



Rapport technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven

Datum

11 december 2023

Inhoudsopgave

Visuele samenvatting	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Inhoud rapport en uitgangspunten	10
1.3 Aanpak	11
1.4 Leeswijzer	12
2. Ontwikkeling zorguitgaven	13
2.1 Historische ontwikkeling	13
2.2 Verwachte ontwikkeling	15
2.3 Drijvers ontwikkeling zorguitgaven	16
2.4 Ontwikkeling in vergelijking met andere landen	17
2.5 Ontwikkeling in vergelijking met andere sectoren	17
2.6 Raming van de zorguitgaven en de totstandkoming van het basispad	18
3. Analyse beheersinstrumentarium	21
3.1 Analyse beheersinstrumentarium langdurige zorg	21
3.1.1 Beleidstheorie Wlz	21
3.1.2 Praktijk van beheersing in de Wlz	21
3.1.3 Toekomstige ontwikkeling van beheersing in de Wlz	25
3.2 Analyse beheersinstrumentarium curatieve zorg	26
3.2.1 Beleidstheorie Zvw	26
3.2.2 Praktijk van beheersing in de Zvw	27
3.2.3 Toekomstige ontwikkeling van beheersing in de Zvw	29
3.3 Arbeidsmarkt en loonvorming	30
4. Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten voor een betere beheersing van de zorguitgaven	32
4.1 Mogelijkheden om de beslisinformatie te verbeteren	34
4.2 Mogelijkheden om door middel van preventie de houdbaarheid van de zorg te verbeteren	35
4.3 Langdurige zorg	37
4.3.1 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten korte termijn	38
4.3.2 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten binnen het huidige stelsel	39
4.3.3 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten op langere termijn	41
4.4 Curatieve zorg	45

4.4.1 Overwegingen bij een stelselwijziging	45
4.4.2 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten op korte termijn	46
4.4.3 Expliciete keuzes door de overheid over de ontwikkeling van de zorg	47
4.4.4 Kiezen om passende zorg te stimuleren	48
Bijlage(n)	52
BIJLAGE 1 Samenstelling werkgroep	53
BIJLAGE 2 Taakopdracht	54
BIJLAGE 3 Uitvoeringsvarianten	57
1. Versterken informatiepositie ten behoeve van besluitvorming	
2. Eigen betalingen langdurige zorg	
3. De huishoudelijke ondersteuning valt niet meer onder de Wmo	
4. Aanspraak dagbesteding in de Wlz beperken	
5. Lichtere zorgzwaartes uit de Wlz	
6. Opheffen pakketverschillen Wlz en Zvw - tandheeskundige zorg	
7. Versnelling opschaling digitale zorg	
8. Verbeteren prikkels gemeenten	
9. Meewegen sociale context	
10. Inperken aanspraak verblijf voor ouderenzorg	
11. Ouderenzorg overhevelen van Wlz naar Zvw/Wmo	
A. Extramurale ouderenzorg overhevelen naar Wmo en Zvw	
B. Extramurale en intramurale ouderenzorg overhevelen en Zvw en Wmo	
C. Ouderenzorg grotendeels of geheel overhevelen naar Wmo	
12. Eigen betaling curatieve zorg	
13. Pakketmaatregelen curatieve zorg	
14. Versterken informatiepositie zorgverzekeraars	
15. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden	
16. Gesloten pakket	
17. Afschaffen ongecontracteerde zorg	
18. Versterking van de beheersing door zorgakkoorden	
19. Prijsbeheersing	
20. Versterking beheersing tertiaire medisch-specialistische zorg	
BIJLAGE 4 BESLISINFORMATIE	149
BIJLAGE 5 AFKORTINGENLIJST	152



De vraag naar zorg stijgt. Dat zet de zorg onder druk. Een nieuw kabinet kan keuzes maken over de inzet van schaarse mensen en middelen. Zo kan de zorg toegankelijk blijven voor mensen die de zorg nodig hebben. Dit rapport schetst mogelijke maatregelen.



Waarom keuzes maken?

- Wachlijsten groeien en de druk op zorgpersoneel is te hoog. Hierdoor is de zorg minder toegankelijk voor mensen die zorg nodig hebben.
- Er is steeds meer geld nodig voor de zorg. Dit gaat ten koste van uitgaven voor andere maatschappelijke doelen.

Keuzemogelijkheden

Langdurige zorg

Scherpere keuzes maken over wie recht heeft op welke collectief gefinancierde zorg.

- Sociale context meewegen.
- De aanspraak verblijf voor de ouderenzorg verminderen.

Delen van de zorg verplaatsen naar een stelsel met betere prikkels.

- Extramurale ouderenzorg naar Wmo en Zvw.
- Intramurale ouderenzorg naar Zvw en extramuraal naar Wmo en Zvw.
- Ouderenzorg naar Wmo.

Het huidige stelsel verbeteren.

- Digitale zorg inzetten.
- Prikkels om langer zorg thuis te ontvangen inzetten.

Curatieve zorg

Expliciete keuzes maken over het verzekerde pakket op de volgende onderwerpen.

- De criteria waaraan zorg wordt getoetst.
- De instroom van nieuwe behandelingen.
- De ontwikkeling van kwaliteitsnormen.

Knelpunten aanpakken die in de weg staan van passende zorg.

- Zorgakkoorden versterken.
- Ongecontracteerde zorg ontmoedigen.
- De informatiepositie van zorgverzekeraars versterken.
- Prijsregulering aanscherpen.

Het beheersingsmodel aanpassen waar knelpunten samenkomen, zoals in de tertiaire medisch-specialistische zorg.

Inzet huidige instrumentarium

Bovenstaande maatregelen zijn gericht op het verbeteren van de beheersbaarheid van de zorg op de langere termijn. Het huidige instrumentarium kan op korte termijn worden ingezet door de eigen betalingen en het verzekerde pakket aan te passen.

Samenvatting

De technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven heeft verschillende uitvoeringsvarianten verkend om de beheersing van de zorguitgaven op macroniveau te verbeteren. Dit is bedoeld om een volgend kabinet te ondersteunen om weloverwogen keuzes te maken. De werkgroep, die is ingesteld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Financiën, heeft deze verkenning zonder politieke sturing uitgevoerd en gaat niet in op de wenselijkheid van uitvoeringsvarianten.

Vertrekpunt voor de werkgroep is dat er handelingsperspectief moet zijn om keuzes te maken over de inzet van schaarse mensen en middelen. Daartoe biedt dit rapport aanknopingspunten waarmee invulling gegeven kan worden aan de adviezen van de Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid¹ en de Studiegroep Begrotingsruimte². Door keuzes te maken over de organisatie en de reikwijdte van de collectief gefinancierde zorg kunnen volgende kabinetten erop sturen dat de druk op de zorg vermindert, dat de zorg toegankelijk blijft voor degenen die de zorg het hardst nodig hebben en dat meer ruimte ontstaat voor andere maatschappelijke prioriteiten, nu en in de toekomst. Zonder nieuwe beleidswijzigingen zullen de zorguitgaven toenemen door onder andere de demografische ontwikkelingen en de toenemende behandel mogelijkheden. Om een volgend kabinet te ondersteunen biedt bijlage 4 een overzicht van de verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven, en hoe deze zich verhoudt tot de ontwikkeling van de economie en de demografische ontwikkeling. Daarnaast bevat bijlage 4 een beschrijving van de maatregelen die door het uitgaande kabinet zijn ingezet, die gedeeltelijk nog uitgevoerd moeten worden, en die gevolgen hebben voor de uitgavengroei in de komende jaren.

Figuur 1 Verwachte ontwikkeling arbeidsmarkttekort

Bron: CBS (2022), *Prognosemodel Zorg en Welzijn. Het arbeidsmarkttekort is het verwachte aantal werknemers dat ontbreekt om invulling te geven aan de arbeidsvraag.*



Het tekort aan zorgpersoneel is een urgente aanleiding om keuzes te maken over de organisatie en de reikwijdte van de zorg. De toegankelijkheid van sommige zorg wordt nu al beperkt, doordat er niet altijd personeel is om de stijgende vraag naar zorg te vervullen. Door de

¹ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021), *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.*

² 17^{de} Studiegroep Begrotingsruimte (2023), *Bijsturen met het oog op de toekomst.*

structurele krapte op de arbeidsmarkt is de verwachting dat dit tekort in de komende jaren toeneemt (figuur 1). Dit leidt tot olopende wachtlijsten en hoge druk op zorgmedewerkers. De gevolgen hiervan slaan ongericht neer, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in bepaalde regio's of bepaalde sectoren extra onder druk kan komen te staan. Door keuzes te maken kunnen volgende kabinetten ervoor zorgen dat essentiële zorg toegankelijk blijft en maatschappelijke prioriteiten in balans blijven.

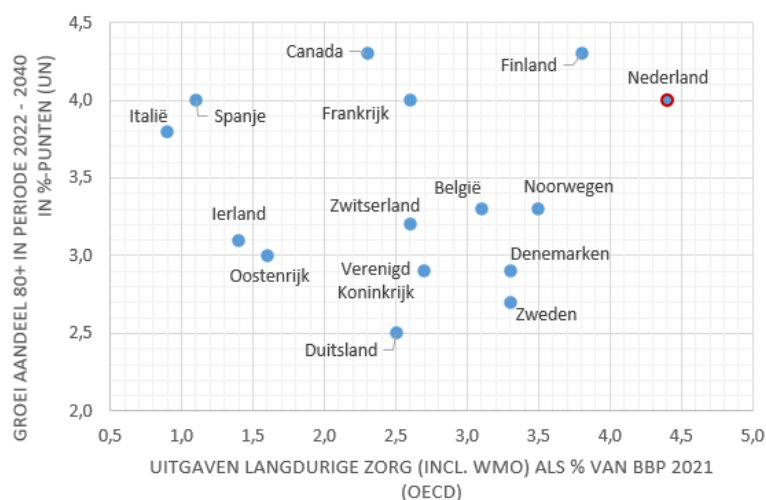
Dit rapport richt zich op maatregelen in de zorg om de uitgaven aan de zorg te beheersen. De vraag naar zorg hangt ook samen met ontwikkelingen op het gebied van onze leefstijl, leef- en werkomgeving en bestaanszekerheid. Omgekeerd is gezondheid een bepalende factor voor het vermogen om deel te kunnen nemen aan het maatschappelijk en economische leven. Deze wisselwerking wordt scherp zichtbaar bij varianten die meer vragen van de zelfredzaamheid van mensen, hun naasten en de ondersteunende netwerken van onder meer vrijwilligers en welzijnsmedewerkers in hun omgeving. Het is belangrijk dat ook de randvoorwaarden in het sociaal domein en voor mantelzorgers op orde zijn om deze varianten uit te voeren.

Keuzes in de langdurige zorg

De uitgaven aan de langdurige zorg zijn in Nederland relatief hoog, terwijl met name het aantal ouderen die zorg nodig hebben de komende decennia in Nederland nog sterk gaat stijgen (zie figuur 2). Het hoge uitgavenniveau hangt onder meer samen met het gegeven dat er relatief veel instellingszorg wordt geleverd, het voorzieningenpakket relatief uitgebreid is en de eigen betalingen in Nederland relatief laag zijn. De verwachting is dat het hoge voorzieningenniveau in combinatie met de krappe arbeidsmarkt zal leiden tot toenemende wachtlijsten. Door keuzes te maken over de organisatie en de reikwijdte van de langdurige zorg kan dit voorkomen worden.

Figuur 2 Stijging collectieve uitgaven langdurige zorg ten opzichte van andere landen

Bron: United Nations (2022), World population prospects en OECD (2023), OECD.Stat Health expenditure and financing.



De huidige inrichting van de langdurige zorg kent tekortkomingen. In de praktijk zijn de prikkels op een aantal punten verkeerd of niet sterk genoeg, om met passende zorg en ondersteuning te voorkomen dat mensen afhankelijk worden van zwaardere zorgvormen. De mogelijkheden voor de overheid om aan te sturen op een gerichte inzet van mensen en middelen, in nauwere aansluiting bij de eigen mogelijkheden van mensen, worden bemoeilijkt door de

verdeling van de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg over drie verschillende wetten. De Wlz kent enerzijds sterke juridische waarborgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, maar biedt anderzijds slechts beperkte aanknopingspunten om door een doelmatige en passende inzet van schaarse mensen en middelen deze rechten te waarborgen.

Om de uitgaven in de langdurige zorg te beheersen kan de overheid op korte termijn de eigen bijdragen verhogen en/of het pakket verkleinen. Beide instrumenten zijn effectief, maar kennen een uitruil, met gevolgen voor de inkomenssolidariteit en de risicosolidariteit. De overheid kan de werking van het huidige stelsel optimaliseren door sterker te sturen op de inzet van de meest doelmatige leveringsvorm, doorverwijsprikkels te verkleinen of de implementatie van digitale zorgvormen te versnellen. Daarnaast kan de overheid bij de indicatie van langdurige zorg breder en scherper toetsen wat mensen met hulp van hun netwerk zelf nog kunnen. Hoewel hiermee de werking van het stelsel verbeterd kan worden, zijn een deel van de belemmeringen inherent verbonden aan de huidige inrichting van het stelsel.

Een stelselwijziging in de langdurige zorg kan additionele, betere aanknopingspunten bieden om de uitgaven aan langdurige zorg beter te beheersen. In dit rapport wordt daarom ook een aanzet gegeven voor verschillende mogelijke stelselwijzigingen. Deze zijn gericht op de ouderenzorg, omdat (toekomstige) ouderen potentieel over meer hulpbronnen beschikken om hun zelf- en samenredzaamheid te vergroten. Door het aanbod en de organisatie van zorg hier meer op aan te laten sluiten, met oog voor verschillen, kunnen de uitgaven potentieel beter worden beheerst. Dit vergt een meer integrale inkoop en dus een vermindering van het aantal domeinen. In zo'n stelsel hebben de inkopers van langdurige zorg zowel betere prikkels als meer speelruimte om integrale zorg te organiseren die aansluit bij de daadwerkelijke zorgvraag van cliënten en te investeren in preventie van langdurige zorg.

Keuzes in de curatieve zorg

In de curatieve zorg stijgt de zorgvraag naast demografie ook door de introductie van nieuwe behandel mogelijkheden. Het stelsel kent in vergelijking met de langdurige zorg meer prikkels om doelmatigheid te stimuleren. De kosten in de curatieve zorg zijn mede door deze prikkels de afgelopen 15 jaar minder hard gestegen in Nederland dan in andere landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau. Hierdoor is het minder aannemelijk dat een ander stelsel leidt tot betere beheersing.

Het functioneren van het stelsel voor de curatieve zorg staat op middellange termijn wel onder druk. Wanneer de zorgvraag structureel hoger ligt dan het aanbod, neemt de marktmacht van zorgaanbieders toe en kunnen zorgverzekeraars minder goed sturen op het verhogen van de doelmatigheid van de zorg. De werking van het stelsel is daarom afhankelijk van de overheid om een globale balans tussen vraag en aanbod te bewaken. De overheid heeft tot nu toe vooral gestuurd op de mogelijkheden voor veldpartijen om zorg doelmatiger te organiseren, bijvoorbeeld door het afsluiten van zorgakkoorden. De overheid maakt nog weinig gebruik van de mogelijkheden om zelf expliciete keuzes te maken.

In dit rapport staan mogelijkheden om de druk op het stelsel voor de curatieve zorg te verlichten. De overheid kan actiever sturen op de samenstelling van het verzekerde pakket. Daarvoor kan de overheid op korte termijn net als in de langdurige zorg inzetten op eigen betalingen en pakketmaatregelen. Op langere termijn kan de overheid keuzes maken over de criteria waaraan zorg wordt getoetst en de instroom van nieuwe behandel mogelijkheden. Ook kan

de overheid een grotere rol nemen bij het vaststellen van normen voor kwaliteit binnen het verzekerde pakket.

In aanvulling op bovenstaande varianten kan de overheid blijven werken aan betere doelmatigheid in de curatieve zorg. Het uitgangspunt hierbij kan zijn dat er altijd een partij in positie moet zijn om te sturen op passende zorg. In het rapport zijn varianten opgenomen gericht op afsluiten zorgakkoorden, ongecontracteerde zorg niet meer vergoeden, de informatiepositie van verzekeraars verbeteren en inzetten prijsregulering. Waar knelpunten samenkomen en risico's voor de beheersing ontstaan, zoals in de tertiaire medisch-specialistische zorg, kan de overheid overwegen het beheersingsmodel hierop aan te passen.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

De komende decennia stijgt de vraag naar zorg snel, onder andere door de vergrijzing en de toenemende behandel mogelijkheden in de zorg. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) constateert in het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak'³ een houdbaarheidsopgave met drie dimensies. De zorg legt een steeds groter beslag op een beroepsbevolking die nauwelijks toeneemt (personele houdbaarheid) en op de welvaart (financiële houdbaarheid). Deze groei kan leiden tot verdringing van andere sectoren en belangen, zoals onderwijs, huisvesting, defensie en armoedebestrijding. De schaarste in de zorg en verdringing van andere sectoren kunnen het draagvlak voor het zorgstelsel aantasten (maatschappelijke houdbaarheid). De WRR adviseert de overheid om het vermogen om keuzes te maken over de collectieve zorg te versterken.

Het uitgaande kabinet heeft in reactie op het advies van de WRR een ambtelijke werkgroep ingesteld om uitvoeringsvarianten te verkennen, waarmee een volgend kabinet de beheersing van de zorguitgaven op macroniveau kan verbeteren.⁴ De taakopdracht is op 29 september 2022 aan het parlement gezonden (zie bijlage 2). Dit rapport bevat de analyse en mogelijke uitvoeringsvarianten van de technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven (TWMZ).

Ook het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Ouderenzorg⁵ geeft aan dat indien er niet ingegrepen wordt, de zorg niet langer houdbaar is. De kans is dan groot dat de noodzakelijke zorg niet meer voor iedereen toegankelijk is. Dit treft de meest kwetsbare mensen het meest.

Na het verstrekken van de taakopdracht is het kabinet Rutte-IV gevallen. De Studiegroep Begrotingsruimte (SBR) heeft daarom zoals gebruikelijk een advies voor een volgend kabinet opgesteld over de stabiliteit van de overheidsfinanciën en de economie. In haar eerste deelrapport schetst de SBR een opgave van structureel circa 17 miljard euro vanaf 2028.⁶ Hierbij adviseert de SBR dat ook in de zorg maatregelen nodig zijn. Deze kunnen bijdragen aan het invullen van de budgettaire opgave, maar maatregelen zijn ook nodig vanwege het toenemende beroep van de zorg op de krappe arbeidsmarkt en om te voorkomen dat de zorg vastloopt. Dit vraagt om actieve keuzes van de politiek.

De adviezen van de WRR en SBR illustreren het belang van onderbouwde en uitlegbare keuzes in de zorg. Zonder keuzes kan de schaarste op de arbeidsmarkt de groei van de zorg op een onbeheerste manier afremmen. De zorg waarvoor geen mensen beschikbaar zijn wordt dan niet meer geleverd. Op basis van de geraamde stijging van de zorgvraag verwacht ABF-research⁷ dat het huidige arbeidstekort toeneemt van circa 55 duizend fte tot 137 duizend fte in 2032. Hoewel op termijn weer een balans op de arbeidsmarkt kan ontstaan, is niet duidelijk wanneer en welke periode van arbeidsmarktfrictie hieraan voorafgaat. In de tussentijd kunnen personeelstekorten leiden tot een lagere zorgcapaciteit. Het uitblijven van politieke keuzes betekent dan dat het verdelingsvraagstuk volledig wordt neergelegd bij professionals in de praktijk, wat kan leiden tot het verstoppertje van de zorgketen, lange wachtlijsten, grotere verschillen tussen arm en rijk en slechtere zorguitkomsten.

³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021), *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2021-2022, 35 925-XVI-192.

⁵ IBO Ouderenzorg (2023), <https://www.rijksverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>.

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2022-2023, 36 200-187.

⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2022-2023, 29 282-510.

De oproep om keuzes te maken is niet nieuw. Achtereenvolgende kabinetten hebben gekozen om met veldpartijen te werken aan beheersing van de groei, om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te houden. Het uitgaande kabinet heeft bijvoorbeeld gekozen voor het afsluiten van een Integraal Zorgakkoord (IZA) en een Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO), waarin de overheid en veldpartijen afspraken maken over een verandering van het zorglandschap. Hoewel deze maatregelen bijdragen aan het beheersen van de ontwikkeling van de zorg, blijkt uit bovengenoemde rapporten dat ook in de toekomst steeds opnieuw scherpe keuzes gemaakt moeten worden om de zorg houdbaar te houden.

De politiek gebruikt beheersinstrumenten om dit soort keuzes te maken. Met deze instrumenten stuurt de overheid op de verdeling van mensen en middelen, zowel binnen de zorg als tussen verschillende sectoren. Zo kan de overheid bijvoorbeeld kiezen waar schaars zorgpersoneel wordt ingezet of een afweging maken tussen investeringen in de zorg of het onderwijs. De huidige beheersinstrumenten voor de zorg zijn voor verbetering vatbaar. Zo weet de politiek niet altijd welke keuzes mogelijk zijn en wat de gevolgen van deze keuzes zijn. Sommige instrumenten zijn grofmazig, waardoor deze niet geschikt zijn om gerichte keuzes te maken over de inzet van mensen en middelen. Ook is niet altijd duidelijk dat instrumenten effectief zijn, dus dat zij leiden tot verandering in de praktijk.

De beheersinstrumenten van de overheid zijn primair gericht op de uitgaven. Daarom wordt soms gedacht dat uitgavenbeheersing alleen gaat over financiële houdbaarheid. De overheid stuurt via de uitgaven echter op de verdeling van mensen en middelen. Als de overheid bijvoorbeeld wil reageren op tekorten door zorgpersoneel anders in te zetten, kan dit door in zorgakkoorden keuzes te maken over de ontwikkeling van verschillende sectoren. De overheid stuurt dan via de uitgaven op personele houdbaarheid. In de kern is uitgavenbeheersing hoe de overheid keuzes maakt in schaarste.

Dit rapport schetst technische uitvoeringsvarianten om keuzes te maken met de bestaande beheersinstrumenten, en mogelijkheden om de beheersinstrumenten te verbeteren. Niet alle maatregelen kunnen meteen worden ingevoerd. Zeker verdergaande aanpassingen van stelsels vragen een uitgebreide voorbereiding, die het komende kabinet zou kunnen starten om de beheersing op langere termijn te verbeteren. Alle keuzes hebben gevolgen. Daarom wordt bij de verschillende uitvoeringsvarianten in beeld gebracht wat deze gevolgen zijn en waar de kosten en baten terechtkomen. Het is aan de politiek om de maatschappelijke gevolgen te wegen en te kiezen.

1.2 Inhoud rapport en uitgangspunten

De werkgroep verkent varianten om de *beheersbaarheid* te verbeteren. Beheersbaarheid wordt gedefinieerd als het vermogen van de overheid om de ontwikkeling van de uitgaven in lijn te brengen en te houden met een gewenste politieke voorkeur. De analyse is dus gericht op het instrumentarium om te sturen op een gewenste uitgavenontwikkeling.

De werkgroep maakt geen eigen analyse van *houdbaarheid*. Dit begrip wordt gebruikt om de wenselijkheid of uitvoerbaarheid van de ontwikkeling van de zorg te duiden. De werkgroep geeft dus ook geen advies over de hoogte van de uitgaven. Voor analyse en adviezen over de uitgavenontwikkeling wordt onder andere verwezen naar de WRR en de SBR.

Beheersinstrumenten zijn *eigenstandig* of *gedelegeerd*. Bij eigenstandige instrumenten heeft de Rijksoverheid direct invloed op de uitgavenontwikkeling. Bij gedelegeerde instrumenten voert een andere partij de beheersing uit, zoals de zorgverzekeraars, de zorgkantoren of de gemeenten.

Dit rapport richt zich op het beheersinstrumentarium van de overheid om beter de keuzes te kunnen maken. Het *verbeteren* van eigenstandige instrumenten kan eruit bestaan dat de overheid

betere informatie krijgt om keuzes op te baseren. Daarnaast kunnen nieuwe instrumenten worden geïntroduceerd of bestaande instrumenten gericht of effectiever gemaakt. Bij gedelegeerde instrumenten zijn dezelfde verbeteringen mogelijk, maar dan voor de decentrale actor. Daarnaast kan de overheid de prikkels voor de decentrale actor aanpassen, om deze te stimuleren een gewenste rol in de beheersing uit te voeren. Een deel van de maatregelen bouwt voort op of scherpt reeds ingezet of uitgevoerd beleid aan. Daarnaast zijn er maatregelen die een andere manier van denken over het stelsel en onze zorg betekenen, die een paradigmashift betekenen.

De werkgroep schetst handelingsperspectief voor *korte en lange termijn*. Het korte termijn perspectief bestaat uit instrumenten die kunnen bijdragen aan uitgavenbeheersing in de komende kabinetsperiode. Dit zijn bestaande instrumenten met beperkte aanpassingen. Op langere termijn zijn grotere aanpassingen mogelijk, waaronder systeemwijzigingen waarbij rollen en verantwoordelijkheden in het stelsel fundamenteel veranderen. Deze varianten kunnen al in gang worden gezet of nader onderzocht, maar zullen in de komende kabinetsperiode nog geen of beperkt effect hebben op de uitgavenbeheersing.

