aantal afgenomen uren.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan bij meerdere zorgaanbieders worden ingekocht.</li> <li>• Kan in combinatie met een pgb.</li> <li>• Kan op maat van de cliënt worden bepaald.</li> <li>• De eigen bijdrage is afhankelijk van het aantal afgenomen uren.</li> </ul>

In de wijkverpleging (Zvw) is een ontwikkeling naar dag-, week- en maandprestaties ingezet (experiment).

**Tabel C3 Vergelijking uur- en periodeprestaties**

	Dag- of periodeprestaties	Uurprestaties
<b>Volumeprikkel</b>	laag	hoog
<b>Flexibele inzet personeel <sup>(1)</sup></b>	hoog	gemiddeld
<b>Administratieve lasten</b>	laag	hoog
<b>Kwaliteit <sup>(2)</sup></b>	onbekend	onbekend
<b>Mogelijkheid tot digitale zorg en innovatieve zorgmethodes</b>	hoog	laag

1) De mogelijkheid om personeel vanuit verschillende disciplines en opleidingsniveaus in te zetten bij een cliënt. Als uurprestaties worden verbonden aan een discipline en worden gedifferentieerd (zoals nu in de gereguleerde wijkverpleging), is die mogelijkheid er niet. Maar het is ook mogelijk om een 'integraal' uurtarief vast te stellen. De beoordeling hangt dus af van de manier waarop het tarief wordt uitgevoerd.

2) Over kwaliteit van zorg kunnen we hier niets zeggen.

## C.3 Doelmatigheid

Met doelmatigheid wordt bedoeld: de verhouding tussen een gewenste uitkomst en de daarvoor noodzakelijke kosten.

In de praktijk is de uitkomst niet te meten en zijn veel kwaliteitsindicatoren in de Wlz input gericht (zie Kwaliteitskader verpleeghuiszorg).

Er is daarnaast een verschil in doelmatigheid bij de zorgaanbieder en doelmatigheid in de uitgaven door het zorgkantoor. Niet ieder doelmatigheidsvoordeel bij de zorgaanbieder wordt een-op-een doorgegeven aan de inkoopende partij. Ook kan doelmatigheid in de uitgaven bereikt worden via de mix in leveringsvormen.

De volgende tabel gaat in op het (theoretische) verschil in doelmatigheid tussen vpt en verblijfszorg.

**Tabel C4 Theoretische verschillen in doelmatigheid tussen vpt en verblijfszorg**

Verblijf	vpt					
	Meer uren professioneel	Meer uren professioneel en informeel	Evenveel uren professioneel	Evenveel uren professioneel en informeel	Minder uren professioneel	Minder uren professioneel en informeel
Referentiewaarde						
Kosten aanbieder	hoger	hoger (1)	neutraal	lager (2)	lager	lager
Kwaliteit van zorg	hoger (3)	hoger (4)	neutraal	lager (5)	lager	lager

De tabel gaat uit van de volgende aannames:

- 1 In dit geval is de aanname dat de extra uren worden gerealiseerd met informele hulp. De kosten stijgen, maar minder dan wanneer dit met professionele hulp zou gebeuren. Een aanname is ook dat er bij verblijfszorg geen sprake is van inzet van informele hulp.
- 2 Bij een gelijk aantal uren hulp waarbij een deel echter geleverd wordt door informele zorg, dalen de kosten voor de aanbieder.
- 3 De veronderstelling is dat meer uren leidt tot betere zorg (in navolging van het kwaliteitskader).
- 4 Als er extra uren informele zorg worden geleverd kan de kwaliteit toenemen (gespecialiseerde taken blijven bij professional).
- 5 Aanname is dat een deel van de uren door informele zorg wordt geleverd en dat die van lagere kwaliteit is. Informele zorg voldoet per definitie niet aan beroepskwalificatie eisen en valt buiten wettelijke kaders voor toezicht op kwaliteit (Wkkgz en wet BIG zijn immers niet van toepassing, en de Wmg overigens ook niet). Als de inzet van informele zorg realiteit is en noodzakelijk vanwege personeelstekorten, dan moet worden afgewogen of zorg van mindere kwaliteit de voorkeur heeft boven geen of minder zorg. Dat is een politieke afweging, die niet via de bekostiging of via de zorginkoop kan worden gemaakt.