Dit rapport beperkt zich grotendeels tot beheersing binnen het stelsel van zorg en ondersteuning, binnen een bredere context waarin ook beleid in andere domeinen tot preventie van zorg en positieve gezondheidseffecten kunnen leiden. Om zorg te voorkomen kan ook geïnvesteerd worden in bijvoorbeeld een veilige omgeving, goede arbeidsomstandigheden of goede huisvesting. Vanuit het gedachtengoed van *health in all policies* kan de overheid gezondheid op alle beleidsterreinen stimuleren, zodat een beroep op zorg zoveel mogelijk voorkomen wordt. Hoewel wordt ingegaan op preventie, bevat dit rapport geen volledige analyse van mogelijke maatregelen op andere beleidsterreinen met gevolgen voor de zorguitgaven.

De uitvoeringsvarianten zijn gericht op de *uitgaven in de Zvw en de Wlz*. Sommige varianten hebben gevolgen voor andere domeinen of voor andere uitkomsten, zoals de kwaliteit of toegankelijkheid van zorg. Deze worden toegelicht bij de varianten. De maatregelen in de langdurige zorg hebben consequenties voor het sociale domein, dat belegd is bij gemeenten. Daarbij moet rekening worden gehouden met de spankracht van deze medeoverheden. Op dit moment is de uitvoeringskracht van gemeenten beperkt omdat eerder gedecentraliseerde taken rond de uitvoering van de Participatiewet, Jeugdwet en Wmo 2015 (hierna: Wmo) op dit moment veel vragen van gemeenten. Indien voor deze maatregelen wordt gekozen, vergt dit een goede voorbereiding en de juiste randvoorwaarden zodat gemeenten hun nieuwe taken kunnen uitvoeren.

De uitvoeringsvarianten in dit rapport veronderstellen dat het ingezette beleid van het uitgaande kabinet wordt uitgevoerd. Door de val van het kabinet is dit beleid in veel gevallen nog niet volledig uitgewerkt en uitgevoerd. In de uitvoeringsvarianten is rekening gehouden met dat het beleid wél uitgevoerd is en wordt hier op voortgebouwd. In bijlage 4 wordt beschreven welke financiële risico's er zijn ten aanzien van het beleid dat nog niet uitgevoerd is bij aanvang van het nieuwe kabinet.

1.3 Aanpak

De technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven beantwoordt in dit rapport de hoofdvraag: *op welke wijze kan de beheersing van de uitgavenontwikkeling op macroniveau worden verbeterd?*

De werkgroep heeft geen doelopbrengst, maar maakt inzichtelijk welke mogelijkheden de verschillende varianten bieden om te sturen op de ontwikkeling van de zorguitgaven. Daarbij maakt de werkgroep inzichtelijk wat de bandbreedte van de potentiële opbrengsten is.

De werkgroep richt zich op het inzichtelijk maken van de mogelijkheden om het beleidsinstrumentarium te versterken om de zorguitgaven beter beheersbaar te maken en geeft geen advies over de mate waarin dit instrumentarium ingezet zou moeten worden om de houdbaarheid van de zorguitgaven te verbeteren.

De varianten worden concreet beschreven en worden op basis van beschikbare informatie technisch uitgewerkt. Daarbij is de expertise gevraagd van externe experts, medewerkers van Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en medewerkers van de Ministeries van VWS en Financiën. Ook zijn de varianten op hoofdlijnen juridisch getoetst. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft een marginale toets uitgevoerd op de tekst en de orde grootte van genoemde effecten. Dat betekent dat de effecten in een eventuele CPB doorrekening/ramingen anders kunnen uitpakken.

Wanneer onvoldoende informatie beschikbaar was om handelingsperspectief te schetsen, heeft de werkgroep nader onderzoek uitgezet. De werkgroep heeft een onderzoek laten uitvoeren naar vormen van een meer gesloten pakket in de curatieve zorg in een aantal Europese landen. Dit onderzoek is als bijlage gevoegd bij de publicatie van dit rapport. Ook heeft de werkgroep onderzoek uitgezet naar gedragseffecten bij een stelselwijziging. Dit rapport is in de afrondende fase en wordt zo spoedig als mogelijk naar het parlement verzonden. De tussentijdse resultaten van beide onderzoeken zijn meegenomen bij de uitwerking van uitvoeringsvarianten.

Ten slotte heeft de werkgroep ook opdracht gegeven voor een onderzoek naar de kosten van het persoonsgebonden budget (pgb) en de diverse vormen van zorg in natura in de Wlz. Dit onderzoek is niet op tijd afgerond om te kunnen betrekken bij de rapportage van de werkgroep, en heeft daarom niet geleid tot uitvoeringsvarianten. De resultaten van dit onderzoek worden eind 2024 verwacht.

1.4 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 staat een beschrijving van de ontwikkeling van de zorguitgaven. In hoofdstuk 3 volgt een analyse van de werking en de beperkingen van bestaande beheersinstrumenten in de langdurige en curatieve zorg. In hoofdstuk 4 schetst de werkgroep de mogelijke aanknopingspunten om de beheersinstrumenten te verbeteren en de uitvoeringsvarianten die daarbij mogelijk zijn. De technische uitwerking van de verschillende uitvoeringsvarianten is toegevoegd als bijlage 3.

2. Ontwikkeling zorguitgaven

Dit hoofdstuk beschrijft de historische ontwikkeling van de zorguitgaven, de verwachte ontwikkeling in de toekomst, welke factoren bepalend zijn voor de groei van de zorguitgaven en als laatst de manier waarop de groei van de zorguitgaven worden geraamd. Hieruit blijkt dat de zorguitgaven historisch gezien harder groeien dan de omvang van de economie. Echter in het afgelopen decennium lijken de zorguitgaven en de economie op een vergelijkbaar tempo te groeien. Dit patroon is vooral zichtbaar in de Zvw, waar de Wlz nog wel een hoger groeitempo heeft. Richting de toekomst verwacht het CPB dat de zorguitgaven weer harder zullen stijgen dan de omvang van de economie.

2.1 Historische ontwikkeling

Dit rapport is gericht op de collectief gefinancierde zorguitgaven die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vallen. Er zijn vele verschillende definities van zorguitgaven waarbij de sector zorg op verschillende manieren wordt afgebakend. De definitie van zorguitgaven die het beste aansluit bij het doel van het rapport is het netto uitgavenplafond zorg (UPZ) zoals ook in de begroting van VWS wordt gevolgd. Het netto UPZ bevat alle collectieve zorguitgaven (exclusief het deel wat via eigen betalingen wordt betaald) en een deel van beschermd wonen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

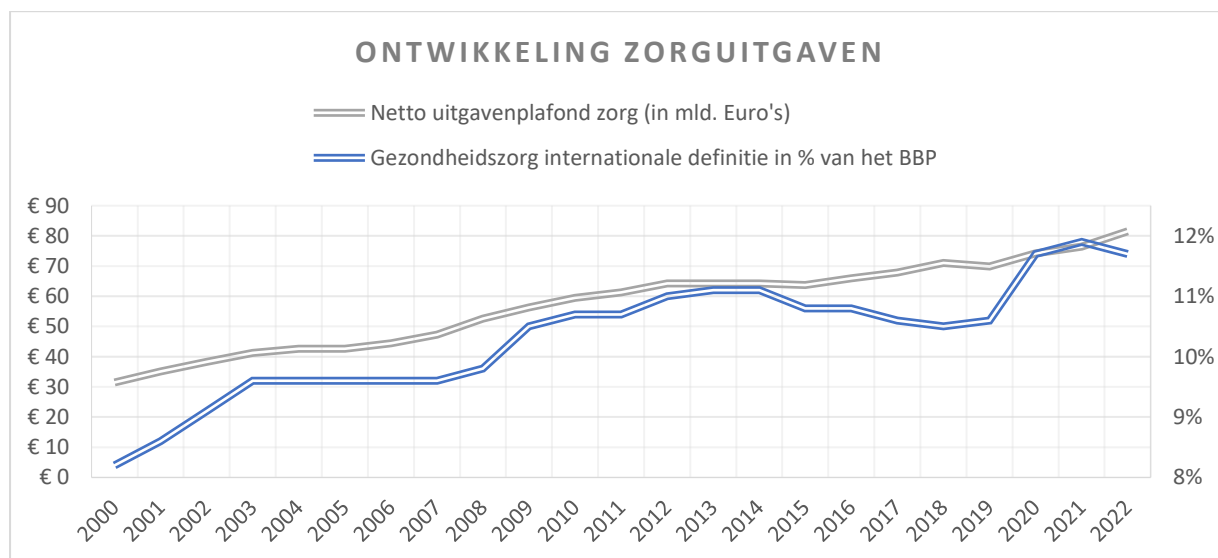
De zorguitgaven onder het netto UPZ zijn de afgelopen decennia toegenomen, van ongeveer € 31,5 mld. in 2000 tot ruim € 81 mld. nominaal in 2022. Als belangrijkste oorzaken van deze groei worden vaak de demografische en epidemiologische ontwikkeling genoemd en de ontwikkeling van nieuwe medische technologie. Daarnaast speelt ook de ontwikkeling van de lonen en prijzen een rol, deze liggen hoger in 2022 dan in 2000 wat een groot deel van de nominale stijging van de uitgaven verklaard. Deze stijging van de uitgaven aan zorg in euro's vertelt dus niet het gehele verhaal. Er zijn sinds 2000 meer mensen in Nederland, het prijspeil ligt hoger en het bruto binnenlands product (BBP) is gegroeid. Daarom wordt op de langere termijn gekeken naar de uitgaven als een percentage van het BBP. Dit geeft een beter beeld van welk deel van de economie aan zorg besteed wordt.

De langjarige groei van de zorguitgaven ligt boven de ontwikkeling van het BBP.⁸ Waar we in 2000 nog 7,7% van ons BBP aan zorg besteedde, is dat gestegen tot 11,2% in 2022. Sinds 2009 lijken de zorguitgaven en het BBP echter op een vergelijkbaar tempo te groeien, wat leidt tot een relatief constant percentage. In 2020 tot en met 2022 is een kleine stijging te zien van het percentage, wat het gevolg kan zijn van de coronacrisis op de zorguitgaven en de ontwikkeling van het BBP.

⁸ De meest gangbare definitie voor de zorguitgaven als percentage van het BBP is de internationale definitie zoals ook gerapporteerd door het CBS. Deze definitie van de zorguitgaven is breder dan het netto UPZ en bevat deels ook niet-collectief gefinancierde zorg, maar ook de andere definities van zorguitgaven laten veelal dezelfde trend zien.

Figuur 3 Ontwikkeling zorguitgaven

Bron: CBS en OECD (26 oktober 2023) percentage van BBP van OECD-statline (26 oktober 2023).

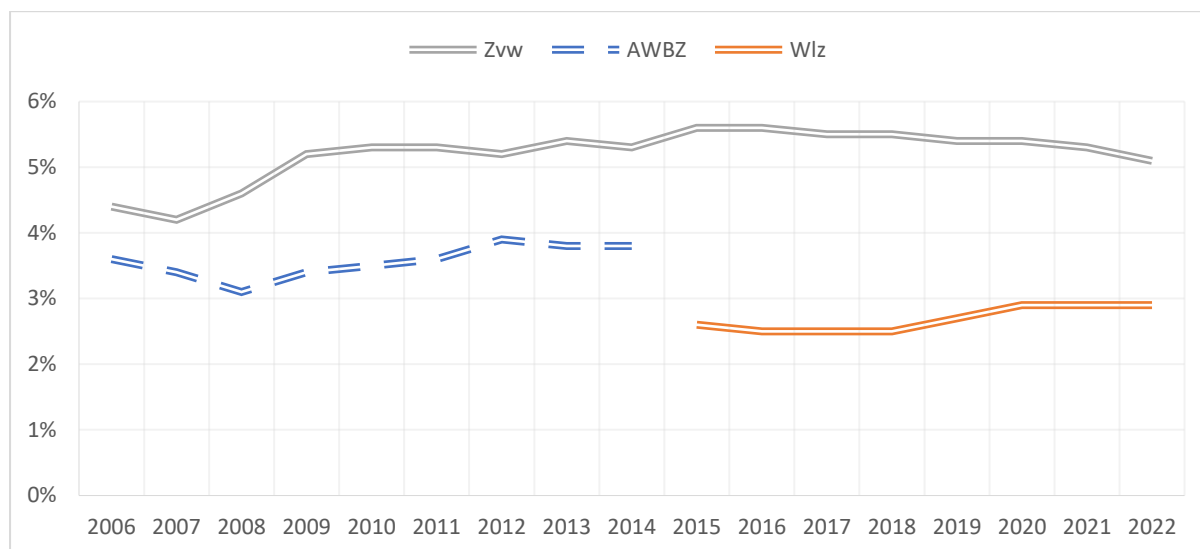


De collectieve uitgaven aan de Zvw en de Wlz groeien niet in hetzelfde tempo. Voor de Zvw geldt dat de uitgaven als percentage van het BBP zijn toegenomen na de introductie van de Zvw in 2006, maar daarna redelijk stabiel zijn gebleven. In de periode na de invoering van de Zvw is vooral het zorgvolume gestegen, waarbij de prijzen iets gedaald zijn. In het laatste decennium groeien de Zvw-uitgaven zelfs iets minder sterk dan het BBP, door de gevolgen van de economische recessie en de meerjarenakkoorden die in deze periode zijn afgesloten.⁹ Voor de Wlz-cijfers geldt dat er in 2015 een trendbreuk is te zien vanwege de invoering van de Wlz in 2015. Wanneer gekeken wordt naar de cijfers vanaf de invoering van de Wlz is daaruit af te leiden dat de Wlz-uitgaven het afgelopen decennium juist wel sterker zijn gegroeid dan het BBP, bijvoorbeeld als gevolg van het invoeren van het kwaliteitskader en de overheveling van delen van de intramurale ggz.

⁹ Polder (2018), *Zorguitgaven*, in: Jeurissen, Maarse en Tanke (red.), *Betaalbare zorg*, Sdu.

Figuur 4 Ontwikkeling uitgaven Zvw en Wlz als % BBP

Bron: CPB augustusraming (cMEV 2024), <https://www.cpb.nl/augustusraming-2023>.

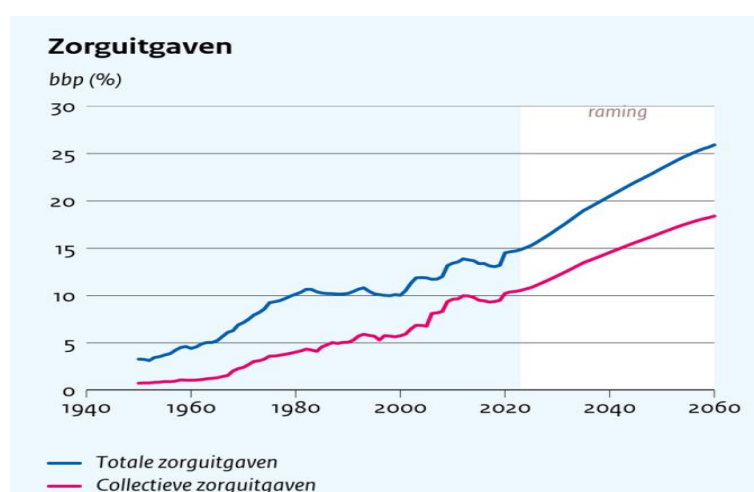


2.2 Verwachte ontwikkeling

Het CPB heeft recent een raming gemaakt van de verwachte ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven tot en met 2060.¹⁰ Daarin verwacht het CPB dat de langjarige trend, waarbij de zorguitgaven sterker stijgen dan het BBP, zal doorzetten richting de toekomst. De verwachting is dat we in 2060 ongeveer 18% van ons BBP zullen uitgaven aan zorg, ten opzichte van ongeveer 10% in 2022.¹¹

Figuur 5 Ontwikkeling zorguitgaven als % van bbp

Bron: CPB (2022), *Zorguitgaven, ons een zorg?*



¹⁰ CPB (2022), *Zorguitgaven, ons een zorg?*

¹¹ Ook het RIVM (*Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*) heeft een projectie gemaakt van de zorguitgaven in 2060. De uitkomsten zijn heel vergelijkbaar met de projectie van het CPB. Alleen gaat RIVM uit van een andere definitie van zorguitgaven.

De grootste stijging zal naar verwachting plaatsvinden in de Wlz, het aandeel van de Wlz in de totale zorguitgaven neemt naar verwachting toe van bijna één derde tot ruim 45%. Het CPB ziet een aantal redenen voor deze stijging. Ten eerste is de verwachting dat de vergrijzing een sterkere invloed heeft in de Wlz dan in andere sectoren. Daarnaast is de Wlz relatief arbeidsintensief, waardoor de stijging van de lonen een sterker effect op de uitgaven heeft. Tot slot ziet het CPB in de Wlz een relatief hogere overige groei, die het gevolg kan zijn van sociaal-culturele ontwikkelingen en de introductie van nieuwe technologieën.

2.3 Drijvers ontwikkeling zorguitgaven

Verschillende studies hebben onderzoek gedaan naar welke factoren bepalend zijn voor de groei van de totale zorguitgaven. Polder (2018) onderscheidt daarin vijf factoren die de ontwikkeling van de zorguitgaven drijven.¹²

Demografie

De groei en de samenstelling van de bevolking heeft een grote invloed op de vraag naar zorg. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verwacht dat de Nederlandse bevolking groeit naar ruim 20 miljoen mensen in 2060.¹³ Daarnaast verandert de samenstelling van de bevolking, omdat de bevolking gemiddeld genomen ouder wordt. Rond 2040 is de verwachting dat één op de vier inwoners 65 jaar of ouder is. Nu is dat nog één op de zes. Een grotere bevolkingsomvang en een oudere bevolking leiden tot een grotere vraag naar zorg en daarmee hogere zorguitgaven. De relatie tussen de hogere levensverwachting en zorguitgaven is meer diffuus. Een hogere levensverwachting zorgt naast hogere zorguitgaven ook voor een ander moment waarop de meeste zorguitgaven plaatsvinden, namelijk op hogere leeftijd. Daarnaast is er een wisselwerking tussen hogere uitgaven en de levensverwachting. Hogere zorguitgaven kunnen ook weer leiden tot een hogere levensverwachting.

Technologie en epidemiologie

Door technologische ontwikkelingen komen voortdurend nieuwe behandelingen beschikbaar, worden bestaande behandelingen verfijnd en komen nieuwe patiënten in aanmerking voor een behandeling. Dit draagt bij aan de potentiële gezondheidswinst van gezondheidszorg, maar leidt ook tot hogere uitgaven. Bijvoorbeeld door hogere prijzen, omdat nieuwe technologie bij de introductie vaak duurder is dan bestaande technologie of omdat de nieuwe technologie complementair is aan bestaande technologie en in combinatie gebruikt wordt. De zorgvraag kan bovendien toenemen omdat verfijndere behandelmethoden ook kunnen betekenen dat een behandeling aantrekkelijker wordt voor een grotere groep patiënten. Het meten van het effect van technologie op de zorguitgaven is overigens lastig, waardoor dit vaak als restpost gezien wordt.

Een belangrijk deel van de ziektelast hangt samen met factoren buiten het domein van zorg en gezondheid. Een derde van de ziektelast in Nederland is terug te herleiden op ongezond gedrag en een ongezonde leef- en werkomgeving. Ongezond gedrag, zoals roken, alcoholgebruik, te weinig bewegen en ongezonde voeding, is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Roken is hiervan de belangrijkste oorzaak. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast, met luchtverontreiniging als de belangrijkste oorzaak. Ongezonde arbeidsomstandigheden veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast. Sociale factoren, zoals bestaansonzekerheid, vergroten de kans dat iemand ongezond leeft en of in ongezonde omstandigheden terecht komt en zijn daarom een indirecte determinant van gezondheid. Een onzekere woonsituatie kan bijvoorbeeld een gezonde leefstijl bemoeilijken en resulteren in chronische stress. Op basis van de literatuur is het niet mogelijk de effecten van sociale factoren te kwantificeren in termen van ziektelast.

¹² Polder (2018), *Zorguitgaven*, in: Jeurissen, Maarse en. Tanke (red.), *Betaalbare zorg*, Sdu.

¹³ CBS, [Bevolking in de toekomst \(cbs.nl\)](https://www.cbs.nl)

Welvaart en inkomen

De zorguitgaven stijgen in bijna alle landen sneller dan het nationaal inkomen. Dit betekent dat mensen meer zorg gaan gebruiken naarmate het inkomen toeneemt. Dit kan het gevolg zijn van meerdere effecten: als de welvaart stijgt, neemt de vraag naar zorg toe. Daarnaast kunnen we de bestaande zorgvraag beter betalen. Voor een deel is dat effect endogeen, omdat overheden bij een groeiende economie bereid zijn om meer geld aan zorg uit te geven.

Arbeidsproductiviteit in de zorg

Ook in de zorg vinden innovaties plaats waardoor werknemers productiever worden. De arbeidsproductiviteitsontwikkeling blijft in de zorg echter achter bij die in de economie als geheel, net als bij veel andere arbeidsintensieve (publieke) diensten (ook wel de ziekte van Baumol genoemd). In de zorg zal tijd voor en contact met de patiënt altijd een belangrijk onderdeel zijn, terwijl in andere sectoren de arbeidsproductiviteit verbetert door in minder tijd diensten te verlenen of te produceren. Omdat ook werknemers in de zorg een concurrerend loon willen verdienen, stijgen de zorguitgaven harder dan de productiviteit waardoor ook de totale zorguitgaven stijgen.

Stelsel of beleid

Als laatste belangrijke post wordt de ontwikkeling van beleid en het stelsel benoemd. Zo bepaald de overheid welke voorzieningen onder het publieke stelsel vallen en kan de overheid maatregelen nemen die de collectieve zorguitgaven doen toe- of afnemen.

2.4 Ontwikkeling in vergelijking met andere landen

Het beeld dat de totale zorguitgaven langjarig sterker groeien dan het BBP is niet uniek voor Nederland. Ook in andere welvarende landen is hetzelfde patroon te zien. De *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) is de belangrijkste bron voor vergelijkingsmateriaal met andere landen.¹⁴ De Nederlandse zorguitgaven als percentage van het BBP (11,1% in 2020) zijn ook heel vergelijkbaar met het EU-gemiddelde van 10,9%. In een aantal Noordwest Europese landen, zoals Duitsland, Frankrijk en Zweden ligt dit percentage hoger. Daartegenover staat echter wel dat de zorguitgaven per hoofd van de bevolking in Nederland een van de hoogste zijn van Europa (op Duitsland, Zwitserland en Noorwegen na). In de periode 2013 tot 2019 is de groei van de zorguitgaven volgens de OECD-definitie in Nederland echter relatief laag geweest in vergelijking met het EU-gemiddelde. Verder onderscheidt Nederland zich van andere landen door relatief hoge uitgaven aan langdurige zorg en een lagere groei in de uitgaven aan curatieve zorg. Dit heeft mede te maken met de verschillen waarop de zorg georganiseerd is, waarbij Nederland een relatief sterk geformaliseerde langdurige zorg kent en waarbij een deel van de langdurige zorg die in Nederland in de caresector wordt gegeven, in andere landen onder de curatieve sector valt.

2.5 Ontwikkeling in vergelijking met andere sectoren

Over de afgelopen twee decennia, met name in het eerste decennium, is het aandeel van de zorguitgaven in de totale collectieve uitgaven gestegen ten opzichte van andere sectoren. In 2000 besloegen de zorguitgaven ongeveer 13% van de totale collectieve uitgaven en in 2022 is dat ongeveer 21%. In de andere twee grote collectieve sectoren, onderwijs en sociale zekerheid, is het aandeel in de collectieve uitgaven relatief stabiel gebleven.

Dat de zorguitgaven sterker gegroeid zijn dan de uitgaven van andere collectieve sectoren kan meerdere oorzaken hebben. Zo kan de demografische groei sectoren verschillend raken. In de periode tussen 2000 en 2022 is de Nederlandse bevolking met ruim 11% gestegen.¹⁵ De

¹⁴ OECD (2022), *Health at a Glance: Europe 2022*.

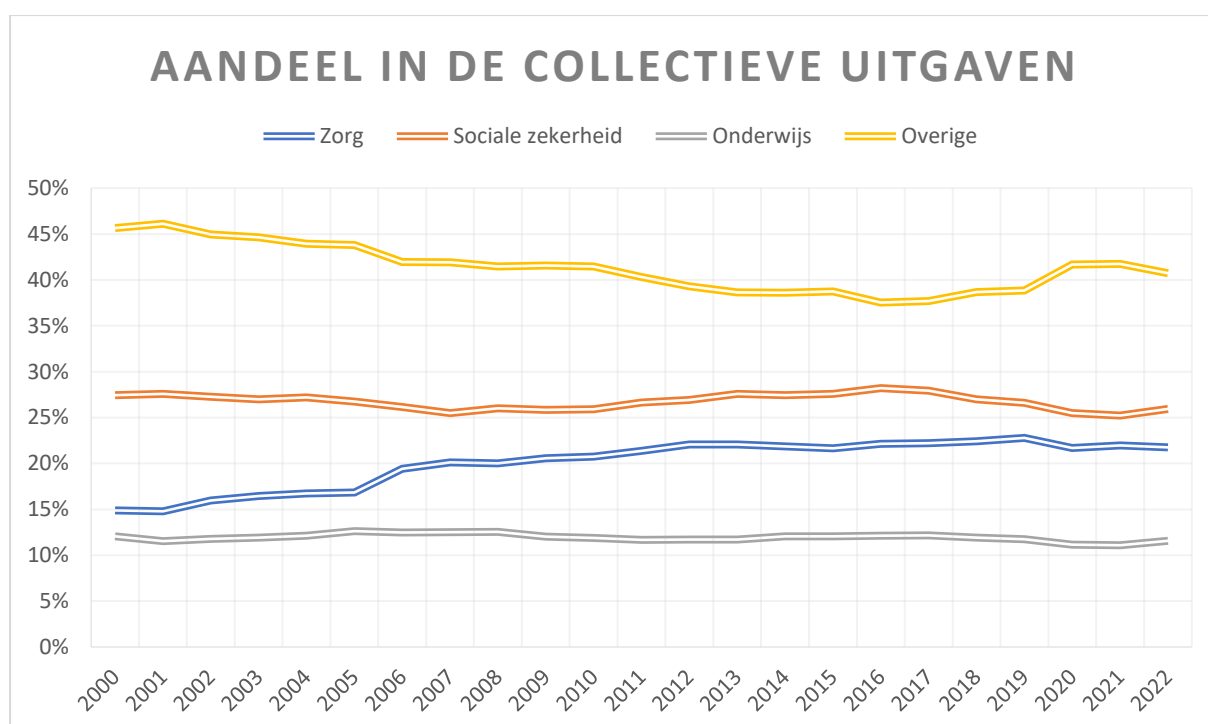
¹⁵ CBS, *StatLine - Bevolking op 1 januari en gemiddeld; geslacht, leeftijd en regio (cbs.nl)*

vergrijzing leidt ertoe dat meer mensen een beroep doen op de zorg. Het aantal 65-plussers is tussen 2000 en 2021 met bijna 65% toegenomen, wat weer invloed heeft op de vraag naar zorg en daarmee de uitgaven aan zorg. Ter vergelijking het aantal jongeren tot 21 jaar is in deze periode bijna stabiel gebleven.

Een ander verschil is dat in de zorgwetgeving is vastgelegd dat mensen recht hebben op zorg volgens de stand van wetenschap en praktijk. Het positieve gevolg van het recht op zorg volgens de stand van wetenschap en praktijk is dat steeds meer ziektes succesvol te behandelen zijn en er in de medische sector veel ruimte is voor (technologische) innovatie. Dit heeft echter ook invloed op de zorguitgaven. De uitgaven in het basispad groeien namelijk mee met de toenemende behandelbaarheden. Bij veel andere collectieve sectoren vragen kwaliteitsverbeteringen om een expliciet politiek besluit. In de zorg is dat onderdeel van de vigerende wet- en regelgeving. Dit laat echter onverlet dat het aan de politiek is om te bepalen of de geraamde groei van de zorguitgaven wenselijk is, of bijstelling vraagt in de vorm van inhoudelijk onderbouwde ombuigingen of intensiveringen.

Figuur 6 Aandeel in de collectieve zorguitgaven

Bron: CPB augustusraming (cMEV 2024), <https://www.cpb.nl/augustusraming-2023>.



2.6 Raming van de zorguitgaven en de totstandkoming van het basispad

Bij het aantreden van een nieuw kabinet wordt het UPZ vastgesteld voor de kabinetsperiode. In het UPZ wordt vastgelegd hoeveel de zorguitgaven jaarlijks mogen groeien. Onderdeel van het UPZ is de groeiruimte, deze ruimte is bedoeld voor het opvangen van de autonome volumegroei van de zorguitgaven. Daarnaast wordt de loon- en prijsontwikkeling, budgettaire effecten van (nieuw) beleid en de eigen betalingen meegenomen.

De groeiruimte wordt bepaald door de raming van de groei van de zorguitgaven door een onafhankelijke partij, namelijk het CPB. Het CPB beschrijft in hun middellangetermijnraming (MLT)

de ontwikkeling van de Nederlandse economie bij ongewijzigd beleid en deze wordt ook gebruikt om de financiële effecten van het regeerakkoord door te rekenen. De rol van de MLT bij het vaststellen van de groeirimte is daarom min of meer vanzelfsprekend.

Voor de zorg maakt het CPB daarvoor een raming op basis van realistische veronderstellingen, wat betekent dat de raming aangeeft aan wat de verwachte zorguitgaven zijn als het beleid doorloopt zonder nieuwe aanpassingen.¹⁶ Ongewijzigd beleid houdt in dat de raming aansluit bij de onderliggende wetgeving en de verankerde collectieve arrangementen. Bij zowel de Zvw als de Wlz is bepaald dat de inhoud en omvang van de verzekerde zorg mede wordt bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.

De verwachte zorguitgaven zijn daarbij afhankelijk van de extra behoefte aan en vraag naar zorg, voor zover het zorgaanbod dit mogelijk maakt. In de CPB-raming is rekening gehouden met de algemene inflatie, demografie, inkomensgroei per hoofd, de relatieve inputprijs van zorg (reële lonen en prijzen),¹⁷ overige groei gebaseerd op de referentieperiode 1990-2018 en beleid in de pijplijn (erfenis uit het verleden).

De door het CPB geraamde uitgavengroei in euro's wordt door VWS gebruikt om de volumegroeirimte te berekenen. Daarbij is het uitgangspunt dat VWS aansluit bij de nominale groei van de netto zorguitgaven exclusief de inschattingen van beleid. Van deze door het CPB berekende totale netto groei wordt de door VWS ingeschatte loon- en prijsontwikkeling afgehaald en de ontwikkeling van de eigen betalingen. Wat resteert is de groei die aan de volumeontwikkeling wordt toegewezen.

MLT van het CPB

Het CPB houdt in de middellange termijn (MLT) ramingen rekening met de decompositie van de uitgaven. Hiervoor maakt het CPB gebruik van trends in de historische ontwikkeling van de zorguitgaven. Daarbij gebruikt het CPB de jaren 1990-2018 als referentieperiode. In deze lange referentieperiode (28 jaar) was er sprake van zowel restrictief als expansief beleid. De beste schatting van de overige groei bij ongewijzigd beleid is daarom het langjarig gemiddelde van de overige groei over deze referentieperiode. In de decompositie wordt onderscheid gemaakt tussen algemene inflatie, demografie, inkomen per hoofd, reële lonen en prijzen (relatieve inputprijs van zorg), beleid in de pijplijn (erfenis uit het verleden) en een post overige groei. Onder de post overige groei vallen de drijvers die niet goed te meten zijn, bijvoorbeeld de eerdergenoemde technologie en sociaal-culturele ontwikkelingen.

De tabel hieronder toont de decompositie uit de meest recente MLT-zorgraming 2022-2025 (uit 2019) afgezet tegen de vorige MLT-raming (uit 2016) en de historische realisatie. De verwachting van het CPB was destijds dat de reële uitgaven over 2022-2025 minder hard stegen (2,7%) dan in de MLT ervoor over de periode 2018-2021 (3,4%) en de historische cijfers over 1990-2018 (3,0%).

Uit de decompositie blijkt dat demografie de belangrijkste drijvende factor is, waarbij dit nog iets prominenter is in de Wlz dan de Zvw. In de meest recente MLT-zorg verklaart dit ongeveer 50% van de totale stijging van de reële zorguitgaven. Het effect van het inkomen per hoofd (als proxy voor welvaartseffecten) is ongeveer 0,7%. Het effect van de reële loon en prijsontwikkeling in de zorg is ongeveer 0,5%. Als laatste is te zien dat het effect van overige groei in de Zvw heel beperkt is (0,1%) en in de Wlz (0,6%) iets groter. Het effect van overige groei op de totale zorguitgaven is lager dan in de voorgaande MLT-zorg.

¹⁶ CPB (2019), *Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025*.

¹⁷ Het gaat hierbij om de extra stijging van de inputprijzen van de zorg relatief ten opzichte van de algemene inflatie.

Tabel 1 Ontwikkeling van de zorguitgaven op basis van de middellangetermijnverkenning CPB

Bron: CPB (2019), Middellangetermijnverkenning zorg 2022-2025 en CPB (2016), Een raming van de zorguitgaven 2018-2021.

	MLT 2022-2025		TOTAAL	TOTAAL MLT 2018-2021	TOTAAL 1990-2018
	ZVW	WLZ			
Demografie	1,1	1,7	1,2	1,2	1,0
Inkomen per hoofd	0,7	0,6	0,7	0,7	1,2
Reële lonen en prijzen	0,5	0,5	0,5	0,7	0,5
Overige groei	0,1	0,6	0,3	0,9	0,3
Beleid	-0,1	0,2	0	-0,1	
Reële groei	2,3	3,6	2,7	3,4	3,0

3. Analyse beheersinstrumentarium

3.1 Analyse beheersinstrumentarium langdurige zorg

Deze paragraaf betreft de Wlz waarin het recht op langdurige zorg is geregeld. Omdat cliënten voordat ze een Wlz indicatie krijgen meestal hulp uit de Zvw (wijkverpleging) en Wmo (ondersteuning) ontvangen, wordt ook hier aandacht aan besteed.

3.1.1 Beleidstheorie Wlz

Met de hervorming van de langdurige zorg in 2015 wordt beoogd de kwaliteit te verbeteren en het beroep op formele zorg te verminderen. De beheersing van de zorguitgaven wordt vergroot door delen van de AWBZ-zorg over te hevelen naar gemeenten (Wmo 2015) en zorgverzekeraars (Zvw), dus partijen die risicodragend zijn voor de uitvoering. Deze partijen krijgen door de overheveling ook een groter speelveld, waardoor zij de samenhang met het gemeentelijke domein respectievelijk de curatieve zorg kunnen versterken. De overgebleven kern van de AWBZ is ondergebracht in de nieuwe Wlz. Het nieuwe stelsel in zijn totaliteit moet bijdragen aan het afvlakken van de groei in de uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning. Beleidstheorie is daarbij dat het geheel aan maatregelen zal leiden tot een verschuiving van duurdere naar goedkopere en van formele naar informele vormen van zorg en ondersteuning.

De uitgavenbeheersing in de Wlz is volgens de beleidstheorie vormgegeven door een onafhankelijke poortwachter en het vaststellen van het pakket, eigen betalingen en de contracteerruimte. De onafhankelijke poortwachter biedt een waarborg tegen aanbodgeïnduceerde zorg. Alle Wlz-cliënten met een vergelijkbare indicatie krijgen aanspraak op hetzelfde pakket aan zorg en hebben keuzevrijheid ten aanzien van de leveringsvorm, de aanbieder en de locatie. Per regio heeft één zorgkantoor de taak de Wlz-zorg voor de hele regio doelmatig in te kopen. Het Rijk stelt jaarlijks het Wlz-uitgavenplafond op macroniveau vast. Deze contracteerruimte wordt verdeeld onder de zorgkantoren, die binnen het toegekende regionale budget contracten met zorgaanbieders sluiten over de hoeveelheid en aard van de zorg, de prijs, klanttevredenheid en de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg. Daarbij zijn zorgkantoren wettelijk verplicht zorgaanbieders een reële prijs te bieden en zich aan de aanbestedingsregels te houden. Op de zorgverleningsmarkt concurreren de (gecontracteerde) zorgaanbieders om de klandizie van de Wlz-cliënten. Zorgaanbieders met de beste kwaliteit krijgen dan de meeste cliënten. Naast het goed reguleren van alle betrokken partijen, kan de overheid nog een directe invloed uitoefenen op de Wlz-uitgaven door te bepalen wat de inhoud van het verzekerde pakket is (pakketbeheer) en welk deel van de kosten de cliënt zelf moet betalen (eigen bijdragen).

3.1.2 Praktijk van beheersing in de Wlz

Nederland heeft hoge uitgaven van de langdurige zorg terwijl de piek van de vergrijzing nog moet komen. Dat zet op lange termijn de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid onder druk. Het uitgebreide verzekerde pakket speelt hierbij een rol. Onduidelijk is in hoeverre de relatief hoge uitgaven aan langdurige zorg in Nederland ten opzichte van andere landen samenhangen met lagere uitgaven aan bijvoorbeeld ziekenhuiszorg. Wel blijkt uit onderzoek dat er na opname in een verpleeghuis de ziekenhuiskosten dalen maar niet de totale zorgkosten.¹⁸ De hervorming van de langdurige zorg in 2015 is gepaard gegaan met een verlaging

¹⁸ Bakx, Wouters, van Dorslaer en Wong (2020), *Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival*, *Journal of Health Economics*.

van het beschikbare budget. Lichtere zorg wordt niet meer intramuraal vergoed en begeleiding en dagbesteding is verschoven naar de gemeenten. Inmiddels groeit de langdurige zorg weer sneller dan andere onderdelen van de zorg. De afgelopen jaren zijn de uitgaven in de verpleegzorg onder meer gestegen door de invoering van het kwaliteitskader. In het kwaliteitskader staan verschillende maatregelen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren; hiervoor is ook extra budget beschikbaar gesteld. Mede door de doorontwikkeling van het kwaliteitskader is de uitgavenimpuls door het kabinet Rutte IV beperkt. De gemiddelde uitgaven aan wijkverpleging zijn per cliënt tussen 2015 en 2019 gedaald, waarbij overigens het kabinet wel had voorzien in extra middelen vanwege de beweging naar meer zorg thuis. Deze ontwikkeling is consistent met empirische aanwijzingen dat (vooral) gemeenten¹⁹ cliënten vanuit de Wmo versneld Wlz-indicaties hebben laten aanvragen (zie onder de passage over gebrekkige prikkels). Zorgverzekeraars hebben daardoor minder wijkverpleging dan verwacht hoeven in te kopen.

Er wordt nog steeds veel uitgegeven aan intramurale zorg. In 2021 gaf Nederland in vergelijking met andere landen nog steeds relatief veel uit aan intramurale langdurige zorg²⁰. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)²¹ constateerde in 2018 dat mensen met beperkingen langer thuis wonen dan vroeger, maar dat er ook signalen zijn dat een deel van de thuiswonende ouderen niet de nodige of passende zorg krijgt. Dit roept de vraag op of de zorgbehoefte van deze doelgroep goed in beeld is en welk effect de hervorming van de langdurige zorg op hen heeft. De kosten en volume van de residentiële zorg zijn minder sterk gestegen (vergeleken met de AWBZ) door de strengere toegangscriteria. Maar onbekend is in hoeverre mensen die vroeger naar een instelling zouden zijn gegaan, en nu thuis blijven wonen, een beroep zijn gaan doen op de Wmo 2015 en de Zvw, en in hoeverre ze zich redden.

De beheersing van de uitgaven door middel van de Wlz-contracteerruimte is in de praktijk beperkt. De minister van VWS stelt het macrobedrag voor de contracteerruimte voor zorg in natura en voor het pgb vast in een kaderbrief. Dit macrobedrag wordt verdeeld naar budgettaire kaders voor iedere regio. Iedere regio/elk zorgkantoor kan binnen dit kader afspraken maken over de prijs en het volume met zorgaanbieders. Dit uitgavenkader werkt in theorie normerend, maar de praktijk leert dat zorgkantoren onvoldoende kunnen sturen op uitgavenbeheersing, mede door de onafhankelijke indicatiestelling in combinatie met het recht op zorg en de corresponderende zorgplicht, de keuzevrijheid in leveringsvormen, de geldende kwaliteitseisen en de reële prijzen die zorgkantoren moeten bieden. Zorgkantoren kunnen een te laag vastgesteld regiobudget juridisch aanvechten en zorgaanbieders een te laag tarief. Verder is het uitgavenplafond voor een bepaald jaar mede gebaseerd op ramingen van het volume. Lopende het jaar kan de realisatie echter tegenvallen, bijvoorbeeld omdat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) meer indicaties dan verwacht afgeeft, of mensen met een indicatie deze sneller of in relatief dure leveringsvormen verzilveren. Aanbieders en zorgkantoren worden dan geconfronteerd met extra vraag die om extra financiering door de overheid vraagt. Tussentijdse opwaartse bijstellingen van volumeramingen hebben in de praktijk geleid tot een accommoderende ophoging van het uitgavenplafond. Budgetkortingen of een (eenzijdige) verlaging van tarieven hebben als risico's dat aanbieders de kwaliteit verlagen (vooral op aspecten die niet of lastig te meten zijn) of dat de toegankelijkheid van zorg zodanig in het geding komt dat het recht op zorg wordt geschonden. Tekorten op het kader worden daarom door de overheid gedekt indien daar aantoonbare oorzaken voor zijn. De NZa informeert de minister over de toereikendheid van het Wlz-kader.

De overheid heeft de instrumenten pakketbeheer en eigen bijdragen beperkt ingezet. Nieuwe zorg wordt vergoed wanneer deze voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Momenteel wordt in de Wlz veel zorg geleverd die nog niet is getoetst aan dit criterium. Het

¹⁹ Alders en Schut (Health Policy 2022), *Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands*; Portrait, Krabbe-Alkemade, Budding en Canoy (Health Policy 2023), *Passing on the hot potato: Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government*;

²⁰ OECD (2023), *Health at a Glance 2023*.

²¹ SCP (2018), *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*

pakket van de Wlz-zorg is nog onvoldoende onderzocht op noodzakelijkheid en effectiviteit. De zorgverleners bepalen wat de zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is. De eigen bijdragen worden wel vastgesteld door de overheid. In Nederland zijn de eigen bijdragen in vergelijking met andere landen relatief laag²². Voor wijkverpleging in de Zvw geldt geen eigen risico of eigen bijdrage.

De indicatiestelling focust op het individu in isolatie en dat bemoeilijkt de beoogde transitie naar zorgpaden met meer informele zorg. Het CIZ weegt bij de indicatiestelling de sociale context van de betrokken persoon niet mee. In de AWBZ werd dit wel gedaan doordat de zogeheten gebruikelijke zorg buiten de aanspraak viel. Gebruikelijke zorg betreft de normale, dagelijkse zorg die partners en huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden op het gebied van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding. In de huidige Wlz is gebruikelijke zorg alleen van toepassing op ouders in relatie tot hun kinderen. De verruiming van de aanspraak in 2015 heeft geleid tot meer vraag naar collectief gefinancierde zorg en staat haaks op het streven naar meer zelfredzaamheid met hulp van de omgeving.

De Wlz-aanspraak betreft zorg met verblijf en dat bemoeilijkt de beoogde transitie naar meer zorg buiten een instelling. Een positieve indicatie van het CIZ geeft aanspraak op Wlz-zorg met verblijf. Cliënten hebben een grote mate van de keuzevrijheid met betrekking tot de leveringsvorm, de woonsituatie waarin de zorg wordt verleend, de zorgaanbieder en de locatie. Daarnaast geldt in grote lijnen dat elke Wlz-cliënt 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. Door de individuele keuzevrijheid wordt niet altijd de maatschappelijk meest doelmatige keuze gemaakt. De NZa²³ wijst erop dat een dergelijk arrangement de overheid en de zorgkantoren maar beperkte sturingsmogelijkheden biedt. Door de huidige krapte op de arbeidsmarkt zijn er wel wachtlijsten ontstaan. Instellingzorg kan noodzakelijk en doelmatig zijn doordat aanbieders op deze manier in staat zijn zorg en ondersteuning te bieden aan cliënten met een zeer tijdsintensieve zorgbehoefte. Los van de potentiële welzijnsmeerwaarde is instellingszorg vanuit maatschappelijk oogpunt ondoelmatig voor mensen die met minder zorg en ondersteuning ook zelfstandig zouden kunnen wonen en leven, doordat de huisvesting collectief vergoed wordt en doordat cliënten in een verpleeghuis vaak meer taken uit handen genomen worden dan nodig is, waardoor zij hun zelfstandigheid verliezen.

Gebrekkige prikkels in het zorgstelsel hinderen de beoogde transitie naar zorgpaden met meer informele zorg en preventie van langdurige zorg. Het feit dat de Wlz een aparte regeling is die wettelijk voorliggend is aan de Wmo 2015 en de Zvw speelt hierbij een belangrijke rol. Indien burgers een Wlz-indicatie van het CIZ hebben gekregen, hoeven gemeenten hen geen ondersteuning vanuit de Wmo en zorgverzekeraars hen geen verpleegzorg vanuit de Zvw te bieden. Ook kunnen gemeenten burgers verzoeken een Wlz-indicatie aan te vragen in het kader van de beoordeling voor Wmo-ondersteuning. De Wmo heeft tot hoofddoel de bevordering van maatschappelijke participatie (tegen eenzaamheid bijvoorbeeld) en het welzijn van de burgers. Meer inzetten op preventie en laagdrempelige ondersteuning vanuit de doelen het bevorderen van welzijn en participatie, kan ook leiden tot lagere kosten voor gemeenten zelf (minder kosten Wmo, Participatiewet) en lagere kosten in de Zvw. Gemeenten en verzekeraars hebben gebrekkige prikkels voor het voorkomen of uitstellen van langdurige intensieve zorg (preventie) op systeemniveau. Preventie en maximaal effectieve zorg vragen om het tijdig aanpakken en doorgeleiden van hulpvragen bij zelfstandig wonende ouderen en het gericht bieden van extra ondersteuning thuis door de gemeenten (Wmo 2015) en de zorgverzekeraars (wijkverpleging). De investeringen van een dergelijke systematische, preventieve aanpak zijn echter overwegend voor rekening van de gemeenten en in mindere mate de zorgverzekeraars, terwijl de baten van verminderde intensieve langdurige zorg toevallen aan

²² IBO Ouderenzorg (2023), <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>.

²³ NZa (2023), Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging.

het Wlz-budget van het Rijk. De “schotten” in de zorg creëren zo een klassiek “wrong-pocket” probleem, waardoor de aandacht kan verschuiven van werken-volgens-de-bedoeling ten behoeve van de burger naar werken met vooral oog voor de eigen financiële belangen.

Er bestaat op dit moment een (financiële) prikkel voor gemeenten om cliënten met een relatief zware zorgbehoefte richting de Wlz te laten bewegen. Voor zorgverzekeraars geldt dit ook, maar in duidelijk mindere mate²⁴. De ondersteuning van deze burgers wordt dan vanuit de Wlz betaald. De gemeente kan de bespaarde middelen aan andere zaken en burgers uitgeven. Onderzoek²⁵ laat zien dat in 2018 en 2019 in de gemiddelde gemeente de instroom in de Wlz sterk is toegenomen, terwijl de gemiddelde gemeentelijke populatie van kwetsbare ouderen niet significant wijzigde. Ook is de Wlz-instroom systematisch hoger in gemeenten met een relatief zwakke financiële positie.²⁶ Voor zorgverzekeraars staan tegenover lagere kosten voor wijkverpleging ook lagere inkomsten vanuit de risicoverevening die sterk gecorreleerd zijn met de feitelijke kosten. Zij ervaren vooral een financiële prikkel voor doorverwijzen naar de Wlz voor cliënten met zeer hoge kosten wijkverpleging. Daarbij speelt mee dat het CIZ bij de indicatiestelling de sociale context van de betrokken burger niet meeweegt; de Wlz is gericht op het individu. Het is dus denkbaar dat iemand die (als geïsoleerd individu beschouwd) langdurige intensieve zorg nodig heeft, toch met hulp van gerichte maatschappelijke ondersteuning, wijkverpleging en hulp van zijn informele netwerk even goed of beter af kan zijn dan met Wlz-zorg. De gemeente kan en mag in een dergelijke situatie ondersteuning bieden, maar heeft daarvoor geen prikkel. Overigens geldt andersom ook dat iemand met Wmo en Zvw ondersteuning en zorg beter af kan zijn in de Wlz.

Er zijn weinig prikkels voor doelmatigheid, uitkomsten en arbeidsbesparende zorgtechnologie in de Wlz. De NZa²⁷ heeft kostenverschillen van ongeveer 7% geconstateerd bij aanbieders in de verpleeghuissector. Deze verschillen kunnen zowel wenselijke kostenverschillen als potentiële verbeterruimte signaleren. De daadwerkelijke mogelijke doelmatigheidswinst ligt vermoedelijk lager dan 7%. Zorgkantoren proberen aanbieders aan te zetten tot doelmatigheidsverbetering, implementatie van zorgtechnologie en (sociale) innovatie door het aanbieden van spiegelinformatie en informatie over *best practices*. Dit speelt echter een zeer beperkte rol voor het tarief dat een individuele aanbieder ontvangt.