Eenzelfde verschil als in bovenstaande tabel zou kunnen bestaan tussen geclusterd en ongeclusterd vpt, als we aannemen dat vpt in geclusterde vorm niet afwijkt van verblijfszorg. Het zicht daarop ontbreekt echter, zie paragraaf 4.3 in deel 1 van dit adviesrapport.

Eerder noemden we al dat het onderscheid in leveringsvormen in de praktijk vervaagt, omdat de zorg vrijwel niet verschilt tussen de leveringsvormen, en de leveringsvormen in de praktijk vooral als financieringsvorm worden gebruikt. Daardoor worden vergelijkingen zoals in bovenstaande tabel bemoeilijkt.

Verder is bij de vergelijking van belang:

- Het NZa-maximumtarief is bij vpt altijd lager dan bij zpz (ongeacht of er meer of minder uren worden geleverd).
- Lagere kosten bij de aanbieder leiden niet zonder meer tot een betere maatschappelijke uitkomst. Dat gebeurt alleen als de winst wordt doorgegeven (in de vorm van een lagere prijs of besteed aan andere middelen voor zorg op afstand et cetera.)
- Er moet een afweging gemaakt worden tussen (de kans op) kwaliteitsverlies en besparingen.



# **Bijlage A**

## **Beantwoording adviesvragen VWS**



## Beantwoording adviesvragen VWS

Hieronder beantwoorden we de gestelde adviesvragen van VWS.

Adviesvraag VWS	Antwoord NZa	Vindplaats in dit advies
Kan de NZa adviseren over de wijze waarop vanuit de bekostiging een bijdrage geleverd kan worden aan het scheiden van wonen en zorg in de toekomst, waarbij ook aandacht is voor de uitgangspunten uit het WOZO-programma "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan"?	<p>Voordat de NZa aanpassingen aan de bekostiging kan doen, zijn aanpassingen van de Wlz-aanspraken nodig, en, afhankelijk van te maken keuzes, mogelijk ook in de toelatingseisen op basis van de Wtza.</p> <p>De concretisering van de begrippen 'thuis' en 'als het kan' moet in de omschrijving van de Wlz-aanspraken verwerkt worden.</p>	<p>Deel 1: Hoofdstuk 3; Hoofdstuk 4; Hoofdstuk 5. Deel 2: Hoofdstuk A; Hoofdstuk B</p>
Wat zijn de voor- en nadelen om (in de bekostiging) eventueel een onderscheid te maken tussen geclusterd vpt en ongeclusterd vpt (verspreid in de wijk)? Kan de NZa daarbij specifiek aandacht besteden aan kapitaallasten die inherent samenhangen met het verlenen van zorg en welke niet alsook aan de samenhang met huurwet- en regelgeving?	<p>De NZa kan binnen het huidige wettelijk kader geen onderscheid via de bekostiging maken in geclusterd en ongeclusterd vpt.</p> <p>De NZa ziet binnen het huidige wettelijk kader geen mogelijkheden om de kapitaallasten voor het geschikt maken van de woning voor de zorgverlening en/of de cliënt te vergoeden via het vpt.</p> <p>De samenhang met huurwet- en regelgeving hebben we beschreven. De NZa heeft geen bevoegdheden op het terrein van huurwet- en regelgeving.</p>	<p>Deel 1: Paragraaf 4.3. Deel 2: Hoofdstuk B.</p> <p>Deel 1: Paragraaf 4.2, 4.3, 4.5. Deel 2: Hoofdstuk A</p>
Hoe weegt de NZa - vanuit de bekostiging - de leveringsvormen VPT en MPT op: Bijdrage aan het bereiken van de doelstelling "zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan"?	<p>De NZa kan deze weging niet maken*. Beide leveringsvormen vallen onder de huidige Wlz aanspraak, zijn evenwaardig, en de bekostiging sluit daarop aan. De huidige Wlz belemmert de WOZO beweging.</p>	<p>Deel 1: Hoofdstuk 4; Hoofdstuk 5.</p>
Hoe weegt de NZa - vanuit de bekostiging - de leveringsvormen VPT en MPT op: Doelmatigheid en krapte op de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld de prikkelwerking die uitgaat van het werken met uurtarieven versus integrale dagtarieven bij de inzet van personeel)?	<p>De NZa kan deze weging niet maken*. Beide leveringsvormen vallen onder de huidige Wlz aanspraak, zijn evenwaardig, en de bekostiging sluit daarop aan.</p> <p>De prikkelwerking van uurtarieven en integrale dagtarieven hebben we beschreven.</p>	<p>Deel 1: Paragraaf 4.4. Deel 2: Hoofdstuk C</p>