- De beleidstheorie van de Wlz leunt met name op niet-financiële prikkels om de doelmatige levering van zorg (gegeven kwaliteit) te bevorderen. Zorgkantoren zijn daarbij niet risicodragend en ervaren dus geen financiële prikkel om doelmatig in te kopen. Zorgkantoren ondervinden niet-financiële, bestuurlijke prikkels vanuit het toezicht door de NZa. De bewegingsruimte van de zorgkantoren is bovendien beperkt omdat de afgesproken prijs reëel moet zijn, zij zich aan aanbestedingsregels moeten houden en er schaarste heerst op de markt. De maximumtarieven worden aan de hand van periodiek kostenonderzoek vastgesteld door de NZa. Daarnaast worden de tarieven geïndexeerd en kunnen ze tussentijds worden aangepast. In de praktijk heeft maar een betrekkelijk klein deel van de aanbieders een tarief dat in theorie direct aanzet tot efficiencyverbetering uit bedrijfseconomische noodzaak.
- Er is weinig goed vergelijkbare en betrouwbare informatie over kwaliteit en de uitkomsten voor de cliënt beschikbaar. Aanbieders hoeven in de huidige marktomstandigheden ook niet hard te concurreren om cliënten. Veel aanbieders hebben een forse wachtlijst. Cliënten kunnen niet via het stemmen met de voeten de aanbieders met hoge kwaliteit de markt naar zich toe laten trekken. De NZa²⁸ concludeert dat de uitkomsten voor de cliënt een te geringe rol spelen bij de contractonderhandelingen. Zorgkantoren gebruiken hun

²⁴ Bakx, Schut en Wouterse (2020), *Price setting in long-term care in the Netherlands*, Erasmus School of Health Policy & Management https://www.eur.nl/sites/corporate/files/2020-11/bakx-schut-wouterse_2020_price-setting-long-term-care_research-report-eshpm.pdf.

²⁵ Alders en Schut (Health Policy 2022), *Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands*.

²⁶ Alders en Schut (Health Policy 2022), *Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands*; Portrait, Krabbe-Alkemade, Budding en Canoy (Health Policy 2023), *Passing on the hot potato: Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government*.

²⁷ NZa (2020). *Advies Integrale vergelijking verpleeghuiscosts*.

²⁸ NZa (2020), *Onderzoeksrapport Sturing op kwaliteitsverbetering verpleeghuiszorg door zorgkantoren*.

kwaliteitsdiagnoses onvoldoende als onderbouwing voor resultaatgerichte maatwerkafspraken met zorgaanbieders over prijs en kwaliteit.

- Arbeidsbesparende technologie en (sociale) innovatie komen op dit moment nog onvoldoende van de grond in de langdurige zorg, terwijl hier mogelijk veel potentieel zit²⁹. Een adequate inzet op zorgtechnologie is noodzakelijk voor een toekomstbestendige bedrijfsvoering. Dit vergt wel de nodige investeringen en inspanningen. Volgens de NZa vormt de bekostiging geen groot knelpunt voor de implementatie van bewezen zorgtechnologie; de integrale tarieven bieden daarvoor voldoende ruimte. Er zijn grote verschillen in de mate waarin zorgaanbieders zorgtechnologie gebruiken. Bij koplopers is zorgtechnologie integraal onderdeel van de zorgverlening en wordt de inzet daarvan opgenomen in het zorgplan. De trage adoptie van arbeidsbesparende technologie hangt onder meer samen met knelpunten als ontbrekende vaardigheden bij het personeel en het organiseren van de benodigde (cultuur)omslag in de manier van werken. Ook de beperkte doelmatigheidsprikkels in de Wlz en de schaarste op de markt spelen een rol.

Er zijn knelpunten voor een goede afstemming tussen de zorgdomeinen om het potentieel van de beoogde beweging naar langer zelfstandig thuis te realiseren. De knelpunten betreffen onder andere verschillen in regelgeving, zoals de verschillende bekostigingsvormen. Daarnaast zijn er cultuurverschillen tussen professionals in verschillende domeinen. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het uitgangspunt van waaruit de zorg geleverd wordt (wat kan ik bieden vs. wat kan de cliënt zelf). Ook de tijd en energie die samenwerking en afstemming kost levert onvoldoende op en in de beleving van de betrokken actoren is die tijd onvoldoende beschikbaar.³⁰

Specifiek voor de doelgroep geestelijke gezondheidszorg (ggz) en gehandicaptenzorg (ghz) gelden nog aanvullende knelpunten. In de langdurige ggz is sinds de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis sprake van een aanhoudend hoge instroom van cliënten in de Wlz (ggz-wonen) vanuit met name de Wmo. Vervolgens is in de Wlz geen prikkel tot uitstroom, omdat iemand daar een levenslange indicatie heeft. In principe is de Wlz ook bedoeld voor mensen die een zeer beperkt herstelperspectief hebben, en zou die prikkel tot uitstroom er dus ook niet hoeven zijn. De aanhoudend hoge instroom in de Wlz roept de vraag op of er daadwerkelijk een zeer beperkt herstelperspectief is voor cliënten in ggz-wonen. Een groot knelpunt in de ghz is de toenemende schaarste op de arbeidsmarkt. Gehandicaptenzorg is arbeidsintensieve zorg. Breed binnen de ghz wordt een groot tekort aan personeel ervaren. Ook neemt de complexiteit van de zorgvragen neemt toe, waardoor het steeds lastiger is een passende plek voor de cliënt te vinden. Dit is nu bijvoorbeeld te zien door een relatief sterke toename van cliënten met VG7. Het RIVM verwacht dat de ghz in een vergelijkbaar – zij het een iets lager – tempo als de ouderenzorg groeit, van iets meer dan 9 miljard in 2015 naar bijna 30 miljard in 2060³¹.

3.1.3 Toekomstige ontwikkeling van beheersing in de Wlz

Er is een beweging gestart met het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) om zorg en ondersteuning te verschuiven naar de voorkant. Met het WOZO-programma leggen de verschillende partijen uit de ouderenzorgsector een nieuwe norm vast: zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan. De partijen in de ouderenzorg werken toe naar ouderenzorg en -ondersteuning waarbij ouderen zo veel mogelijk zelfredzaam zijn. Dit is een proces van lange adem, het afgelopen jaar zijn beperkte stappen gezet. In het kader van WOZO wordt momenteel ook ingezet op het scheiden van wonen en zorg, wat betekent dat huur en zorgkosten apart worden gefinancierd.

²⁹ SiRM (2023), *Geschat potentieel digitale zorg: Onderzoek naar opbrengsten digitalisering van zorg.*

³⁰ Raad Volksgezondheid & Samenleving (2022), *Advies Grenzeloos samenwerken?*

³¹ RIVM (2020), *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*

De zorgvraag in de langdurige zorg zal in de komende decennia sterk toenemen, vooral als gevolg van demografische ontwikkelingen. Dezelfde demografische en sociaal-culturele veranderingen betekenen ook dat het beschikbare arbeidsaanbod en het mantelzorgpotentieel zullen afnemen en het aantal alleenstaande ouderen zal toenemen. De dreigende tekorten aan arbeid en vrijwilligers spelen ook in andere sectoren en het is niet evident dat de zorgsector voldoende formele en informele arbeid zal kunnen aantrekken. Aan de andere kant kunnen zorgaanbieders meer dan nu geneigd zijn sneller en breder bewezen arbeidsbesparende zorgtechnologie te implementeren en meer te investeren in (sociale) innovaties. De overheid zal hoe dan ook scherpere keuzes moeten maken om tot een maatschappelijk doelmatige inzet van personeel, zorgplekken en financiële middelen te komen. Welke collectief gefinancierde zorg dient aan welke doelgroep en in welke setting te worden geleverd? De overheid kan de werking van het stelsel te verbeteren of de uitgavenbeheersing anders vorm te geven om de langdurige zorg beheersbaar en organiseerbaar te houden.

Daarbij kan het moeilijker worden om binnen de huidige beleidsarrangementen een verdere verschuiving van formele naar informele zorg en van intramurale naar extramurale zorg te realiseren. De krapte op de zorgmarkt kan ertoe leiden dat zorgkantoren minder goed in staat zijn voorwaarden te stellen bij de inkoop van zorg die de beoogde transitie ondersteunen. Ook de maatschappelijke ondersteuning en de wijkverpleging worden geconfronteerd met arbeidsschaarste. Dat betekent dat de prikkel om cliënten door te sturen naar de Wlz wellicht nog sterker gevoeld wordt. Aan de andere kant ligt er ook de kans om de beoogde domeinoverstijgende samenwerking een grote impuls te geven en via de coöperatieve route het maatschappelijke probleem op te lossen. De NZa³² heeft in een recent advies erop gewezen dat de huidige breed gedefinieerde Wlz-aanspraak in combinatie met de grote keuzevrijheid voor de leveringsvorm de overheid en de zorgkantoren maar beperkte sturingsmogelijkheden bieden om de geambieerde WOZO-transities te realiseren. De afname van het mantelzorgpotentieel zou kunnen betekenen dat er sterkere prikkels nodig zijn voor burgers om informele zorg te organiseren. Dat potentieel biedt zeker nog ruimte gegeven dat bijna driekwart van de groep 65-75-jarigen geen mantelzorg ontvangt of verleent.³³

3.2 Analyse beheersinstrumentarium curatieve zorg

3.2.1 Beleidstheorie Zvw

In de beleidstheorie van de Zvw wordt de uitgavenbeheersing grotendeels gedelegeerd. De overheid heeft de verantwoordelijkheid voor het organiseren van het aanbod neergelegd bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Deze partijen moeten er voor zorgen dat de zorg zo doelmatig mogelijk wordt geleverd. De overheid stuurt zelf op de uitgaven door de grenzen van de collectieve zorg te bepalen en door randvoorwaarden te stellen aan de decentrale beheersing.

De wetgever beoogt met de Zvw een doelmatiger zorgstelsel met gereguleerde marktwerking. De zorgverzekering is vormgegeven als een schadeverzekering. Iedereen moet zich verzekeren bij een verzekeraar voor zorg die wordt geleverd door private zorgaanbieders. De interactie van de verzekeraar, de zorgaanbieder en de patiënt/verzekeringshouder op drie deelmarkten moet de partijen prikkelen om te komen tot kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg:

- Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren zorgverzekeraars met hun polis aanbod om de gunst van de verzekerden, door zich te onderscheiden met een gunstige mix van premie, kwaliteit en dekking. Een belangrijke aanname hierbij is dat verzekerden in staat zijn om verschillen in prijs en kwaliteit tussen verzekeraars en polissen te onderscheiden.

³² NZa (2023), *Advies Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging*.

³³ Canoy, Krabbe en Koolman (2022), *Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken*, ESB <https://esb.nu/laat-ouderen-zelf-ouderenzorg-houdbaar-maken/d0ycvv47t-roufeauel6iked3qg/>.

- Op de zorginkoopmarkt proberen zorgverzekeraars tegen zo gunstig mogelijke voorwaarden zorg in te kopen. Door selectieve inkoop stimuleren zij zorgaanbieders beter te presteren. Belangrijke aannames hierbij zijn dat het merendeel van de zorggebruikers een natura polis heeft en gebruik maakt van gecontracteerde zorgaanbieders en dat verzekeraars voldoende marktmacht en informatie hebben voor effectieve zorginkoop.
- Op de zorgverleningsmarkt concurreren zorgaanbieders om de gunst van zorggebruikers. Zorgaanbieders met een gunstige mix van effectiviteit en kwaliteit worden beloond met een hogere omzet. De prijs speelt een minder prominente rol omdat de zorggebruiker verzekerd is voor de kosten en alleen via eigen betalingen meebetaalt. Een belangrijke aanname hierbij is dat verzekerden inzicht hebben in verschillen in kwaliteit tussen zorgaanbieders en daarnaar handelen.

De overheid is verantwoordelijk voor het systeem en heeft een aantal eigenstandige instrumenten. De overheid vult haar systeemverantwoordelijkheid in de eerste plaats in door het stellen van randvoorwaarden om de verschillende deelmarkten te laten functioneren zoals beoogd. Bijvoorbeeld geldt op de zorgverzekeringsmarkt een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie in combinatie met een systeem van risicoverevening om universele toegang en risicosolidariteit te borgen. Ook kan de overheid deelmarkten structureren om doelmatigheidsprikkels te geven, bijvoorbeeld met bekostigingsmodellen en prijsregulering. Volgens de beleidstheorie beheerst de overheid de uitgavenontwikkeling eigenstandig vooral door de inhoud van het verzekerde pakket te bepalen (pakketbeheer) en door te bepalen welk deel van de kosten wordt betaald door de verzekeraar en de patiënt (eigen risico en eigen bijdragen). De overheid kan richting zorgaanbieders sturen op eisen aan kwaliteit bijvoorbeeld via de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Ook is er het beheersinstrument van de informatiestroom, inclusief het AVG aspect.

3.2.2 Praktijk van beheersing in de Zvw

De kosten van de curatieve zorg zijn in de afgelopen 15 jaar minder hard gestegen in Nederland dan in andere landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau.³⁴ De uitgaven aan curatieve zorg liggen in Nederland beneden het OECD gemiddelde, terwijl de kwaliteit en de toegankelijkheid bovengemiddeld scoren.³⁵ Het is aannemelijk dat de uitbreiding van de risicodragendheid van verzekeraars sinds 2007 en de introductie van het nieuwe instrument van zorgakkoorden sinds 2012 hebben bijgedragen aan een daling van de uitgavenontwikkeling, terwijl de wachtlijsten over het algemeen niet navenant zijn toegenomen en de kwaliteit van de zorg onverminderd hoog is³⁶.

De verschillende deelmarkten functioneren niet volledig zoals beoogd:

- Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren verzekeraars vooral op de hoogte van de premie. Verzekerden geven aan dit het belangrijkste te vinden bij de keuze voor een zorgverzekering. De premieconcurrentie wordt versterkt doordat verzekerden weinig informatie hebben over de service en kwaliteit van ingekochte zorg.³⁷ De risicoverevening voorkomt risicoselectie, maar is niet volledig in staat prikkels tot risicoselectie te voorkomen.
- Op de zorginkoopmarkt is selectieve contractering beperkt van de grond gekomen. Dit komt onder andere door het ontbreken van kwaliteitsinformatie. Ook de maatschappij (patiënten, politici) willen dat iedere zorgaanbieder voor iedereen toegankelijk moet zijn. Hiernaast is sprake van consolidatie van aanbieders in de medisch specialistische zorg (MSZ), wat heeft geleid tot meer grote organisaties met veel marktmacht. In de wijkverpleging en de ggz beperkt het hinderpaalcriterium de onderhandelingsmacht van zorgverzekeraars. Hiernaast zijn zorgverzekeraars sinds 2012 meer gebruik gaan maken

³⁴ OECD health data (2019).

³⁵ OECD (2021), *The Netherlands: Country Health Profile 2021*.

³⁶ Jeurissen en Maarse (2021), *The market reform in Dutch health care, World Health Organization*.

³⁷ NZa (2022), *Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2022*.

van aanneemsommen in de medisch specialistisch zorg om de uitgaven te beheersen, dit vermindert de prijstransparantie. In segmenten waar substantiële concurrentie plaatsvindt staat niet vast dat deze concurrentie leidt tot betere of mindere kwaliteit. Wel kan de concurrentie leiden tot uitgavenbesparing. Bijvoorbeeld in de apotheekzorg is aannemelijk dat het preferentiebeleid heeft geleid tot lagere uitgaven.

- Op de zorgverleningsmarkt hebben patiënten onvolledige informatie, waardoor zij minder goed in staat zijn om te kiezen voor kwalitatief goede en doelmatige zorg. Zij hebben een informatieachterstand ten opzichte van zorgaanbieders wat betreft de medische noodzaak en kwaliteit van medisch handelen. Ook is er voor veel medische beroepen sprake van schaarste, waardoor de keuze tussen zorgaanbieders beperkt kan zijn.

De overheid heeft weinig eigenstandige instrumenten om direct in te grijpen in de uitgavenontwikkeling. Het stelsel gaat er in de regel niet vanuit dat de overheid zelf stuurt op het aanbod of de prijs van zorg. Het sturen op het aanbod van zorg is grotendeels gedelegeerd naar zorgverzekeraars. De overheid heeft hierdoor weinig instrumenten om uitgaven zelf direct te beheersen, maar zorgt wel dat de randvoorwaarden voor het goed functioneren van de Zvw op orde zijn. De afgelopen tien jaar heeft de overheid maatregelen genomen om de decentrale beheersing te verbeteren door de deelmarkten beter te laten functioneren, zoals de uitbreiding van de risicodragende inkoop door verzekeraars en het vrijgeven van tarieven in de medisch specialistische zorg, en het verbeteren van de risicoverevening. Meer recent zijn dit soort maatregelen echter beperkter, zoals het beschikbaar maken van meer uitkomstinformatie voor de zorginkoop- en zorgverleningsmarkten.

De overheid maakt weinig gebruik van eigenstandige instrumenten die er wel zijn, zoals pakketbeheer en eigen betalingen. Het pakketbeheer is een logisch beheersinstrument binnen het gekozen stelsel, maar ingrepen in het verzekerde pakket komen weinig voor. Dit komt onder andere omdat de overheid onvoldoende informatie heeft over de inhoud van het verzekerde pakket om onderbouwde keuzes te maken. De instrumenten laten het ook niet altijd toe om gericht specifieke zorg uit het pakket te verwijderen (bijvoorbeeld zorg die in bepaalde situaties niet-passend is) of om zeker te zijn dat keuzes over het pakket in de praktijk leiden tot het beoogde gedrag. Het schrappen van zorg kan om deze redenen stuiten op weerstand, omdat patiënten zorg niet ontvangen of zelf moeten betalen. Het voornemen om bepaalde zorg uit het pakket te halen, leidt tot maatschappelijke en politieke druk om de zorg toch collectief te blijven financieren. Het instrument eigen betalingen is vormgegeven door het eigen risico en door eigen bijdragen. In internationaal perspectief zijn de eigen betalingen in Nederland laag.³⁸ De indexatie van de hoogte van het eigen risico is door het vorige en uitgaande kabinet bevroren en groeit daardoor niet mee met de zorguitgaven.

De afgelopen tien jaar stuurt de overheid vooral met een nieuw instrument: de zorgakkoorden. In deze akkoorden maakt de overheid afspraken met veldpartijen over de gewenste inhoudelijke ontwikkelingen en budgettaire kaders. De akkoorden hebben sinds 2012 waarschijnlijk bijgedragen aan een demping van kostengroei.³⁹ De besparing kan (deels) verklaard worden door een versterking van het gepast gebruik, een meer doelmatige bedrijfsvoering, meer en betere samenwerking tussen zorgaanbieders, een hogere arbeidsproductiviteit, uitgestelde kwaliteitsverbeteringen of een demping van prikkels voor aanbod gestuurde groei. De akkoorden hebben zorgverzekeraars beter in staat gesteld om te onderhandelen, vooral in sectoren als de medisch specialistische zorg waar grote aanbieders marktmacht hebben. Het macrobeheersinstrument (mbi) geeft de overheid een stok achter de deur om partijen tot goede afspraken te bewegen en de naleving te waarborgen. Hiermee kan de overheid een overschrijding van budgettaire kaders terugvorderen bij zorgaanbieders. Hoewel de akkoorden in de praktijk een centraal beheersinstrument zijn, kunnen ook hier kanttekeningen bij worden geplaatst. Zo is niet duidelijk of besparingen worden gerealiseerd door de inhoudelijke afspraken of door andere keuzes in de praktijk, waardoor de gevolgen van het afspreken van een bepaald budgettair kader niet

³⁸ OECD (2021), *The Netherlands: Country Health Profile 2021*.

³⁹ SiRM (2021), *Een vernieuwd akkoord*.

altijd duidelijk zijn. Daarnaast is de overheid afhankelijk van veldpartijen, die deze onderhandelingspositie kunnen gebruiken om gevestigde deelbelangen te borgen. Ten slotte is het mbi relatief ongericht, omdat overschrijdingen worden verhaald op hele zorgsectoren in plaats van de verzekeraars of aanbieders die overschrijdingen veroorzaken.

3.2.3 Toekomstige ontwikkeling van beheersing in de Zvw

De toenemende zorgvraag betekent dat vaker lastige keuzes moeten worden gemaakt.

Door de stijgende levensverwachting en vergrijzing nemen het aantal ouderdomsziekten en het beroep op zorg toe. Tegelijkertijd neemt het aantal mensen dat mantelzorg kan verlenen af en het aantal alleenwonende ouderen toe. Nieuwe behandelmogelijkheden leiden tot gezondheidswinst, maar ook vaak tot hoger zorggebruik, doordat aandoeningen waar voorheen mensen aan overleden of mee moesten leren leven, nu behandelbaar zijn. Daarnaast is een trend zichtbaar van afnemende meeropbrengsten, waarbij nieuwe behandelmogelijkheden grotere investeringen vragen om een extra gezond levensjaar te realiseren. Mede hierdoor is vaker de vraag of deze investeringen de meest effectieve inzet van mensen en middelen zijn om gezondheid te realiseren, bijvoorbeeld in vergelijking met preventie, leefomgeving of onderwijs. Al deze ontwikkelingen vragen om het maken van lastige keuzes over de verdeling van schaars personeel en financiële middelen.

Door deze toenemende zorgvraag is het huidige beheersinstrumenten niet meer optimaal om keuzes te maken over doelmatige en beheerste groei van de zorguitgaven.

Het gedelegeerde stelsel vertrouwt op zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten om te komen tot een doelmatig zorgaanbod dat volledig voldoet aan een gegeven zorgvraag. De sterk toenemende zorgvraag vraagt echter om afwegingen tussen de zorg en andere collectieve sectoren en om prioritering binnen de zorgvraag. Het maken van een afweging tussen de zorg en andere bestemmingen van collectieve middelen is aan de overheid, die de informatie en democratische legitimiteit heeft om deze afweging te maken. Het prioriteren binnen de zorgvraag gebeurt nu in de praktijk vaak door zorgprofessionals, maar een te groot beroep op dit vermogen kan leiden tot wachtlijsten, overwerkt zorgpersoneel en een niet-optimale verdeling van zorgcapaciteit.⁴⁰ De zorgverzekeraar heeft een wettelijke plicht om de verzekerde zorg te leveren en heeft daardoor beperkte mogelijkheden te prioriteren binnen de zorgvraag.

De gedelegeerde beheersinstrumenten kunnen minder effectief worden door de instroom van nieuwe behandelmogelijkheden en afnemende ruimte voor selectieve contractering. De groei in de curatieve zorg wordt de komende decennia in belangrijke mate bepaald door innovatie. Voor zover innovatie gepaard gaat met verdergaande specialisatie en de inzet van dure medische technologie, vereist dit samenwerking in grotere ketens, die de invloedssfeer van individuele verzekeraars overstijgen, waardoor hun vermogen om op basis van selectieve inkoop de doelmatigheid van de zorg te verbeteren verder kan afnemen. Op dit moment wordt de invulling van het recht op zorg in hoge mate aan veldpartijen gelaten, vanuit de gedachte dat veldpartijen het beste zicht hebben op goede zorg en een grotere rol van de overheid ten koste gaat van innovatie en kwaliteit. Nog onduidelijk is in hoeverre zorgpartijen bij schaarste op basis van zelfregulering in staat zijn te prioriteren bij de implementatie van nieuwe behandelmogelijkheden. Het risico bestaat hierdoor dat dure nieuwe zorgvormen leiden tot verdringing van basiszorg met een grotere gezondheidswinst of dat nieuwe behandelmethoden die leiden tot lagere zorgkosten niet worden geïmplementeerd. Ook langs andere mechanismen kan toenemende schaarste de gedelegeerde beheersing beperken. Een toenemende spanning tussen de zorgvraag en het aanbod kan de marktmacht van zorgaanbieders versterken en het vermogen van zorgverzekeraars verzwakken om op basis van selectief contracteren de doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

⁴⁰ *Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021), Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak.*

Zorgakkoorden adresseren een aantal tekortkomingen in het beheersinstrumentarium, maar de vraag is of dit nog toepasbaar is bij toenemende schaarste. De zorgakkoorden bieden in de praktijk een alternatief voor de overheid om de totale ontwikkeling van de curatieve zorg en de ontwikkeling per zorgsector te beheersen. Zo kan de overheid prioriteren tussen verschillende onderdelen van de zorg en andere bestedingen van collectieve middelen. De afgesproken financiële kaders versterken het vermogen van verzekeraars om doelmatigheidsverbetering af te spreken in een situatie met toenemende marktmacht van aanbieders. In de inhoudelijke agenda van de akkoorden worden afspraken gemaakt over het bereiken van de afgesproken financiële kaders, waarbij zowel de overheid als veldpartijen acties ondernemen. Deze afspraken zijn echter nog vaak gericht op het organiseren van een meer doelmatig zorgaanbod. Naarmate de schaarste toeneemt, en mogelijkheden om doelmatiger te werken worden uitgeput, zullen vaker keuzes moeten worden gemaakt die prioritering aanbrengen in de zorgvraag, zoals pakketmaatregelen. Het vertrouwen op zorgakkoorden als centraal beheersinstrument, kan betekenen dat de opgave alsnog voor een groot deel wordt neergelegd bij zorgprofessionals die hiervoor moeten prioriteren in de zorgvraag.

3.3 Arbeidsmarkt en loonvorming

Zoals in de inleiding van dit rapport al aan de orde kwam, legt de zorg niet alleen een steeds groter beslag op de welvaart, maar ook op de arbeidsmarkt. Op basis van de geraamde stijging van de zorgvraag verwacht ABF-research dat het huidige arbeidstekort toeneemt van circa 50 duizend personen tot 115 duizend in 2030. Ook daarna zal het arbeidsmarkttekort naar verwachting verder toenemen als gevolg van de stijgende zorgvraag in combinatie met een gelijkblijvend of zelfs dalend arbeidsaanbod tot 2040⁴¹.

Via arbeidsmarktbeleid wordt geprobeerd de trend van oplopende tekorten te keren. Onder het kabinet Rutte III via het actieprogramma “Werken in de zorg” en nu via het programma “Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn” (TAZ). In eerste instantie lag het zwaartepunt daarbij vooral op het vergroten van de instroom van personeel, maar dit is gedurende de tijd verschoven naar de inzet op het behoud van personeel en anders werken (verhogen van de arbeidsproductiviteit). De ambitie van het programma TAZ is om een transitie in gang te zetten naar passende en arbeidsbesparende zorg, zodat ook in de toekomst niet meer dan 1 op 6 werkenden in zorg en welzijn werkzaam is. Dit met het oog op het afremmen van het toenemend beroep van de zorg op de arbeidsmarkt.

Gegeven de grote kloof tussen enerzijds de stijgende zorgvraag en anderzijds het stagnerend arbeidsaanbod ligt het echter niet in de lijn der verwachting dat enkel met arbeidsmarktbeleid en de inzet op passende zorg en preventie het personeelsprobleem kan worden opgelost. Dit vraagt ook om maatregelen die het beroep op zorg inperken en daarmee om lastige politieke keuzes. De zorg staat daarbij niet op zichzelf. Dit vraagstuk speelt ook breder, namelijk als het gaat om het maken van keuzes tussen publieke doelen en in de (fasering van de) aanpak van maatschappelijke opgaven. Gegeven de aanhoudende krapte op de arbeidsmarkt is het niet mogelijk om alle publieke doelen (zoals de energietransitie, het versterken van de Nederlandse defensie, het verbeteren van de kwaliteit van onderwijs en kwalitatief goede zorg voor iedereen die dat nodig heeft) in de gewenste snelheid te bereiken. Blijven die keuzes uit, dan bestaat er een grote kans dat geen van de publieke doelen in zijn geheel wordt behaald.

Personeelskosten maken een groot deel uit van de totale zorgkosten (circa 60%). De mismatch tussen de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit enerzijds en de loonontwikkeling die nodig is om werken in de zorg aantrekkelijk te houden anderzijds, is een belangrijke drijver van de stijging van de zorguitgaven. Het vergroten van de financiële houdbaar door te drukken op de groei van de loonkosten vergroot echter - zeker in een krappe arbeidsmarkt - de problematiek van de personele

⁴¹ CPB (2019), *Arbeidsparticipatie en gewerkte uren tot en met 2060*. CPB Achtergronddocument

houdbaarheid. Tegen de achtergrond van toenemende arbeidsmarkttekorten is het van belang voor volgende kabinetten een beleid te kunnen voeren dat de arbeidsproductiviteitsontwikkeling bevordert, de aantrekkelijkheid van werken in de zorg behoudt of versterkt en tegelijkertijd de betaalbaarheid bewaakt. Via de OVA-systematiek stelt de overheid ieder jaar op basis van een rekenregel marktconforme loonruimte beschikbaar aan de sector. Deze systematiek zorgt voor relatieve beleidsrust en een gelijkmatige loonontwikkeling omdat een beleidsmatige knop - zoals bij de referentiesystematiek in de andere publieke sectoren - ontbreekt. In tijden van arbeidsmarktkrapte draagt het ook bij aan de beheersbaarheid van de uitgaven, doordat er dan vooral druk zal zijn om de loonruimte beleidsmatig te verhogen. Het OVA-convenant beperkt wel de sturingsmogelijkheden voor de overheid, doordat niet eenzijdig kan worden besloten tot een verlaging dan wel verhoging van de overheidsbijdrage. Daarnaast is het - aangezien de productiviteitsontwikkeling en de arbeidsmarktsituatie binnen de zorg kan verschillen - mogelijk van belang om waar nodig te kunnen differentiëren in loonruimte tussen deelsectoren. Vanwege het OVA-convenant zou dit alleen kunnen met instemming van de meerderheid van de werkgevers in de zorg. Tot slot worden de sturingsmogelijkheden door verzekeraars als het gaat om kostenbeheersing enigszins beperkt, doordat in de praktijk de verwachting bestaat dat de OVA wordt doorgegeven aan aanbieders. In dit rapport zijn geen specifieke maatregelen op het gebied van arbeidsmarkt opgenomen. Wel wordt bij de opgenomen uitvoeringsvarianten waar mogelijk het effect op de arbeidsmarkt beschreven.

4. Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten voor een betere beheersing van de zorguitgaven

In hoofdstuk 2 is de ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven beschreven. Bij ongewijzigd beleid stijgen de zorguitgaven in de periode 2025-2028 met ongeveer 18 miljard euro. De 17e Studiegroep Begrotingsruimte constateert op basis van deze ontwikkeling dat de zorgvraag sneller stijgt dan de economie en de beroepsbevolking.⁴² Nederland besteedt een steeds groter deel van het inkomen aan zorg, waardoor een kleiner deel resteert voor andere private en collectieve doelen. Deze ontwikkeling werkt door op de arbeidsmarkt: het aandeel van de beroepsbevolking dat werkt in de zorg stijgt bij ongewijzigd beleid naar verwachting van 16% in 2019 naar 36,5% in 2060. Dit heeft verstrekkende gevolgen voor de rest van de economie en de samenleving. De snelle groei van de zorg leidt ondertussen tot een groeiend gat tussen zorgaanbod en zorgvraag. Dit kan leiden tot wachtlijsten en toenemende druk op zorgprofessionals, die moeten kiezen voor welke burgers de beperkte capaciteit wordt ingezet. De SBR adviseert de politiek daarom, in lijn met eerder advies van de WRR⁴³, keuzes te maken om de zorguitgaven te beheersen.

In hoofdstuk 3 zijn de instrumenten beschreven waarmee de overheid keuzes maakt over de inzet van middelen en mensen. Het gaat hierbij zowel om gedelegeerde instrumenten, waarbij keuzes worden gemaakt door zorgkantoren of zorgverzekeraars, als om eigenstandige instrumenten waarmee de overheid zelf kan sturen. Deze instrumenten kunnen op onderdelen worden verbeterd. Uiteindelijk vraagt het maken van keuzes echter om bewuste politieke besluiten om schaarse mensen en middelen te prioriteren. De technische werkgroep heeft de analyse in het vorige hoofdstuk als aanknopingspunt gebruikt om te komen tot mogelijke maatregelen voor een betere beheersing van de zorguitgaven. De werkgroep wil erop wijzen dat er ook andere rapporten zijn met maatregelen om de zorguitgaven te beheersen zoals bijvoorbeeld Zorgkeuzes in Kaart⁴⁴, Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) ouderenzorg⁴⁵ en de ombuigingslijst⁴⁶.

In dit hoofdstuk worden aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten geschetst voor de beheersing van de zorguitgaven in de Wlz en de Zvw. Op korte termijn kunnen keuzes worden gemaakt met bestaande instrumenten, waaronder de eigen betalingen en de afbakening van het verzekerde pakket. Op langere termijn verschillen de aanknopingspunten voor de Zvw en Wlz. Voor de Wlz is een stelselwijziging te overwegen, waarbij bijvoorbeeld kan worden gekozen tussen een systeem met betere financiële prikkels voor de betrokken partijen of een systeem met meer overheidsregulering. Voor de Zvw ligt een stelselwijziging minder voor de hand, omdat de bestaande beheersing beter functioneert. Aanknopingspunten liggen in het verbeteren van de gedelegeerde beheersing en het aanvullen en inzetten van de eigen instrumenten van de overheid om keuzes te maken. De technische werkgroep heeft bij de uitwerking van de uitvoeringsvarianten als uitgangspunt genomen dat het beleid dat is ingezet door het kabinet Rutte IV is uitgevoerd. Door de val van het kabinet is nog niet al het beleid ingevoerd.

Indien een nieuw kabinet de groei van het basispad wil volgen voor de zorg moet rekening worden gehouden met het ingezette beleid, waaronder het IZA en het WOZO. De opbrengsten van dit beleid zijn voor de komende jaren al ingeboekt. Voor IZA is een taakstelling oplopend tot € 1,2 miljard in 2037 ingeboekt en voor WOZO is een besparing tot € 1,2 miljard in 2052 verwerkt. Het afzien van deze maatregelen zal leiden tot een stijging van de zorguitgaven. Uiteraard kan ook ander beleid worden ingezet met dezelfde opbrengst of kan een kabinet er voor kiezen de

⁴² 17^e Studiegroep Begrotingsruimte (2023), *Bijsturen met het oog op de toekomst*.

⁴³ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2021), *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

⁴⁴ CPB, ministerie van VWS en ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>

⁴⁵ IBO Ouderenzorg (2023), <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>.

⁴⁶ Ministerie van Financiën (2023), *Ombuigingslijst* <https://www.rijksfinancien.nl/ombuigingslijst-2023>.

zorguitgaven verder te laten groeien. Wil een nieuw kabinet de zorguitgaven minder laten stijgen dan het basispad dan zijn aanvullende maatregelen nodig. Deze maatregelen vragen om aanvullende scherpe keuzes.

Een aantal uitvoeringsvarianten heeft ook consequenties op andere beleidsterreinen zoals het sociaal domein. Voor deze uitvoeringsvarianten is het noodzakelijk dat de randvoorwaarden in de andere domeinen zijn geregeld.

Mantelzorg

Een belangrijk aandachtspunt bij de uitvoeringsvarianten is dat er een beroep wordt gedaan op de zelfredzaamheid van de burger en het zelforganiserend vermogen van de samenleving. Daar is mantelzorg een onderdeel van. De vraag naar mantelzorg neemt toe, onder andere door de vergrijzing. Maar ook omdat de overheid inzet op het beperken van de zorguitgaven, waardoor onderdelen van de formele zorg verschuiven naar de informele zorg. Als nieuwe maatregelen leiden tot een extra beroep op mantelzorgers, is het van belang dat rekening wordt gehouden met het vermogen en de capaciteit van (potentiële) mantelzorgers om (extra) zorg en ondersteuning te leveren.

Er is geen doorslaggevend onderzoek dat de omvang van het mantelzorgpotentieel in kaart brengt. Een internationale studie van de OECD⁴⁷ laat zien dat het aandeel 50+ers dat mantelzorg verleent in Nederland iets boven het OECD-gemiddelde ligt. Het onderzoek is echter gebaseerd op een survey en brengt niet het potentieel in kaart. Het SCP⁴⁸ concludeerde in een recente position paper dat door de vergrijzing het mantelzorgpotentieel afneemt. Ook is het beleid vanuit de overheid gericht op het verhogen van de arbeidsparticipatie waarbij meer mensen aan het werk gaan, parttimers meer uren gaan werken en ouderen langer doorwerken. Het geven van mantelzorg kan ten koste gaan van (meer) deelname aan betaald werk en andersom.

Tegelijkertijd worden mensen steeds gezonder oud en kunnen zij langer mantelzorg verlenen, ook na de gepensioneerde leeftijd. Daarnaast zijn er grote verschillen tussen groepen. Zo verlenen vrouwen verlenen gemiddeld meer uren mantelzorg dan mannen (circa 60% om 40%). Deze verdeling ligt nog schever bij mensen met een migratieachtergrond, waar vrouwen meer en gemiddeld intensievere hulp verlenen.

Vanuit de beschikbare kennis zijn er daarom weinig aanknopingspunten om te bepalen welk potentieel er is om de zorg anders te organiseren met een groter beroep op mantelzorg en wat de gevolgen hiervan zouden zijn voor mantelzorgers en voor de arbeidsmarkt. Hiervoor is meer onderzoek nodig.

In paragraaf 4.1 wordt ingegaan op de beschikbare beslisinformatie en in paragraaf 4.2 op de rol van preventie bij de beheersing van zorguitgaven. In paragraaf 4.3 en 4.4 volgen de aanknopingspunten voor de stelsels van de Wlz en de Zvw en worden deze aanknopingspunten vertaald naar opties voor beleidsmaatregelen. In de bijlage 3 worden deze beleidsmaatregelen uitgewerkt. Bij de uitwerking wordt ook ingegaan op de effecten van de maatregelen op drie dimensies zoals opgenomen in het rapport van de WRR: financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid.

⁴⁷ OECD (2021), *Health at a glance 2021: OECD Indicators*, [stat.link/b3nj6o](https://doi.org/10.1787/854046730000).

⁴⁸ SCP (2023), *Meer integrale visie op mantelzorg nodig*. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2023/09/28/meer-integrale-visie-op-mantelzorg-nodig>

4.1 Mogelijkheden om de beslisinformatie te verbeteren

Het maken van keuzes begint bij goede beslisinformatie. De overheid heeft informatie nodig om een integrale afweging te kunnen maken over de inzet van schaarse mensen en middelen. Dit is zowel van belang voor de allocatie van middelen tussen sectoren – zoals zorg, onderwijs, defensie en infrastructuur – als voor de allocatie binnen sectoren. Daarnaast stelt goede beslisinformatie de overheid in staat om gericht in te grijpen, met oog voor de effecten. De overheid kan dan specifiek besluiten om de groei te remmen in sectoren die snel groeien, om bijvoorbeeld de toegankelijkheid van cruciale zorg of extra inzet op preventie te financieren.

Betere beslisinformatie over de zorg stelt de overheid in staat om gericht te sturen in een decentraal georganiseerd stelsel. Zoals beschreven in hoofdstuk 3 kennen de zorguitgaven op de langere termijn een sterk opwaartse trend. Deze trend is zichtbaar in alle landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau en hangt samen met de vergrijzing, het toenemende beroep op formele zorg en de toenemende behandelmogelijkheden. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 wordt in de zorg gebruik gemaakt van private markten (of quasi-markten) om tot een doelmatige inzet van middelen te komen. Zowel de Zvw als de Wlz kennen open aanspraken, waarbij alle Nederlanders recht hebben op de zorg die hij of zij nodig heeft. Om hier doelmatig invulling aan te geven is de Zvw vormgegeven als een particuliere schadelastverzekering en wordt de Wlz als publiekrechtelijke regeling uitgevoerd door private partijen. Door deze vormgeving van het zorgstelsel is het inzicht van de overheid in de achterliggende ontwikkeling beperkt.

Goede beslisinformatie begint met inzicht in het basispad dat het uitgangspunt vormt voor de besluitvorming. De ontwikkeling binnen de zorg komt tot stand door processen waarvoor de overheid wel de kaders bepaalt, maar voor de realisatie afhankelijk is van het oordeel en de uitvoering door private partijen. Deze ontwikkeling leidt tot realisaties van de zorguitgaven in het verleden en zijn leidend in de ramingen van zowel het CPB als VWS en Financiën voor de komende kabinetsperiode. Deze raming van het basispad vormt het anker voor de besluitvorming, omdat deze de inrichting van het stelsel zo goed mogelijk weerspiegelt. Hieraan gekoppeld zit echter ook een ankereffect op korte termijn. Afremmen van de onderliggende groei wordt hierdoor gezien als bezuiniging. De overheid stuurt het basispad bij door maatregelen te nemen, zowel in reactie op onder- en overschrijdingen tijdens de kabinetsperiode als in een coalitieakkoord voor het komende kabinet. Goede beslisinformatie omvat dus zowel het uitgangspunt (de raming van het basispad), de effecten van beleid en de resulterende ontwikkeling van de zorguitgaven. Goede beslisinformatie laat dus zowel de horizontale als verticale ontwikkeling van de zorguitgaven zien.

Beter inzicht in de opbouw van het basispad en de aard van kostenstijgingen in de zorg stelt de overheid beter in staat om gerichte maatregelen te nemen en deze beter te onderbouwen. Het versterken van het inzicht in de opbouw en aard van deze ontwikkeling stelt de overheid in staat om de gevolgen en wenselijkheid van deze autonome ontwikkeling beter in te schatten. Het is belangrijk om beter inzicht te krijgen in de onderliggende factoren, zoals demografie, kwaliteit, inflatie van de kosten en de post 'overige factoren' zo klein mogelijk te maken. Daarmee ontstaat inzicht in de determinanten van de groei in de zorg. Dit geeft desgewenst de mogelijkheid om een expliciete afweging te maken over deze ontwikkeling. Het is belangrijk om – waar mogelijk – dit inzicht te verkrijgen voor subsectoren van de zorg, om ook bij te kunnen sturen op de ontwikkeling per sector.

Uitvoeringsvariant 1. Versterken informatiepositie ten behoeve van besluitvorming

In deze variant staat beschreven hoe de beslisinformatie kan worden verbeterd.

4.2 Mogelijkheden om door middel van preventie de houdbaarheid van de zorg te verbeteren

Met beleid dat aangrijpt op de oorzaken van ongezondheid, is vaak meer gezondheidswinst te halen, dan door te investeren in meer zorg. Het gaat dan om het rekening houden met de gezondheid van burgers in alle beleidsterreinen. Ook factoren buiten het gezondheidsstelsel hebben invloed op de algemene gezondheidstoestand en de kwaliteit van leven van de bevolking. Bijvoorbeeld bestaanszekerheid, onderwijs en de fysieke en sociale leefomgeving kunnen een rol spelen. Vanuit het publieke belang is het dan ook optimaler om te investeren in andere beleidsterreinen om het beroep op zorg op de langere termijn te laten afnemen, dan eenzijdig de uitgaven aan gezondheidsreparatie te laten ophopen. Een derde van de ziektelast in Nederland is namelijk te herleiden naar vermijdbare schade door ongezond gedrag, een ongezonde leefomgeving en ongezonde werkomstandigheden. Afgezet tegen curatieve interventies zijn preventieve interventies vaak effectiever en kostenefficiënter om de volksgezondheid te verbeteren, dan het behandelen van aandoeningen, ziekten of ongevallen.

Het effect van preventie op de zorguitgaven is vaak moeilijk inzichtelijk te maken.

De invloed van preventie op de zorguitgaven verschilt per ziektebeeld en per maatregel. Doordat preventie ingrijpt aan het begin van de keten van ongezondheid, ziekte en zorg, zijn er brede maatschappelijke baten te behalen, waaronder een hogere arbeidsproductiviteit en arbeidsparticipatie en hoger welzijn, maar zijn de effecten op de zorgkosten aan het einde van de keten vaak moeilijk inzichtelijk te maken. Zo kan het effect van preventie op de zorgkosten over de levensloop van een individueel persoon bezien teniet gedaan worden, doordat deze persoon te maken krijgt met ziekten op latere leeftijd, zoals dementie. Een andere risico is dat de vrijgekomen zorgcapaciteit opgevuld wordt met andere behandelingen, waardoor de zorgkosten in totaal niet dalen. Hoewel een verschuiving van middelen van zorg naar preventie tot betere gezondheidsuitkomsten kan leiden, kan dit betekenen dat dit niet automatisch leidt tot lagere zorguitgaven. Om dit te realiseren zou inzet op preventie gecombineerd moeten worden met actieve kostenbeheersing.

Door te investeren in gezonde leefstijlprogramma's en de inzet van prijsmaatregelen en regulering ten aanzien van ongezonde leefstijlkeuzes verbetert de gezondheid van mensen. Voor sommige maatregelen geldt dat deze ook in eerste orde kostenbesparend kunnen zijn omdat ze bijdragen aan een lagere zorgvraag. Wetenschappelijk onderzoek biedt hierin inzicht. Maar ook waar geen direct effect is op de totale zorguitgaven, kan gezondheidsbevordering bijdragen aan de houdbaarheidsopgaven. Zo kan preventie ervoor zorgen dat mensen langer productief zijn en betekenen dat meer personeel en financiële middelen beschikbaar zijn om de zorg en andere collectieve sectoren uitvoerbaar te houden. Handelingsperspectief om gezondheidsuitkomsten te verbeteren zit onder andere in het verbeteren van voeding en stimuleren van beweging op scholen, het voorkomen van huidkanker, versterken van voorlichting, het ontmoedigen van alcoholgebruik via beprijzing of beperking van reclame voor ongezonde producten. In onderstaand kader wordt dit nader toegelicht.

Inzet van preventie om de houdbaarheid van de zorg te verbeteren

In het rapport van de TWMZ hanteren we een begrotingsperspectief op de ontwikkelingen van de zorguitgaven en dit geldt ook voor de gezondheidsinterventies die we in dit kader noemen. Om die reden noemen we hier gezondheidsinterventies die in de afgelopen jaren zijn doorgerekend door het CPB en/of het RIVM en/of staan in het rapport 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel. Brede maatschappelijke heroverweging' (2020). Dit laatste rapport bevat een uitvoerige tabel met maatregelen die bewezen kostenbesparend of kosteneffectief zijn. Hierbij is echter niet altijd berekend wat de budgettaire effecten zijn van vervangende ziekten op langere termijn en

opvulzorg. Daarentegen zijn de effecten buiten het zorgdomein deels wel meegenomen. Voor veel gezondheidsinterventies geldt dan ook dat een breder maatschappelijk blik nodig is op de berekening van de budgettaire effecten van gezondheid interventies. Door het ministerie van VWS is het Kennisplatform Preventie gevraagd om te adviseren hoe de brede kosten en baten en de budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de voorbereiding van de politieke en bestuurlijke besluitvorming. Dit advies verschijnt begin 2024 en zal aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Hieronder treft u enkele voorbeelden aan van gezondheidsinterventies die illustreren dat een preventiestrategie per gezondheidsprobleem kan verschillen.

Vaccinaties

Vaccinaties zijn een van de meest effectieve preventieve maatregelen die beschikbaar zijn en een langetermijneffect kunnen hebben op de gezondheid van de bevolking. Door de inzet van vaccinaties zijn de meesten in Nederland beschermd tegen ernstige ziekten zoals mazelen, polio, tetanus, difterie en griep, waardoor zorguitgaven als gevolg van deze ziektes beperkt zijn. De minister van VWS wordt door de Gezondheidsraad geadviseerd over de inzet van een vaccinatie.

Het instellen van een reclameverbod op alcohol

Het instellen van een reclameverbod op alcohol is een voorbeeld van een preventiemaatregel die vraagt om een langdurige inzet, zodat de effecten blijvend zichtbaar worden in de maatschappij. Eerder is door het RIVM berekend dat een algeheel verbod op alcoholreclame kan leiden tot een afname van het alcoholgebruik van 4%. Door het RIVM en de Wereldgezondheidsorganisatie wordt dit dan ook beschouwd als een effectieve maatregel om problematisch alcoholgebruik terug te dringen, waarbij het RIVM een structurele besparing voorziet op de zorguitgaven, doordat er minder alcohol gerelateerde zorgkosten zijn (hier tegenover staat wel een vergelijkbare daling van de accijnsinkomsten).

Het verhogen van de tarieven van de accijns op alcoholhoudende dranken

Het verhogen van accijnzen kan als afzonderlijke interventie worden gedaan, maar ook gecombineerd worden met het reclameverbod. Om de gezondheid van mensen effectief te verbeteren is veelal een brede aanpak nodig, met aandacht voor communicatie, maar ook met prijsprikkels, zoals een accijnsverhoging. Door het RIVM is berekend dat een substantiële accijnsverhoging op alcoholhoudende dranken leidt tot een daling van de consumptie van alcohol en zo een besparing op de zorguitgaven tot gevolg kan hebben.

Preventie van huidkanker en verbod op de verkoop van zonnebanken

In Zorgkeuzes in Kaart (2020) hebben het RIVM en het CPB een aanpak aan maatregelen doorgerekend om huidkanker tegen te gaan. Het ging daarbij om een jaarlijkse preventiecampagne huidkanker en een verbod op zonnebanken. Beide maatregelen leiden volgens deze berekeningen tot een besparing op de zorguitgaven. Ook maakte deze doorrekeningen duidelijk, dat het doorrekenen van een pakket aan maatregelen belangrijk is, om eventuele dubbeltellingen tegen te gaan.

Het bepalen van ongezonde voedingsmiddelen

Gezonde voeding is een belangrijke determinant voor gezondheid. Bekend is dat een teveel aan vet, suiker en zout een negatieve relatie heeft met onze gezondheid, wat kan leiden tot zorguitgaven. In dit kader beperken we ons tot een voorbeeld, waarbij berekeningen zijn gemaakt door het RIVM. Nederlanders consumeren 24% van alle toegevoegde suikers via consumptie van alcoholvrije dranken. Hiervan is bekend dat dit kan leiden tot overgewicht, obesitas en hieraan gerelateerde ziekten. Door bijvoorbeeld een getrapte verbruiksbelasting in te stellen die toeneemt met de hoeveelheid suiker in de gekochte frisdrank zullen mensen 15 tot 18 procent minder suiker via alcoholvrije dranken consumeren wat leidt tot een daling van hieraan gerelateerde ziekten en daarmee tot minder zorguitgaven als gevolg van toegevoegde suikers.