Adviesvraag VWS	Antwoord NZa	Vindplaats in dit advies
<p>Hoe weegt de NZa - vanuit de bekostiging - de leveringsvormen VPT en MPT op: Flexibiliteit en administratieve lasten voor zorgaanbieders?</p>	<p>De NZa kan deze weging niet maken*. Beide leveringsvormen vallen onder de huidige Wlz aanspraak, zijn evenwaardig, en de bekostiging sluit daarop aan.</p> <p>De verschillen in flexibiliteit en administratieve lasten voor zorgaanbieders hebben we beschreven.</p>	<p>Deel 2: Hoofdstuk C</p>
<p>Kan de NZa een tijdpad schetsen voor eventuele aanpassingen in de bekostiging?</p>	<p>Dit tijdpad kan de NZa pas inschatten als duidelijk is welke politieke keuzes worden gemaakt, en hoe de aanspraken wijzigen.</p>	<p>Deel 1: Paragraaf 5.2</p>
<p>Over welke databronnen beschikt de NZa die VWS kunnen helpen om zicht te houden op het bereiken van de doelstelling van het WOZO-programma in het algemeen en het scheiden van wonen en zorg in het bijzonder?</p>	<p>De NZa monitort jaarlijks de benutting van het budgettair kader Wlz en informeert de minister op twee vaste momenten per jaar. Hierin neemt de NZa ook de ontwikkelingen in het gebruik van leveringsvormen mee.</p> <p>Daarnaast is de NZa voornemens om specifieke monitoring te zetten op de marktontwikkelingen bij het scheiden van wonen en zorg. Wij verkennen op dit moment de mogelijkheden om een dashboard en/of een simulatiemodel te ontwikkelen, waarmee we de actuele ontwikkelingen kunnen volgen en toekomstscenario's kunnen doorrekenen.</p>	<p>Deel 1: Paragraaf 3.5</p>

\* De gevraagde weging van de bekostiging van leveringsvormen kan de NZa binnen het huidige wettelijk kader niet maken, omdat de leveringsvormen mpt en vpt evenwaardig zijn en naast elkaar bestaan. Wanneer, zoals wij in dit advies aanbevelen, de aanspraken in de toekomst beperkt worden tot één pakket per (combinatie van) zorgzwaarte en setting, kan de NZa de afweging maken of modulaire of integrale bekostiging voor een zorgpakket de voorkeur heeft. De analyses die wij voor dit advies hebben uitgevoerd zijn daar bruikbaar voor.

# **Bijlage B**

## **Lijst van gebruikte afkortingen**



## Lijst van gebruikte afkortingen

AOW	Algemene Ouderdomswet
Blz	Besluit langdurige zorg
Bzv	Besluit zorgverzekering
DAEB	Dienst van algemeen economisch belang
elv	Eerstelijns verblijf
ggz	Geestelijke gezondheidszorg
ghz	Gehandicaptenzorg
grz	Geriatrische revalidatiezorg
gzsp	Geneeskundige zorg aan specifieke patiënten
ic	Intensive care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
mpt	Modulair pakket thuis
msz	Medisch specialistische zorg
nhc	Normatieve huisvestingscomponent
nic	Normatieve inventariscomponent
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
pgb	Persoonsgebonden budget
pv/vp	Persoonlijke verzorging/verpleging
Rlz	Regeling langdurige zorg
seh	Spoedeisende hulp
V&V	Verpleging en Verzorging
vpt	Volledig pakket thuis
vv (1 t/m 10)	(zorgprofielen voor) Verpleging en Verzorging
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WfZ	Waarborgfonds voor de zorgsector
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WOZO	Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (Programma van VWS)
Wtza	Wet toetreding zorgaanbieders
WTZi	Wet toelating zorginstellingen
Zvw	Zorgverzekeringswet
zpz	Zorgzwaartepakket (declaratietitel voor zorg met verblijf)