4.3 Langdurige zorg

In deze paragraaf worden de aanknopingspunten met daarbij mogelijke uitvoeringsvarianten beschreven voor een betere beheersing van de uitgaven in de langdurige zorg. In hoofdstuk 2 is geconstateerd dat Nederland relatief hoge uitgaven aan langdurige zorg heeft, onder andere omdat deze zorg in Nederland relatief sterk geformaliseerd is. Dit terwijl het aantal ouderen die zorg nodig hebben de komende decennia in Nederland nog sterk gaat stijgen. Het hoge voorzieningenniveau zal in combinatie met de krappe arbeidsmarkt leiden tot toenemende wachtlijsten. Aangezien de langdurige zorg relatief arbeidsintensief is, wordt de krapte op de arbeidsmarkt hier extra gevoeld. Zonder beleidswijzigingen is het risico dat deze tekorten ongericht neerslaan. Vertrekpunt voor de werkgroep is daarom dat er handelingsperspectief moet zijn om keuzes te maken over de inzet van schaarse mensen en middelen. Dit sluit aan bij het advies van de WRR en de SBR aan de politiek dat scherpe keuzes nodig zijn, onder andere om de zorg toegankelijk te houden voor mensen die zorg nodig hebben.

In hoofdstuk 3 is geconstateerd dat de huidige beheersing van de uitgaven aan de langdurige zorg belangrijke tekortkomingen kent. Het hoge uitgavenniveau hangt onder meer samen met het gegeven dat er relatief veel instellingszorg wordt geleverd en dat de eigen betalingen in Nederland relatief laag zijn. De inzet van de hervorming van de langdurige zorg uit 2015, om een verschuiving te realiseren van formele naar informele zorg en van instellingszorg naar zorg zonder verblijf, sloot hierbij aan, maar is slechts gedeeltelijk tot stand gekomen. In de praktijk zijn de prikkels op een aantal punten verkeerd of niet sterk genoeg, om met passende zorg en ondersteuning te voorkomen dat mensen afhankelijk worden van zwaardere zorgvormen. Met name de schotten tussen de Wmo, Zvw en Wlz enerzijds en de beperkte sturingsinstrumenten en doelmatigheidsprikkels voor inkopers in de Wlz anderzijds, leiden ertoe dat het samenspel tussen zorgpartijen zelf onvoldoende is, in ieder geval om de zorguitgaven te beheersen op een niveau dat in evenwicht is met de mogelijkheden van de arbeidsmarkt.

De werkgroep heeft daarom ten eerste verkend welk handelingsperspectief er is binnen het huidige stelsel om desgewenst de uitgaven te beheersen. Op korte termijn is het handelingsperspectief beperkt tot een sterkere inzet van de bestaande beheersinstrumenten, waaronder met name het verhogen van de eigen bijdragen en het inperken van de reikwijdte van het collectief gefinancierde pakket. Op de middellange termijn kan de overheid de doelmatigheid van het stelsel vergroten door de toepassing van zorgtechnologie te stimuleren en (onbedoelde) doorverwijsprikkels te verkleinen. Daarnaast kan de overheid keuzes maken voor een sterkere prioritering in de toegang tot Wlz-zorg en/of verblijfszorg.

Hoewel hiermee de werking van het stelsel verbeterd kan worden, zijn een deel van de belemmeringen inherent verbonden aan de huidige inrichting van het stelsel. De beperkte prikkels om de afhankelijkheid van zwaardere zorgvormen te voorkomen en om de doelmatigheid van de Wlz zorg te vergroten zijn maar voor een deel weg te nemen in het huidige stelsel. De werkgroep heeft daarom ten tweede verkend welke mogelijkheden er zijn om met het oog op de toekomst de beheersing van de uitgaven in de langdurige zorg te versterken binnen een alternatieve inrichting van het stelsel. De werkgroep heeft zich daarbij voor nu gericht op de ouderenzorg, omdat (toekomstige) ouderen potentieel over meer hulpbronnen beschikken om hun zelfredzaamheid te vergroten. Door het aanbod en de organisatie van zorg hier meer op aan te laten sluiten, kunnen de uitgaven potentieel beter worden beheerst. Dit vergt een meer integrale inkoop en dus een vermindering van het aantal domeinen voor ouderen die zorg zonder verblijf ontvangen of voor alle ouderen. In zo'n stelsel hebben de inkopers van langdurige zorg zowel betere prikkels als meer speelruimte om integrale zorg te organiseren die aansluit bij de daadwerkelijke zorgvraag van cliënten en te investeren in preventie van langdurige zorg. Hoewel ook binnen een ander stelsel scherpe keuzes nodig zullen zijn over de inzet van schaarse mensen en middelen, kan een

dergelijk stelsel meer gerichte keuzes mogelijk maken, met meer oog voor verschillen in behoefte en zelfredzaamheid.

4.3.1 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten korte termijn

De belangrijkste aanknopingspunten voor de beheersing van de langdurige zorguitgaven op de korte termijn zijn eigen bijdragen en het verzekerde pakket. Deze beheersinstrumenten zijn relatief snel in te zetten en passen in het huidige stelsel.

Door de eigen betalingen te verhogen kunnen op korte termijn besparingen gerealiseerd worden op de collectieve uitgaven. Eigen bijdragen zijn een belangrijk instrument om de kosten van de langdurige zorg naar profijt en/of draagkracht te verdelen. Daarnaast versterken eigen bijdragen het kostenbewustzijn en de prijsprikkel bij zorggebruikers, waardoor deze bij kunnen dragen aan gepast gebruik van zorg, zoals de keuze van een gepaste leveringsvorm. Eigen bijdragen kunnen zodoende ingezet worden om de solidariteit op basis van gezondheid en inkomen te herijken in samenhang met de ontwikkeling van inkomens- en vermogenspositie van met name ouderen. Deze wordt over het algemeen steeds sterker, waarbij tegelijkertijd de verschillen in inkomen en vermogen tussen ouderen toenemen⁴⁹. Tegelijkertijd kent Nederland relatief lage eigen betalingen voor de langdurige zorg in internationaal perspectief⁵⁰. Voor wijkverpleging in de Zvw geldt geen eigen risico of eigen bijdrage.

Uitvoeringsvariant 2. Eigen betalingen langdurige zorg

Deze maatregelen verhogen de eigen betalingen voor de langdurige zorg (naar draagkracht) verhoogd worden en daarmee tevens het aandeel private financiering van de totale zorgkosten. Voor deze variant staat het motief van cofinanciering op basis van draagkracht centraal. Er zijn verschillende varianten mogelijk, zoals het vermogen zwaarder meewegen bij de bepaling van draagkracht, het gelijk behandelen van verschillende soorten vermogen of het afschaffen van de aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb.

De overheid kan scherpere keuzes maken over welke zorg wel en niet collectief wordt vergoed om de druk op de zorg en zorguitgaven te verminderen. Uit de analyse blijkt dat Nederland in vergelijking met andere landen een omvangrijk collectief gefinancierd pakket kent⁵¹. Zorggebruikers kunnen aanspraak maken op een breed pakket van diensten, waarbij bijvoorbeeld ook wonen, maaltijden en verschillende ondersteunende activiteiten tot de ouderenzorg worden gerekend en collectief worden betaald. Na een indicatie heeft iedere geïndiceerde recht op het brede pakket, ongeacht de setting waarin de zorg wordt verleend.

Uitvoeringsvarianten 3 t/m 6. Pakketmaatregelen langdurige zorg

Het beperken van het collectief gefinancierde Wlz-pakket is een instrument om de zorguitgaven te beperken en de toegang voor mensen die Wlz-zorg het meeste nodig hebben beter te waarborgen. Mogelijke varianten als het gaat om het verzekerde pakket zijn: de aanspraak dagbesteding in de Wlz wordt beperkt tot de meest kwetsbare cliënten die in een instelling verblijven, de lichtere zorgzwaartes (VG3 en GGZ-W1) geven geen toegang meer tot de Wlz en de pakketverschillen Wlz en Zvw voor wat betreft tandheelkundige zorg worden opgeheven. Naast deze pakketmaatregelen voor de Wlz, is een mogelijke pakketmaatregel voor de Wmo: de huishoudelijke ondersteuning valt niet meer onder de Wmo.

⁴⁹ IBO Vermogensverdeling (2022), <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-c2da23e05fef0df2b0cd79ff09c88c673d3b3e95/pdf>

⁵⁰ IBO Ouderenzorg (2023), <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>

⁵¹ Maarse en Jeurissen (2018), *De betaalbaarheid van de langdurige zorg*, in: Jeurissen, Maarse en Tanke (red.), *Betaalbare zorg*, Sdu.

4.3.2 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten binnen het huidige stelsel

De overheid kan de werking van het huidige stelsel optimaliseren door sterker te sturen op de inzet van de meest doelmatige leveringsvorm. Daar waar verbeteringen in de doelmatigheid door tekortschietende prikkels onvoldoende door zorgpartijen zelf tot stand worden gebracht kan de overheid hier zelf sterker op sturen. Dit vergt per geval een andere inzet van instrumenten. Zorgaanbieders in de verpleging en verzorging kunnen doelmatiger werken door arbeidsbesparende technologie toe te passen en hun bedrijfsvoering daarop aan te passen. En door kwetsbare mensen zo goed mogelijk bij het zelfstandig wonen te ondersteunen – bijvoorbeeld met het trainen en bijhouden van (nieuwe) vaardigheden (reablement), maaltijdondersteuning, woningaanpassingen, respijtzorg en andere mantelzorgondersteuning – kunnen gemeenten voorkomen dat kwetsbare mensen afhankelijk worden van duurdere Wlz zorg. Beide veranderingen vragen de nodige inzet van zorgaanbieders en gemeenten om hun werkwijzen en/of bedrijfsvoering aan te passen, maar kunnen er uiteindelijk toe leiden dat meer cliënten bediend worden met een vergelijkbare inzet van zorgmedewerkers.

Uitvoeringsvariant 7. Versnellen opschaling digitale zorg

Door de implementatie en opschaling van bestaande digitale zorgtoepassingen in de langdurige zorg te versnellen en te verbreden naar andere doelgroepen en de werkprocessen hierop aan te passen stijgt de arbeidsproductiviteit. Onderzoek⁵² laat zien dat voorlopers op dit gebied kwalitatief betere zorg kunnen leveren met vergelijkbare middelen. Dit draagt bij aan het verlichten van het personeelstekort en biedt ruimte voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om besparingen te realiseren. Dit vergt per deelsector een andere aanpak. Mogelijke opties zijn: via een bestuurlijk akkoord, aanpassen van de bekostiging, opname in de kwaliteitsrichtlijnen.

Uitvoeringsvariant 8. Verbeteren prikkels gemeenten

Gemeenten hebben (onbedoeld) een financieel belang om cliënten met een relatief zware ondersteuningsbehoefte door te verwijzen naar de Wlz. De ondersteuning van deze burgers wordt dan vanuit de Wlz betaald, terwijl de verstrekte middelen uit het gemeentefonds niet worden vermindert – ook al heeft de gemeente voor deze specifieke groep burgers materieel geen ondersteuningstaak meer (met een beperkte uitzondering). Daarnaast hebben gemeenten gebrekkige financiële prikkels voor preventie zodat mensen langer thuis kunnen wonen. Preventie vraagt om het tijdig aanpakken van hulpvragen bij zelfstandig wonende ouderen en het gericht bieden van extra Wmo-ondersteuning en wijkverpleging. De kosten daarvan komen voor rekening van de gemeenten (en in mindere mate zorgverzekeraars), terwijl de lagere Wlz-uitgaven bij het Rijk neerslaan: een klassiek *wrong-pocket* probleem.

Door bij de indicatie van langdurige zorg breder en scherper te toetsen wat mensen, met hulp van hun netwerk zelf nog kunnen, kan de toegankelijkheid van deze zorg voor de meest kwetsbare cliënten beter gewaarborgd worden. Voor Wlz-zorg in het algemeen en instellingszorg in het bijzonder, geldt dat deze over het algemeen arbeidsintensiever en duurder zijn dan de alternatieven. In hoofdstuk 3 is geconstateerd dat het doel van de hervorming langdurige zorg in 2015 om een verschuiving te realiseren van instellingszorg naar zorg zonder verblijf en van formele zorg naar informele zorg, maar gedeeltelijk gelukt is. De manier waarop de toegang tot Wlz zorg nu is geregeld draagt hier aan bij. Enerzijds doordat bij de indicatie voor Wlz-zorg niet meegewogen wordt wat mensen met professionele hulp en hulp van hun netwerk zelf nog kunnen. Anderzijds doordat zorggebruikers een vrije keuze hebben uit verschillende leveringsvormen, waardoor de eigen voorkeuren centraal staan en niet de vraag hoe de benodigde zorg het meest doelmatig georganiseerd kan worden. Door zowel bij de indicatie als bij de leveringsvorm het meest doelmatige passende zorgaanbod als uitgangspunt te nemen, kan het gebruik van respectievelijk Wlz-zorg en zorg met verblijf geremd worden. Waar met deze maatregelen de positionering van de Wlz, als volksverzekering met sterke rechten voor cliënten behouden blijft, wordt door middel van regulering de vrijblijvendheid van de inzet van de partner

⁵² NZa (2022), *Bekostiging en financiering van zorgtechnologie in de verpleegzorg: Een onderzoek naar knelpunten en succesfactoren*.

voor mantelzorg en de keuzevrijheid met betrekking tot de leveringsvorm ingeperkt. Dit betekent een zekere paradigmaverschuiving binnen de Wlz.

Uitvoeringsvariant 9. Meewegen sociale context

Doel van deze maatregel is om te komen tot een meer doelmatige allocatie van zorg en ondersteuning, door bij de toegang tot formele zorg meewegen wat mensen, met hulp van hun netwerk zelf nog kunnen. Een toenemend beroep op het sociale netwerk heeft risico's op overbelasting van mantelzorgers en vrijwilligers (ziekteverzuim en uitval). Dit kan ook negatieve consequenties hebben op de beschikbaarheid van arbeidskrachten op de formele arbeidsmarkt. Deze maatregel is een aanscherping van de huidige indicatiestelling en gaat deels terug naar de indicatiestelling waarbij rekening wordt gehouden met gebruikelijke zorg zoals werd toegepast in de AWBZ. Er zijn twee opties uitgewerkt: rekening houden met sociale context in de Wlz-aanspraak en meewegen gebruikelijke zorg en mantelzorg bij de toegang tot de Wlz (zoals tot 2015 in de AWBZ).

Uitvoeringsvariant 10. Inperken aanspraak verblijf voor ouderenzorg

Deze maatregel betekent dat er binnen de Wlz extra criteria komen voor een plek in het verpleeghuis voor de ouderenzorg, zodat de schaarse en dure verpleeghuisplekken worden bezet door de cliënten met de zwaarste zorgvraag. Alleen mensen met een zeer complexe zorgvraag die aangewezen zijn op gespecialiseerde integrale zorg waarbij zorg, ondersteuning, behandeling en verblijf in een instelling onlosmakelijk met elkaar verbonden krijgen de aanspraak verblijf. Door aparte criteria te verbinden aan verblijfszorg kan de overheid beter sturen op wie gebruik kan maken van de schaarse en dure verpleegzorgplekken. Het accent verschuift zo van "verblijfszorg tenzij" naar "verblijfszorg indien". Om de structurele besparing van scheiden wonen en zorg veilig te stellen is reeds een beperking van de aanspraak nodig.

Nader onderzoek naar het gebruik van het pgb in de Wlz kan maatregelen in beeld brengen om de doelmatigheid van deze zorgvorm te vergroten.

Het pgb biedt de mogelijkheid de zorgverlening onder eigen regie vorm te geven en daarbij eventueel (betaalde) informele zorg te combineren met professionele zorg. Dit stelt cliënten waarvoor geen passend aanbod in natura is in staat zelf passende zorg en ondersteuning te organiseren. Het is echter denkbaar dat deze optie heeft geleid tot meer gebruik van lichtere zorgvormen, die voorheen binnen het eigen netwerk werden georganiseerd. Daarnaast ontbreekt een goed beeld van de totale kosten (bezien vanuit de overheid) van pgb-zorg in verhouding tot (vormen van) zorg in natura. De maximumbudgetten en -tarieven bieden daarvoor onvoldoende informatie vanwege toeslagen/Wlz-subsidies, zorgkosten in andere regelingen (Zvw, Wmo), de kosten van behandeling en verschillen in regelingen voor eigen bijdragen.

Van de totale uitgaven aan pgb-budgetten valt meer dan 80% in de Wlz (2021). In de Wlz is daarnaast sprake van een sterke groei van het pgb in vergelijking met zorg in natura, zowel in aantallen, het budget per persoon als de uitgaven. Dit geldt niet voor andere wetten. In de Zvw vertonen gebruik en uitgaven van het pgb een stabiel beeld. In de Wmo 2015 (en de Jeugdwet) is sinds 2015 sprake van een (sterke) trendmatige afname in gebruik en uitgaven van het pgb.

Extern onderzoek: Hoe verhouden de kosten van het pgb zich tot de kosten van zorg in natura in de Wlz?

De technische werkgroep zal een extern onderzoek laten uitvoeren om het inzicht in deze vraag te vergroten. Als onderdeel hiervan wordt een gedetailleerd kwantitatief beeld gevraagd van de (integrale) kosten en de samenstelling van cliëntpopulatie in de Wlz en het interpreteren van de geobserveerde verschillen tussen vergelijkbare groepen qua kosten en omvang. De Wlz-populatie wordt opgedeeld in een aantal groepen van cliënten die op een aantal cruciale punten zo veel mogelijk op elkaar lijken. De zorgbehoefte (zorgprofiel) en de gekozen leveringsvorm kunnen daarbij het startpunt vormen. Per groep worden de omvang en de gemiddelde totale zorgkosten per persoon berekend. De zorgkosten worden daarbij gezien vanuit het perspectief van de overheid. Dit betekent dat ook zorgkosten die in andere collectieve regelingen worden gemaakt,

uitvoeringskosten en eigen betalingen meetellen. Indien mogelijk worden ook woonlastensubsidies meegenomen. De analyse wordt uitgevoerd voor twee jaren om de ontwikkeling in de tijd te kunnen onderzoeken. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen mede als basis dienen voor het uitwerken van uitvoeringsvarianten met betrekking tot het pgb.

4.3.3 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten op langere termijn

Overwegingen bij een stelselwijziging

De mogelijkheden voor de overheid om aan te sturen op een meer gerichte inzet van mensen en middelen, in nauwere aansluiting bij de eigen mogelijkheden van mensen, worden beperkt door de verdeling van de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg over drie verschillende wetten. De Wmo, Zvw en Wlz kennen elk hun eigen regels, financiering en uitvoerders. Bij combinaties van zorg uit verschillende wettelijke kaders of bij opschaling van zorg zijn er onduidelijkheden, overlap, hiaten en niet-congruente prikkels voor zorgfinanciers, zorgverleners en cliënten. Het huidige gefragmenteerde stelsel zorgt voor coördinatieproblemen en doorverwijsgedrag tussen domeinen bij de zorgverlening en onduidelijkheid bij de burgers over waar ze recht op hebben. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars worden daarbij onvoldoende geprikkeld en gefaciliteerd om met passende zorg en ondersteuning te voorkomen dat mensen afhankelijk worden van zwaardere zorgvormen. Dit zorgt met name voor suboptimale uitkomsten in de ouderenzorg. Ouderen willen en kunnen immers vaak met de hulp van de mensen om hen heen nog zelfstandig blijven wonen, als zij tijdig ondersteuning kunnen krijgen bij taken die zij niet meer aankunnen en als de zorgverleners snel te hulp kunnen schieten als het door ziekte of tegenslag even niet meer lukt.

De Wlz stelt de rechten van zorggebruikers centraal, maar biedt met het oog op de toekomst beperkte aanknopingspunten om door een doelmatige en passende inzet van schaarse mensen en middelen deze rechten te waarborgen. De inrichting van de Wlz als universele volksverzekering biedt sterke juridische waarborgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbare zorggebruikers. Bij de invoering werd beoogd in een tweede fase maatregelen te nemen om de doelmatigheid van de zorg te verbeteren, bijvoorbeeld door de ouderenzorg op termijn naar de Zvw over te hevelen. Doordat deze stap niet is gezet, hebben de zorgkantoren beperkte ruimte en geen financiële prikkels om de doelmatigheid van de zorg te vergroten. Een achterblijvende doelmatigheid heeft als consequentie dat de overheid bij toenemende arbeidsmarkttekorten minder handelingsperspectief heeft en eerder zal moeten overgaan tot pakketmaatregelen en inperking van de toegankelijkheid van zorg, om het recht op zorg van een sterk toenemende doelgroep te kunnen eerbiedigen.

Een stelselwijziging kan betere aanknopingspunten bieden om de uitgaven aan langdurige zorg beter te beheersen. De bovengenoemde knelpunten zijn immers inherent verbonden aan de huidige inrichting van het stelsel.

Uitvoeringsvarianten voor de langere termijn

Op de lange termijn kan de overheid het stelsel voor de ouderenzorg zodanig herinrichten dat uitgavenbeheersing wordt verbeterd door structureel betere doelmatigheidsprikkels. Dit kan door de zorg en ondersteuning voor ouderen in minder domeinen te organiseren, door taken (deels) over te hevelen van Wlz naar Zvw en/of Wmo. In zo'n stelsel hebben de inkopers van langdurige zorg zowel betere prikkels als meer speelruimte om integrale passende zorg over de hele levensloop van mensen te organiseren en te investeren in de zelfredzaamheid van cliënten en in de preventie van zware langdurige zorg. De scope om cliënten door te verwijzen naar een ander domein neemt sterk af of verdwijnt. Gemeenten krijgen een

sterkere prikkel en de ruimte om een samenhangend gemeentelijk beleid te ontwerpen en uit te voeren ten aanzien van wonen, armoede, schulden, welzijn, maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, ouderenzorg, etc.

Het (deels) overhevelen van Wlz-zorg en –ondersteuning vereist dat alle randvoorwaarden op een adequate wijze zijn ingevuld. Een belangrijke randvoorwaarde is dat er een op elkaar afgestemde samenwerking bestaat tussen gemeenten en zorgverzekeraars omdat in het merendeel van de varianten cliënten te maken zullen krijgen met twee partijen die beide gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de langdurige zorg (terwijl dat nu nog één partij is: het zorgkantoor). Een andere vereiste is dat gemeenten en zorgverzekeraars voldoende in staat worden gesteld om te doen wat nodig is om de groeiende groep ouderen ook daadwerkelijk langer thuis te kunnen laten wonen. Met name voor gemeenten geldt dat beschikbare middelen, taken en verantwoordelijkheden, instrumentarium en uitvoeringskracht qua personeelscapaciteit, specifieke expertise en ICT-capaciteit daarvoor met elkaar in balans moeten zijn. Ook in het perspectief van de krapte op de arbeidsmarkt en woningmarkt.

De maatregel vereenvoudigt het stelsel voor de burger doordat deze met minder stelselovergangen te maken krijgt. Als de overgang naar de Wlz wegvalt, kunnen cliënten met zorg thuis niet meer te maken krijgen met een verandering van zorgverleners of een plotselinge stijging van de eigen bijdrage. Daarnaast is het voor cliënten en zorgverleners duidelijker bij welke partij de zorgplicht ligt. De overheveling wordt beperkt tot de ouderenzorg, de ghz en de langdurige ggz blijven in de Wlz.

Door de extramurale ouderenzorg over te hevelen naar de Zvw en/of de Wmo, kan de zorg voor thuiswonende ouderen gemakkelijker mee groeien met de zorgbehoefte, zonder dat de oudere naar een ander regime hoeft over te gaan. De Wlz-zorg die wordt geleverd in een instelling blijft in de Wlz. Pas als zorg onlosmakelijk is gekoppeld aan verblijf in een instelling is er aanspraak op Wlz-zorg. Bij de aanvraag van wijkverpleging in de Zvw en ondersteuning in de Wmo kan de sociale context worden meegewogen.

Door alle medische en verpleegkundige zorg voor ouderen in de Zorgverzekeringswet onder te brengen, kunnen zorgverzekeraars, in samenwerking met gemeenten, alle zorg en ondersteuning voor ouderen in samenhang organiseren en kunnen de doelmatigheidsprikkels worden versterkt. Verzekeraars moeten de hele curatieve zorgketen “van wieg tot graf” inkopen, wat kan leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en het voorkomen van zwaardere zorg. Daarnaast krijgen ze een betere prikkel om in samenwerking met gemeenten domeinoverstijgende zorgketens tot stand te brengen. Ook de gemeenten zijn langer (“tot het verpleeghuis”) verantwoordelijk voor de ondersteuning van hun inwoners, wat integraal gemeentelijk beleid kan bevorderen.

Alternatief kunnen op de langere termijn uitvoeringsvarianten verkend worden om de zorg en ondersteuning voor ouderen integraal door gemeenten te laten uitvoeren. Er zijn hiervoor twee opties uitgewerkt. De eerste optie is dat de extramurale zorg en ondersteuning wordt overgeheveld van de Wlz naar de Zvw en de Wmo; de intramurale ouderenzorg (verpleeghuis) wordt integraal overgeheveld naar de Wmo. De tweede optie is dat de ouderenzorg (intramuraal en extramuraal) in zijn geheel wordt overgeheveld van de Wlz naar de Wmo, en wordt daarmee een voorziening onder regie van de gemeenten. Tevens wordt de wijkverpleging (deels) overgeheveld van de Zvw naar de Wmo. Het (verzekerd) recht op zorg vervalt met overheveling naar de Wmo. De gemeente heeft (materieel) zorgplicht. Voor beide varianten geldt wel dat er wettelijke kaders voor de ouderenzorg (minimumnormen) komen waarbinnen gemeenten hun beleid kunnen vormgeven. Dit betekent voor gemeenten een inperking van de beleidsruimte (beleidsvrijheid), maar voor mensen met een zware ondersteuningsbehoefte meer duidelijkheid en zekerheid wat zij van hun gemeente kunnen verwachten. De kwaliteit van de ouderenzorg gaat (binnen grenzen) tussen gemeenten verschillen.

Uitvoeringsvariant 11. Ouderenzorg overhevelen van Wlz naar Zvw/Wmo.

Deze uitvoeringsvariant heeft drie subvarianten (zie ook figuur 7); A. de extramurale ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw en de Wmo, B. zowel de extramurale als intramurale ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw en Wmo en C. alle ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Wmo. Door het verplaatsen van de ouderenzorg naar de Zvw en/of Wmo kent het stelsel meer prikkels voor doelmatigheid en komt er voor de cliënt meer duidelijkheid over wie welke zorg levert doordat er minder schotten tussen de domeinen zijn.

Figuur 7 Overhevelingsvarianten ouderenzorg van Wlz naar Zvw en/of Wmo

Domein	Huidige taakverdeling	Variant A	Variant B	Variant C1	Variant C2
Wlz zorgkantoren	Wlz intramuraal Wlz extramuraal zorg Wlz extram. ondersteuning	Wlz intramuraal			
Zvw zorgverzekeraars	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg Wlz intramuraal	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg	Zvw excl. wijkverpleging
Wmo gemeenten	Wmo ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning Wlz intramuraal	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning Wlz intramuraal Wlz extramuraal zorg wijkverpleging

Extern onderzoek: Gedragseffecten van stelselwijzigingen in de langdurige zorg

In opdracht van de TWMZ hebben onderzoekers van Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM) onderzoek gedaan naar de prikkels die zorginkopers ondervinden en de gedragseffecten waarmee rekening moet worden gehouden bij beleidsmaatregelen met betrekking tot de inkoop van zorg en maatschappelijke ondersteuning voor ouderen. Het uitgangspunt hierbij is dat de Rijksoverheid weliswaar eindverantwoordelijk is voor het borgen van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid), maar het inkopen van zorg en ondersteuning uitbesteedt aan zorginkopers. De keuzen die een zorginkoper maakt, kunnen het behartigen van de publieke belangen door de overheid vergemakkelijken of juist bemoeilijken. Uit de principaal-agent theorie volgen twee factoren die leiden tot een risico dat de keuzes van de zorginkoper averechts uitpakken voor de publieke belangen, te weten ongelijkheid in de belangen van de opdrachtgever (de zogeheten principaal) en van de opdrachtnemer (de zogeheten agent) en asymmetrisch verdeelde informatie tussen beide.

In het onderzoek is, vanuit het perspectief van de principaal-agent theorie, een denkkader ontwikkeld dat beleidsmakers helpt om gestructureerd na te denken over kleine en grote beleidswijzigingen die eraan kunnen bijdragen dat zorginkopers beter geprikkeld worden om kwalitatief goede en toegankelijke ouderenzorg in te kopen tegen een redelijke prijs. Dit denkkader is opgebouwd uit drie lagen:

1. Specificering van mogelijke keuzes van zorginkopers bij de contractering van zorg en ondersteuning voor ouderen die niet in lijn zijn met de publieke belangen.
2. Specificering van relevante elementen van de door de Rijksoverheid gecreëerde institutionele en juridische context voor contractering door zorginkopers die maatschappelijk ongewenst inkoopgedrag tot gevolg kan hebben. Deze gecreëerde context waarin zorginkopers hun inkooptaak moeten uitvoeren beïnvloedt namelijk direct de mate van informatie-asymmetrie en de aard van een mogelijke belangentegenstelling tussen Rijksoverheid en zorginkoper.
3. Specificering van belangrijke aspecten van marktordening en regulering die de prikkel voor maatschappelijk ongewenst gedrag bij het contracteren van zorg verder kunnen versterken.

Om de toepassing van het denkkader te illustreren is het toegepast op de inkoop van ouderenzorg in drie afzonderlijke domeinen (Zvw, Wlz, Wmo) van het huidige zorgstelsel. In combinatie met een analyse van de beschikbare empirische literatuur leidt dit tot een overzicht van de prikkels die de zorginkopers in ieder domein (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten) momenteel ondervinden. Tevens resulteert dit in een inventarisatie van de belangrijkste kennislacunes en nader te onderzoeken beleidsopties gericht op (a) het beter stroomlijnen van belangen en (b) het verminderen van informatie-asymmetrie. Daarnaast is het denkkader gebruikt om twee, in overleg met de opdrachtgever geselecteerde casussen, te analyseren. De eerste casus betreft de huidige 'wrong pocket' problematiek op het grensvlak van de Wmo en Wlz. Naast een bespreking van de mogelijke beleidsopties om deze problematiek op te lossen, bevat deze casus ook een inschatting van de potentiële omvang van het 'wrong pocket' probleem. De tweede casus betreft de eventuele overheveling van de ouderenzorg vanuit de Wlz naar de Zvw en is dus vooruitblikkend van aard. Op basis van de beschikbare wetenschappelijke (empirische) literatuur wordt geïdentificeerd wat de kritische succes- en faalfactoren zijn bij een dergelijke overheveling. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de financiële gevolgen waarmee rekening moet worden gehouden.

4.4 Curatieve zorg

In deze paragraaf worden aanknopingspunten met mogelijke uitvoeringsvarianten beschreven voor een betere beheersing van de curatieve zorg. Vertrekpunt is dat er ook in de curatieve zorg handelingsperspectief moet zijn om keuzes te maken over de inzet van schaarse mensen en middelen. Dit sluit aan bij het advies van de WRR en de SBR aan de politiek dat scherpe keuzes nodig zijn, onder andere om de zorg toegankelijk te houden voor mensen die zorg nodig hebben.

In hoofdstuk 4 is geconstateerd dat de uitgaven in de afgelopen 15 jaar minder sterk groeien dan in andere landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau. Dit komt onder andere doordat het stelsel zorgpartijen stimuleert om de zorg doelmatig te organiseren. Met het oog op de toekomst heeft het stelsel sterke en zwakke kanten. De prikkels voor zorgpartijen leveren een belangrijke bijdrage aan de beheersing van de uitgaven, bij relatief goede prestaties op het gebied van toegankelijkheid en kwaliteit. Een ander stelsel leidt daarom niet evident tot betere beheersing. Tegelijk functioneren de deelmarkten op onderdelen niet goed. Daarnaast kan de snel stijgende zorgvraag in combinatie met personeelstekorten de werking van het stelsel verzwakken. Wanneer de vraag het aanbod structureel overstijgt, leidt de huidige inrichting mogelijk niet meer tot de meest doelmatige inzet van mensen en middelen en worden de risico's voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid groter.

De overheid kan meer expliciete keuzes maken over de ontwikkeling van de zorg. Als de overheid vaker expliciete keuzes maakt, vermindert dit ook de druk op de zorg en stelt dit veldpartijen in staat de eigen rol binnen het stelsel te vervullen. Een belangrijke keerzijde van het huidige stelsel is echter, dat de mogelijkheden voor de overheid om gericht bij te sturen worden beperkt. Veel sturingsmogelijkheden zijn gedelegeerd, zoals de beoordeling van nieuwe behandelmogelijkheden, de inkoop van zorg en de allocatie van voorzieningen. Hierdoor heeft de overheid minder handelingsopties om expliciete keuzes te maken in de allocatie van mensen en middelen.

De werkgroep heeft daarom ten eerste verkend hoe bestaande beheerinstrumenten sterker ingezet kunnen worden om de uitgaven en de personeelsvraag te beheersen. Ten tweede heeft de werkgroep mogelijkheden verkend om de sturingsmogelijkheden van de overheid met betrekking tot de samenstelling en reikwijdte van het pakket te versterken. Ten derde heeft de werkgroep in beeld gebracht waar knelpunten op deelmarkten binnen het stelsel gericht kunnen worden aangepakt.

4.4.1 Overwegingen bij een stelselwijziging

Een alternatief stelsel ligt in de curatieve zorg minder voor de hand dan in de langdurige zorg. In de afgelopen vijftien jaar heeft de interactie van partijen op de zorginkoopmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgverleningsmarkt over het algemeen bijgedragen aan het beheersen van de uitgavenontwikkeling, met behoud van een goede toegankelijkheid en kwaliteit. Het inkoopbeleid van zorgverzekeraars heeft daarbij meestal geleid tot een grotere doelmatigheid van de zorg. Het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking biedt een beheersingsmodel waar de prikkels voor gedelegeerde beheersing in de meeste gevallen goed staan, en er voldoende mogelijkheden zijn voor alternatieve beheersing waar de prikkels niet goed staan. Het stelsel biedt de overheid daarnaast in principe mogelijkheden om keuzes te maken om de ontwikkeling bij te sturen, ook al maakt de overheid weinig gebruik van deze mogelijkheden. Alternatieve stelsels zijn niet inherent beter in het faciliteren van bijvoorbeeld keuzes over welke zorg wordt aangeboden, terwijl een stelselwijziging wel aanzienlijke transitiekosten en vertraging met zich meebrengt.

Door keuzes te maken over reikwijdte van het collectief verzekerde pakket kan de overheid de beoogde werking van het stelsel en de daarmee samenhangende doelmatigheidsprikkels behouden. De overheid heeft keuzes over de ontwikkeling van het verzekerde pakket nu grotendeels aan veldpartijen gedelegeerd. Dat is een mogelijke rolverdeling in een periode waarin ruim voldoende zorgaanbod beschikbaar is om de verzekerde aanspraken uit te voeren. Maar wanneer de zorgvraag het aanbod structureel overstijgt, komen fundamentele besluiten voor te liggen. Het gaat bijvoorbeeld over welke cruciale zorg toegankelijk moet blijven en hoe schaars personeel wordt verdeeld over bijvoorbeeld de zorg en het onderwijs. Voor dit soort keuzes zijn democratische legitimiteit en sectoroverstijgende afwegingen nodig. De overheid speelt dan een cruciale rol, om het stelsel uitvoerbaar te houden door kaders te stellen in onder andere de afbakening van het verzekerde pakket. Dit betekent dat de overheid een grotere verantwoordelijkheid op zich neemt om vraag en aanbod in balans te houden. Om deze rol in te kunnen vullen, kan de overheid haar beheersinstrumenten aanpassen.

Het maken van keuzes over het verzekerde pakket en het sturen op passende zorg kunnen elkaar versterken. Waar het aan de overheid is om strakkere kaders te stellen aan de reikwijdte van de collectief gefinancierde zorg, is het handelen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders binnen deze kaders bepalend voor de uiteindelijke doelmatigheid van de zorg. Een hogere doelmatigheid beperkt de impact van de toenemende schaarste op de zorg. De in hoofdstuk 3 geconstateerde knelpunten in het functioneren van de deelmarkten leiden ertoe dat er nog steeds veel zorg wordt geleverd die technisch of allocatief ondoelmatig is. Het verminderen van deze ondoelmatigheden versterkt de inzet op pakketbeheer, doordat pakketbesluiten effectiever worden geïmplementeerd. Daarnaast wordt voorkomen dat ondoelmatigheid op het ene onderdeel, het draagvlak voor scherpe pakketkeuzes op een ander onderdeel ondermijnt.

Mogelijke alternatieve stelsels zijn in dit rapport niet uitgewerkt. Als de overheid enerzijds vaker expliciete keuzes maakt om kaders te stellen voor het stelsel, en anderzijds borgt dat het stelsel passende zorg stimuleert, kan de druk op het stelsel verminderen. Als de overheid deze rol niet waarmaakt, kan het stelsel uiteindelijk vastlopen. In dat geval zou een ander stelsel kunnen worden overwogen, zoals een publiek stelsel gebaseerd op gebudgetteerde voorzieningen.

4.4.2 Aanknopingspunten en uitvoeringsvarianten op korte termijn

De overheid kan op korte termijn de druk op de curatieve zorg verminderen door keuzes te maken over de eigen bijdragen en het verzekerde pakket. De stijgende vraag naar zorg kan al op korte termijn leiden tot verminderde toegankelijkheid van zorg, waarbij wachtlijsten ontstaan en verder oplopen dan wenselijk. De overheid kan op korte termijn bijdragen aan het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg, door expliciete keuzes te maken om de zorgvraag te beperken. De handelingsruimte van de overheid wordt hierbij beperkt door de uitvoeringstijd die nodig is om beheersinstrumenten te introduceren of aan te passen. De belangrijkste aanknopingspunten op korte termijn zijn daarom de inzet van bestaande instrumenten, zoals de eigen betalingen en de afbakening van het verzekerde pakket.

De inzet van eigen betalingen is een belangrijk instrument om de zorgvraag te beperken en te richten. Het aandeel van eigen betalingen in Nederland ligt beneden het OECD-gemiddelde. Het eigen risico is het belangrijkste instrument voor eigen betalingen in de curatieve zorg en is sinds 2016 niet meegestegen met de toegenomen zorguitgaven. Eigen betalingen worden ingezet om het kostenbewustzijn van zorggebruikers en het remgeldeffect dat hiervan uitgaat te versterken. Eigen bijdragen hebben als voordeel dat ze gericht kunnen worden ingezet en bijgesteld om de zorgvraag te sturen. Bij de inzet dient meegewogen te worden dat een verhoging van de eigen betalingen de risicosolidariteit verlaagt en kan leiden tot een groter risico op zorgmijding. Om dit risico te beperken, kan flankerend beleid worden overwogen om de effecten voor kwetsbare groepen te beperken.

Uitvoeringsvariant 12. Eigen betalingen curatieve zorg

In dit fiche staan varianten om het remmende effect van eigen betalingen op de zorgvraag te vergroten, door eerdere bevrozing van het verplichte eigen risico terug te draaien, of door het verplichte eigen risico van een andere systematiek te voorzien.

De overheid kan scherpere keuzes te maken over welke zorg wel en niet collectief wordt vergoed. Dit kan door de aanspraak op bepaalde typen zorg in te perken, of door bij specifieke casuïstiek de bestaande pakketcriteria stringenter toe te passen. Pakketmaatregelen gaan meestal gepaard met een scherpe uitruil, doordat zij de zorg voor specifieke patiëntengroepen duurder en minder toegankelijk maken. Dit effect verschilt sterk per zorgactiviteit. Pakketmaatregelen kosten voor invoering via de reguliere procedure minimaal twee jaar. Enerzijds moet rekening gehouden met de bestaande pakketcriteria. Anderzijds is er slechts beperkte informatie beschikbaar over de effectiviteit, kosteneffectiviteit en ziektelast van zorg. Maatregelen die de overheid kan nemen zonder het beheersinstrumenten aan te passen, zijn te vinden in Zorgkeuzes in Kaart en de ombuigingslijst van het Ministerie van Financiën. In het huidige rapport zijn hiervoor geen nieuwe varianten uitgewerkt.

4.4.3 Expliciete keuzes door de overheid over de ontwikkeling van de zorg

De overheid kan het eigen instrumentarium versterken om actiever te sturen op de ontwikkeling van de zorg. De overheid heeft de afgelopen 15 jaar beperkt gebruikgemaakt van de eigen beheersinstrumenten, onder andere omdat deze instrumenten niet altijd gericht en effectief zijn. De verder toenemende zorgvraag betekent dat er steeds scherper geprioriteerd zal moeten worden in het aanbod van zorg, op een manier die het mandaat van verzekeraars en aanbieders overstijgt. Het vermogen van volgende kabinetten om deze keuzes te maken kan versterkt worden, zodat zij gerichter kunnen ingrijpen en minder afhankelijk zijn van zorgpartijen bij de uitvoering van deze keuzes.

De overheid kan actief sturen op de samenstelling van het verzekerde pakket door keuzes te maken over de invulling van de pakketcriteria. Het uitgaande kabinet heeft ingezet op een verbreding en verbetering van de toets op het basispakket. Hiermee wordt beoogd het inzicht in de kernmerken van zorg en medische technologie te vergroten en zorg die mogelijk niet-passend is scherper en breder te toetsen, zodat verzekeraars en zorgaanbieders deze zorg niet meer inkopen en aanbieden. Meer inzicht in het verzekerde pakket stelt de overheid ook in staat gerichter en effectiever pakketmaatregelen te nemen. De invulling van de pakketcriteria wordt in de praktijk grotendeels aan het Zorginstituut overgelaten. De overheid kan kiezen een actievere rol te nemen in de invulling van deze criteria, door middel van een opdracht aan het Zorginstituut om criteria aan te scherpen of door deze criteria zelf aan te scherpen in wet- en regelgeving. Vervolgens kan het Zorginstituut op basis van de aangescherpte criteria een bredere en scherpere weging maken van de meerwaarde van nieuwe en bestaande behandel mogelijkheden.

Uitvoeringsvariant 13. Pakketmaatregelen curatieve zorg

In dit fiche staan varianten om de rol van de overheid bij de samenstelling van het verzekerde pakket te vergroten, door nadere invulling te geven aan de pakketcriteria.

Door het pakket gedeeltelijk te sluiten kan de overheid scherpere keuzes maken welke behandel mogelijkheden wanneer beschikbaar zijn. De instroom van nieuwe behandel mogelijkheden blijft de komende decennia een belangrijke drijver voor de zorguitgaven. Daarbij is er een trend zichtbaar dat nieuwe behandel mogelijkheden gemiddeld steeds duurder worden, afgezet tegen de gezondheidsbaten. Bij budgettaire en personele beperkingen bestaat daardoor het risico dat dure, nieuwe behandel mogelijkheden, doelmatigere of maatschappelijk waardevolle vormen van zorg verdringen, zonder dat hier een publieke toets heeft plaatsgevonden. Door de instroom van nieuwe behandel mogelijkheden met een groot budgettaire of personeel beslag afhankelijk te maken van een positief besluit door de minister, kan er een

bredero weging plaatsvinden van de gewenste allocatie van mensen en middelen in de zorg. Een verdergaande variant is om het pakket geheel te sluiten. Dit zou vergen dat de overheid voor alle nieuwe zorg een procedure moet inregelen om de samenstelling van het pakket jaarlijks en tijdig te bepalen. Het gedeeltelijk of geheel sluiten van het pakket vergroot de mogelijkheden om de innovatie gedreven groei van de zorguitgaven eigenstandig te beheersen en leidt tot een structurele verlaging van de autonome groei van de zorguitgaven. Inperking van de instroom kan ertoe leiden dat nieuwe behandelmogelijkheden en kwaliteitsverbeteringen later of niet beschikbaar zijn in Nederland. Of dit ook daadwerkelijk tot besparingen leidt is volledig afhankelijk van de politieke bereidheid om scherpere keuzes te maken en daadwerkelijk nieuwe behandelmogelijkheden en kwaliteitsverbeteringen buiten het pakket te houden.

Uitvoeringsvariant 16. Gesloten pakket

In dit fiche staan varianten om de rol van de overheid bij de samenstelling van het verzekerde pakket te vergroten, door een meer gesloten pakket in te stellen.

De overheid kan actiever sturen op de ontwikkeling van kwaliteit binnen het verzekerde pakket. Het uitgaande kabinet heeft er op ingezet om de totstandkoming van kwaliteits- en uitkomstindicatoren en richtlijnen te versnellen en aan te scherpen, op basis van het principe van passende zorg. Een volgend kabinet kan dit voortzetten. Een belangrijke onzekerheid bij deze aanpak is dat het Zorginstituut voor de beoogde aanscherping afhankelijk is van de inbreng van beroepsorganisaties, waardoor deelbelangen doorslaggevend kunnen zijn voor de voortgang. Een optie om dit proces te versnellen is om in wet- en regelgeving eisen te stellen aan kwaliteitsnormen die veldpartijen stellen en de doorzettingsmacht van het Zorginstituut te versterken om te borgen dat aan deze eisen wordt voldaan. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om eisen over de wijze waarop doelmatigheid in kwaliteitsnormen wordt geborgd. In een verder ingrijpende variant kunnen kabinet en parlement kwaliteitsrichtlijnen periodiek vaststellen in wet- en regelgeving, zodat de overheid integraal kan wegen of een mogelijke kwaliteitsontwikkeling in lijn is met de gewenste allocatie van mensen en middelen binnen de zorg en de bredere maatschappij.

Uitvoeringsvariant 15. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden

In dit fiche staan varianten om de rol van de overheid bij de totstandkoming van kwaliteitsnormen te versterken.

4.4.4 Kiezen om passende zorg te stimuleren

De overheid kan passende zorg stimuleren door het stelsel gericht te optimaliseren, waarbij de overheid of verzekeraars in positie worden gebracht om keuzes te maken. De doelmatigheid van de zorg kan worden verbeterd wanneer zorgaanbieders beter gefaciliteerd en geprikkeld worden om te achterhalen welke zorg effectief en passend is en snel kunnen doorverwijzen naar de aanbieder die deze zorg het meest doelmatig kan bieden. Dit betekent onder meer dat licht complexe zorg die nu door gespecialiseerde zorgaanbieders wordt geleverd, vaker in de eerste lijn en vaker digitaal wordt geleverd en dat zorggebruikers met een ondersteuningsvraag sneller worden doorverwezen naar het sociaal domein. Zorgverzekeraars kunnen deze veranderingen bevorderen, maar het inkoopbeleid van individuele verzekeraars is voornamelijk onvoldoende om beslissend te sturen op brede implementatie. In het verleden is vaak een keuze geschetst tussen meer overheid of meer marktwerking om doelmatigheid in de zorg verder te vergroten. Een deel van de knelpunten hangt echter samen met structurele factoren, zoals toenemende marktmacht van zorgaanbieders door toenemende specialisatie en het tekort aan zorgmedewerkers. In deze omstandigheden is vooral van belang dat altijd een partij in positie is om te sturen op passende zorg. De overheid kan daarom kiezen voor een ander paradigma, waarbij altijd de overheid of de zorgverzekeraar in positie moet zijn, en het stelsel gericht wordt geoptimaliseerd waar knelpunten ontstaan.

De verplichte vergoeding door verzekeraars van aanbieders waarmee zij geen contract hebben, beperkt verzekeraars in hun vermogen om op passende zorg te sturen. Deze verplichting leidt tot ondoelmatige inzet van schaarse zorgverleners en financiële middelen. Het uitgaande kabinet heeft er daarom op ingezet het voor aanbieders gemakkelijker en aantrekkelijker te maken een contract aan te gaan. In het IZA is opgenomen dat een wettelijke regeling wordt gemaakt om nadere invulling te geven aan de verplichting tot vergoeding van zorg zonder contract. Een volgend kabinet kan deze aanpak voortzetten en versterken door de vergoedingsverplichting te laten vervallen. Dit stelt verzekeraars in staat om wie dat wil polissen aan te bieden die meer leunen op gecontracteerde zorg. Daarbij blijft de ruimte voor verzekeraars behouden om zich te onderscheiden in hun inkoopbeleid en polisaanbod behouden, waardoor er sprake blijft van substantiële keuzevrijheid voor verzekerden.

Uitvoeringsvariant 17. Afschaffen ongecontracteerde zorg

In dit fiche staat de mogelijkheid beschreven om de verplichte vergoeding van ongecontracteerde zorg af te schaffen.

Door de informatiepositie van zorgverzekeraars te versterken, kunnen zij aanbieders die passende zorg leveren beter belonen. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en afspraken maken met aanbieders over verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars echter over onvoldoende informatie beschikken om inzicht te krijgen in de kwaliteit en uitkomsten van de zorg. Dit heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars en overheid niet effectief kunnen sturen. Zonder inzicht in de kwaliteit van zorg dreigt de inkoop zich te richten op prijsconcurrentie met onvoldoende oog voor zorguitkomsten. Een mogelijkheid is om verzekeraars meer inzicht te geven in de diagnose van zorggebruiker en de concreet verrichte behandelingen. Dit stelt zorgverzekeraars beter in staat om de kwaliteit en uitkomsten van zorg bij verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken en te relateren aan de gekozen behandelstrategie. Daarnaast geeft dit zorgverzekeraars de mogelijkheid te evalueren in hoeverre de aanbieder gebruik maakt van de meest doelmatige leveringsvorm. De overheid maakt in dit geval een principiële overweging welke rol verzekeraars moeten spelen bij het realiseren van goede zorg, en welke informatie daarvoor beschikbaar wordt gesteld.

Uitvoeringsvariant 14. Versterken informatiepositie zorgverzekeraar

In dit fiche staat een mogelijkheid om de informatiepositie van de verzekeraar te versterken, door zorgaanbieders te verplichten relevante informatie beschikbaar te stellen.

Door medisch-specialisten in loondienst te brengen kunnen ziekenhuizen beter sturen op passende zorg. Zorgaanbieders hebben ook een belangrijke rol in het realiseren van passende zorg. Zij moeten keuzes kunnen maken om de organisatie van zorg aan te passen, ook wanneer dit op korte termijn betekent dat functies moeten worden aangepast. Het bestaan van een medisch specialistisch bedrijf naast een raad van bestuur kan de bestuurbaarheid van het ziekenhuis in de weg staan, doordat de belangen van het ziekenhuis en de belangen van het medisch specialistisch bedrijf strijdig kunnen zijn. Dit kan in de weg staan van het kiezen van de meest zinnige en effectieve behandeling en van gewenste samenwerkingen tussen zorgaanbieders. Bijvoorbeeld wanneer de besturen van ziekenhuizen afspraken maken over de verdeling van ingrepen over hun locaties, maar dit gevolgen heeft voor het inkomen van specialisten. In Zorgkeuzes in Kaart en Keuzes in Kaart zijn varianten uitgewerkt om medisch specialisten in loondienst te brengen. In het huidige rapport zijn geen nieuwe varianten uitgewerkt.

Door het Integraal Zorgakkoord (IZA) voort te zetten, kan de overheid de gelijkgerichtheid over de benodigde veranderingen versterken. Het uitgaande kabinet heeft het IZA afgesloten, met bestuurlijke afspraken over de inzet van zorgaanbieders en zorgverzekeraars om de doelmatigheid op basis van het principe van passende zorg te verbeteren en de inzet van de overheid om dit te faciliteren. Op basis van deze afspraken hebben zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich eraan gecommitteerd om op middellange termijn doelmatigheidswinst te realiseren. Een volgend kabinet kan ervoor kiezen om deze werkwijze voort

te zetten, door het IZA uit te voeren en dit akkoord eventueel te verlengen naar 2028. Door een akkoord te sluiten en de budgettaire kaders te handhaven via het macrobeheersinstrument, beheerst de overheid de uitgaven via budgettering, waarbij het voor een belangrijk deel aan aanbieders en verzekeraars is om invulling te geven aan de beoogde besparing.

De overheid kan het instrument van zorgakkoorden versterken om scherpere afspraken te maken en deze beter te handhaven. De akkoorden hebben een rol in aanvulling op de eigen instrumenten van de overheid en de werking van het stelsel. De akkoorden stellen de overheid in staat kaders te stellen. Aanbieders en verzekeraars zullen hier in hun eigen beleid invulling aan geven. Een belangrijk voordeel is dat zorgpartijen in staat zijn gericht de zorg te verbeteren dan de overheid. Een belangrijk nadeel is dat de overheid weinig zicht en controle heeft op hoe de ombuigingen worden gerealiseerd en haar eigen vermogen om bij te sturen ingeperkt wordt. Daarnaast vergroten de akkoorden de afhankelijkheid van aanbieders en verzekeraars, die deze positie kunnen gebruiken om deelbelangen te beschermen. Beheersing op basis van akkoorden is kwetsbaar, als de overheid over onvoldoende alternatieve instrumenten beschikt om haar beleid uit te voeren. De overheid kan werken aan het eigen handelingsperspectief, zowel om de zekerheid over resultaten te verbeteren als om de afhankelijkheid van deelbelangen te verminderen. Hierbij kan de overheid ook een lange termijn visie voor de akkoorden ontwikkelen. Op de langere termijn kunnen de zorgakkoorden effectiever worden vormgegeven. De handhaving van inhoudelijke afspraken in akkoorden kan worden verbeterd. Het macrobeheersinstrument blijft een stok achter de deur, waarbij de overheid verder kan verkennen hoe deze effectiever kan worden gemaakt.

Uitvoeringsvariant 18. Versterking van de beheersing door zorgakkoorden

In dit fiche staan varianten om de effectiviteit van zorgakkoorden te vergroten, door het handelingsperspectief van de overheid te versterken om het algemene belang te borgen, inhoudelijke afspraken te handhaven en een sterkere lange termijn visie te borgen.

Waar de verzekeraars hun rol onvoldoende kunnen uitoefenen kan de overheid sturen op passende zorg met prijsregulering. Het reguleren van prijzen is een bestaand instrument, om ondoelmatige uitkomsten te voorkomen in deelmarkten waar de verzekeraars hun rol niet kunnen uitoefenen. Het kan bijvoorbeeld gaan om markten met te weinig informatie of marktmacht bij zorgaanbieders. Toenemende schaarste kan ertoe leiden dat een groter aandeel van de zorg aanbieders marktmacht heeft. De overheid neemt met prijsregulering een deel van de rol van de verzekeraars over, waardoor de sturingsmogelijkheden van verzekeraars afnemen. De overheid kan onderzoeken of de huidige prijsregulering moet worden uitgebreid, en waar deze al bestaat, of deze actiever kan worden ingezet om te sturen op passende zorg.

Uitvoeringsvariant 19. Prijsbeheersing

In dit fiche staan mogelijkheden om de prijsregulering te herzien en actiever in te zetten om te sturen op doelmatige zorgverlening.

In de tertiaire medisch-specialistische zorg schiet de beheersing tekort, maar is er niet één duidelijke oplossing. Deze zorg is een voorbeeld waar de bestaande beheersing beperkingen kent. Waar zeer specialistische zorg vaak gepaard gaat met dure medische technologie en schaarse expertise, die wordt ingezet voor relatief kleine groepen patiënten, is er een sterk publiek belang om de ontwikkeling en het aanbod van deze zorg af te wegen tegen investeringen in andere zorgvormen en andere sectoren. Er is op dit moment echter onvoldoende tegenmacht om de groei van zeer specialistische zorg te beheersen. Doordat er bij aanbieders van zeer specialistische zorg vaak sprake is van marktmacht en van beperkte transparantie van kosten en kwaliteit, slagen verzekeraars er onvoldoende in de doelmatigheid te beheersen. Door kruissubsidiëring wordt de bekostiging van minder complexe zorgvormen ingezet voor de ontwikkeling en het aanbod van zeer specialistische zorg. Theoretisch kan de overheid de balans tussen verzekeraars en aanbieders verbeteren door via het pakketbeheer scherper te sturen op de

deze zorg, maar juist dit type zorg is slecht beheersbaar vanwege de snelle innovatie en hoge mate van maatwerk.

Voor de tertiaire medisch-specialistische zorg zou de overheid het beheersingsmodel als geheel kunnen heroverwegen. Door de sturing op het aanbod van zeer specialistische zorg te versterken, kan deze beter worden beheerst en worden voorkomen dat deze zorg maatschappelijk waardevollere zorgvormen verdringt. Hierbij is niet één oplossing evident effectief. Het versterken van de tegenmacht vanuit verzekeraars is mogelijk, maar houdt de beperking dat marktmacht bij zorgaanbieders de sturingsmogelijkheden. Het versterken van de rol van de overheid is mogelijk, maar de overheid heeft in deze complexe markt niet altijd de informatie die nodig voor effectieve sturing. Bovendien kan een grotere rol voor de overheid de prikkels voor zorgverzekeraars om tot passende zorg te komen. In een dergelijke situatie, kan worden overwogen het beheersingsmodel integraal te herzien, om te borgen dat ten alle tijden een inkoper van zorg, zij het verzekeraars of de overheid, in positie moet zijn om de lastige keuzes over passende zorg te maken.

Uitvoeringsvariant 20. Versterken beheersing tertiaire medisch-specialistische zorg

In dit fiche staan varianten om het beheersingsmodel van deze zorg te herzien en om vanuit de overheid actiever te sturen op de aangeboden voorzieningen.

Extern onderzoek: Gesloten pakket

In opdracht van de TWMZ heeft SiRM een internationaal vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de manier waarop het pakketbeheer in andere West-Europese landen is georganiseerd.⁵³ Op basis van eerder onderzoek, was de verwachting dat een meer gesloten pakket gecorreleerd zou zijn met een minder hoge instroom van nieuwe behandelmogelijkheden, omdat in landen met een gesloten pakket een expliciete beslissing genomen moet worden om bepaalde zorg te laten instromen.

Het rapport constateert geen heldere correlatie tussen een meer gesloten pakket en lagere uitgaven aan curatieve zorg. Op basis van 34 onderzochte behandelingen en hulpmiddelen wordt de meeste zorg die in Nederland wordt vergoed, ook vergoed in de onderzochte landen. Daarentegen zien we dat landen met een meer gesloten systeem regelmatig zorg vergoeden die in Nederland niet wordt vergoed. Dat betekent dat in vergelijking met andere West-Europese landen er geen aanleiding is om aan te nemen dat een meer gesloten inrichting van het pakketbeheer één op één doorwerkt in een minder genereuze instroom van nieuwe behandelmogelijkheden. Het onderzoek strekt zich niet uit tot mogelijke verklaringen voor deze uitkomst.

In de lezing van de technische werkgroep kunnen oorzaken voor de uitkomst van het externe onderzoek liggen in culturele of politieke factoren, of doordat de landelijke sturing op individuele zorg moeilijk te controleren is. Het Zorginstituut publiceert in vergelijking met andere landen met een meer gesloten pakket ook al relatief veel effectiviteitsbeoordelingen. In Nederland zijn de effectiviteitsbeoordelingen – de standpunten van het Zorginstituut – bovendien formeel gekoppeld aan beslissingen over de omvang van het pakket. Bij een negatief standpunt stroomt zorg uit zonder tussenkomst van de politiek. Hiermee heeft het Zorginstituut internationaal gezien een grote bevoegdheid en is het pakket feitelijk geslotener, dan de open instroom doet vermoeden. De technische werkgroep heeft de uitkomsten betrokken bij uitvoeringsvariant 16 (gesloten pakket).

⁵³ SiRM (2023), *Het gras blijkt niet groener. Bijlage bij de publicatie van het voorliggende rapport.*

Bijlage(n)

Samenstelling werkgroep

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE
Marcelis Boereboom	Duo voorzitter	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Petra Lugtenburg	Duo voorzitter	Ministerie van Financiën
Barbara Goezinne	Werkgroeplid vanaf augustus 2023	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Ernst van Koesveld	Werkgroeplid tot en met juni 2023	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Nicole Kroon	Werkgroeplid	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Hans Leenders	Werkgroeplid	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Dick Kabel	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Gijs van der Vlugt	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Erwin van Dam	Werkgroeplid	Ministerie van Algemene Zaken
Jante Parlevliet	Expert	Centraal Planbureau
SECRETARIAAT		
Margriet Germing	Secretaris	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Arne Jeninga	Secretaris	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Jos Jansen	Secretaris	Ministerie van Financiën
Romy van Rooijen	Secretaris vanaf augustus 2023	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Henk van Zuilen	Secretaris	Ministerie van Financiën

Taakopdracht technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven 2022/2023

Inleiding

De ministers van VWS en Financiën hebben besloten tot de instelling van de technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven per 1 september 2022. De instelling van deze technische werkgroep is aangekondigd in de kabinetsreactie⁵⁴ op het WRR-rapport *Kiezen voor houdbare zorg*, mede in reactie op de motie Hammelburg Paulusma, die ook verwijst naar de Studiegroep Begrotingsruimte.

Met de uitvoering van het coalitieakkoord zet het huidige kabinet belangrijke stappen om de houdbaarheid van de zorg te verbeteren. Samen met zorgpartijen wordt ingezet op lagere groei van de zorguitgaven. Ten behoeve van een realistische personele houdbaarheid, wil het kabinet daarnaast het aantal werkenden in de zorg minder meer laten groeien, om ook voldoende mensen beschikbaar te hebben voor andere maatschappelijke sectoren zoals onderwijs, bouw en energie. De toenemende behandelmogelijkheden en de extra vraag naar zorg ten gevolge van de vergrijzing betekenen echter dat er in de toekomst opnieuw lastige keuzes gemaakt moeten worden. Lastige keuzes zijn echter makkelijker te nemen als we met meer zekerheid kunnen zeggen dat het ook onderbouwde keuzes zijn. Vanwege autonome groei van zorguitgaven is macrobeheersing nu complex. Het kabinet maakt er werk van nieuwe inzichten te verkrijgen om de zorg beter te organiseren en meer grip op de groei van de zorgvraag te krijgen. Om ook in de toekomst weloverwogen keuzes te kunnen maken, stelt het kabinet een technische werkgroep in om ten behoeve van de volgende kabinetsperiode verschillende uitvoeringsvarianten te verkennen om de beheersing van de zorguitgaven op macroniveau te verbeteren, ook als voorbereiding op een volgende Studiegroep Begrotingsruimte.

Taakopdracht

1. De werkgroep beantwoordt de volgende hoofdvraag: Op welke wijze kan de beheersing van de uitgavenontwikkeling op macroniveau worden verbeterd?
2. De werkgroep beantwoordt de volgende deelvragen:
 - a. Hoe wordt in de huidige situatie de ontwikkeling van zorguitgaven beheerst?
 - b. Welke alternatieve uitvoeringsvarianten zijn er om de zorguitgaven te beheersen? En welke veranderingen en transitiepaden vergen zij? In welke mate leiden deze varianten tot een afname van de autonome groei? Wat zijn de gevolgen van de uitvoeringsvarianten voor kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en uitvoerbaarheid van de zorg, alsmede de verhouding tussen collectieve en private financiering?
 - i. Welke uitvoeringsvarianten zijn er om ex ante de zorguitgaven te beheersen, met als gevolg een lagere autonome groei?
 - ii. Welke uitvoeringsvarianten zijn er om ex post de zorguitgaven te beheersen met als gevolg lagere uitgaven dan de geraamde zorguitgaven?
 - iii. Is het mogelijk een uitvoeringsvariant te formuleren die een lager groeipad als uitgangspunt neemt voorafgaand aan de kabinetsperiode?
3. De uitvoeringsvarianten richten zich primair op de Zvw en Wlz waarbij ook de (financiële) effecten van de maatregelen op andere sectoren in kaart worden gebracht.
4. De werkgroep inventariseert en onderzoekt kennisvragen, voor zover dat nodig is om antwoord te geven op de hoofd- en deelvragen. Kennisvragen moeten zorgen voor een feitelijke basis voor de beantwoording van de hoofd- en deelvragen. De reeds geïnventariseerde kennisvragen staan onder het kopje 'kennisvragen'.

⁵⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2021-2022, 35 925-XVI-192.

Uitvoeringsvarianten

- Met betrekking tot de uit te werken uitvoeringsvarianten geldt het zogeheten non-veto beginsel. De werkgroep werkt in ieder geval onderstaande uitvoeringsvarianten uit om de beheersing van de zorguitgaven op macroniveau te verbeteren, waaronder uitvoeringsvarianten die de mogelijkheid bieden om autonome groei terug te dringen. Hierbij maakt de werkgroep inzichtelijk welke wijzigingen in het wettelijk kader hier eventueel voor nodig zijn, wat de transitiepaden zijn en wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en (personeel)uitvoerbaarheid van de zorg, alsmede de verhouding tussen collectieve en private financiering. Ook wordt er gekeken wat het effect van de maatregelen is op de autonome groei van de zorguitgaven, zoals die wordt geraamd door het CPB. Daarbij wordt minimaal één variant uitgewerkt die ertoe leidt dat de autonome groei van de zorguitgaven wordt beheerst op een niveau dat in lijn is met demografische ontwikkelingen.
 - a) Een uitvoeringsvariant waarin de zorguitgaven worden beheerst door deze periodiek bij te sturen op basis van gerichte besparingsmaatregelen;
 - b) Een of meer uitvoeringsvarianten waarin de beheersbaarheid van de zorguitgaven wordt versterkt door meer overheidssturing op de inhoud van het verzekerde pakket, zoals een gesloten pakket;
 - c) Een of meer uitvoeringsvarianten waarin de beheersbaarheid van de zorguitgaven wordt versterkt door meer overheidssturing op het zorgaanbod, zorginkoop en/of de toegang tot zorg, zoals een voorzieningenstelsel of alternatieven voor MBI-kaders;
 - d) Een of meer uitvoeringsvarianten waarbij eigen betalingen structureel meer bijdragen aan de beheersbaarheid van de zorguitgaven.

Kennisvragen

In elk geval zal bij de kennisvragen onderzocht worden hoe de ontwikkeling van de zorguitgaven in het verleden was en hoe het huidige beheerinstrumentarium heeft gefunctioneerd. Ook zullen wetenschappelijke inzichten en ervaringen van andere landen betrokken worden bij de beantwoording van de hoofd- en deelvragen:

- a) Maak inzichtelijk wat de meerjarige trend is geweest, wat de drijvers zijn van de meerjarige trend in de stijging van de zorguitgaven en in hoeverre deze trend verschilt met die in andere landen.
- b) Maak inzichtelijk hoe het basispad tot stand komt, wat de rol is van de raming van het CPB en welk effect dit in het verleden heeft gehad in de besluitvorming. Maak daarbij ook inzichtelijk aan welke informatie/raming behoefte is om te komen tot een goede besluitvorming.
- c) Maak inzichtelijk welke sturingsmogelijkheden er op dit moment zijn om de zorguitgaven te beheersen en in hoeverre deze in de afgelopen tien jaar effectief zijn ingezet om de zorguitgaven te beheersen op het door de politiek beoogde niveau. Maak daarbij specifiek inzichtelijk welke mogelijkheden er zijn om budgettaire kaders in de Zvw en Wlz ex ante en ex post te handhaven.
- d) Onderzoek welke wetenschappelijke inzichten er zijn over de prestaties van alternatieve beheersmodellen op het gebied van kostenbeheersing, kwaliteit en toegankelijkheid.
- e) Onderzoek op welke manieren nieuwe behandelmogelijkheden worden getoetst en geëvalueerd, zowel vanuit de overheid als vanuit veldpartijen. Hoe wordt uitstroom uit het pakket geregeld? Hoe verhoudt dit zich qua proces en uitkomsten tot andere landen? Welke mogelijkheden zijn er om de overheidssturing op de instroom van nieuwe behandelingen en uitstroom van niet-effectieve behandelingen te versterken en wat kunnen we hierin leren van de voorbeelden in andere landen?
- f) Onderzoek met welke kosten en gedragseffecten rekening moet worden gehouden worden bij een stelselwijziging.
- g) Onderzoek in hoeverre het normeren van de uitgaven kan bijdragen aan de beheersing van de zorguitgaven.

Uitgangspunten en randvoorwaarden

Voor de technische werkgroep gelden de volgende uitgangspunten en randvoorwaarden:

- a) De verkenning richt zich op uitvoeringsvarianten voor de periode na 2025, met de aanname dat de maatregelen in het coalitieakkoord zoals beoogd zijn uitgevoerd.
- b) De analyse en uitvoeringsvarianten worden uitgewerkt als input voor de Studiegroep Begrotingsruimte en besluitvorming door een volgend kabinet.
- c) De technische werkgroep richt zich op het inzichtelijk maken van de mogelijkheden om het beleidsinstrumentarium te versterken om de zorguitgaven beter beheersbaar te maken en geeft geen advies over de mate waarin dit instrumentarium ingezet zou moeten worden om de houdbaarheid van de zorguitgaven te verbeteren.
- d) De technische werkgroep maakt zoveel mogelijk gebruik van voorgaande studies van CPB, NZa, ZiN, RVS, OESO en WRR en van BMH's en IBO's, en bouwt voort op eerdere technische werkgroepen, zoals de Technische Werkgroep Beheersinstrumentarium Zorguitgaven.
- e) De technische werkgroep kan ook nader onderzoek (laten) uitvoeren.
- f) In de rapportage wordt helder beschreven welke stappen er concreet gezet moeten worden bij invoering van de uitvoeringsvarianten, inclusief een inschatting van de duur van het implementatietraject en eventueel noodzakelijke transitiestappen. De varianten worden getoetst op uitvoerbaarheid, en besproken met de relevante uitvoeringsinstanties.
- g) Het CPB zal de effecten van de maatregelen toetsen.

Projectinrichting

- De technische werkgroep bestaat uit de volgende leden:
 - namens het ministerie van VWS de directeur-generaal Langdurige Zorg, de directeur Macro-economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt en de directeur Financieel Economische Zaken;
 - namens het ministerie van Financiën de directeur Inspectie der Rijksfinanciën en de directeur Algemene Financiële en Economische Politiek;
 - namens het ministerie van Algemene Zaken de raadsadviseur VWS;
 - een vertegenwoordiger van het CPB.
- De secretaris-generaal van het ministerie van VWS en de directeur-generaal Rijksbegroting zitten de werkgroep roulerend voor. Het secretariaat is verantwoordelijk voor de voorbereiding van de vergaderingen van de werkgroep. Het secretariaat bestaat uit medewerkers van VWS en Financiën.

Tijdpad

De voorzitter van de technische werkgroep biedt het eindrapport uiterlijk zomer 2023 aan de opdrachtgevers aan. Het eindrapport zal openbaar worden gemaakt zonder kabinetsreactie.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN*	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
1.Versterken informatiepositie ten behoeve besluitvorming	**					
2.Eigen betalingen langdurige zorg						
Verhogen VIB naar 8%	0	0	-70	-70	-70	2027
Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB	0	0	-70	-70	-70	2027
Compensatie vervallen ouderentoeslag afschaffen	0	0	-30	-30	-30	2027
Vermogen in eigen woning en box 3- vermogen gelijk behandelen, alleen bij hoge eigen bijdrage	0	0	0	0	-245	2029
Vermogen in eigen woning en box 3- vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen	0	0	0	0	-340	2029
Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen	0	0	0	0	-85	2029
Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb	0	0	-15	-15	-15	2027
Invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage per uur voor wijkverpleging in de Zvw***	0	0	0	-600	-600	2028
3.Huishoudelijke ondersteuning valt niet meer onder de Wmo	0	0	0	-400	-400	2027
4.Aanspraak dagbesteding in de Wlz beperken	0	0	0	-375	-375	2028
5. Lichtere zorgzwaartes uit de Wlz						
Netto besparing VG3	20	20	20	15	-120	2033/2047
Netto besparing GGZ-W1	5	5	5	5	-35	2031/2043
6.Opheffen pakketverschillen Wlz en Zvw - tandheelkundige zorg	0	0	-30	-30	-30	2027
7.Versnelling opschaling digitale zorg						
Wlz verpleging en verzorging & gehandicaptenzorg	0	0	-45	-115	-275	2031
Zvw Wijkverpleging	0	0	-35	-90	-210	2031
8.Verbeteren prikkels gemeenten						

9.Meewegen sociale context						
Netto besparing met verblijf	PM	PM	PM	PM	PM	PM
Netto besparing zonder verblijf (<u>niet geclusterd vpt</u>)	0	0	-1,3	-3,8	-12,8	2032
10.Inperken aanspraak verblijf voor ouderenzorg						
11.Ouderenzorg overhevelen van Wlz naar Zvw/Wmo						
A. Extramurale ouderenzorg overhevelen naar Wmo en Zvw						
B. Extramurale en intramurale ouderenzorg overhevelen en Zvw en Wmo						
C. Ouderenzorg grotendeels of geheel overhevelen naar Wmo						
12.Eigen betaling curatieve zorg						
Inlopen indexering/ verhogen eigen risico	0	0	-1.980	-2.050	-2.050	-
Optie A	0	-200	-200	-200	-200	2027
Optie B	0	60	60	60	60	2026
Optie C	0	-95	-95	-95	-95	2026
13.Pakketmaatregelen curatieve zorg						
Voorbeeld 1	0	0	-13,4	-25	-55	2030
Voorbeeld 2	0	0	0	0	-270	2042
Voorbeeld 3						
14.Versterken informatiepositie zorgverzekeraars						
	0	0	0	0	-170	2037
15.Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden						
16.Gesloten pakket						
Variant A	7	14	2	-30	-25****	2029
Variant B	7	14	2	-30	25****	2028
17.Afschaffen ongecontracteerde zorg						
	0	0	-300	-300	-300	2027
18. Versterking van de beheersing door zorgakkoorden						
19.Prijsbeheersing						
20. Versterking beheersing tertiaire medisch-specialistische zorg						
Variant A	0	0	0	0	-160	2030
Variant B	0	0	-30	-65	-95	2028

**Bij overhevelingen tussen en weglekeffecten naar andere domeinen wordt in deze tabel de netto besparing weergegeven. De transitie- en uitvoeringskosten zijn verwerkt in de netto besparing.*

***Waar geen bedragen zijn opgenomen is de maatregel niet gekwantificeerd.*

****De raming voor 2028 is afkomstig uit Keuzes in Kaart 2025-2028. Het CPB heeft afgerond op honderden miljoenen. Er is sprake van afrondingsverschillen.*

*****De opbrengst van deze maatregel is aanzienlijk hoger dan de structurele opbrengst, omdat het effect oploopt na de periode waarvoor de opbrengst wordt ingeboekt. Dit effect wordt toegelicht in de uitvoeringsvariant.*

1. Versterken informatiepositie ten behoeve van besluitvorming

Omschrijving

De overheid versterkt haar informatiepositie over onderliggende trends in de groei van de zorguitgaven. Zoals beschreven in hoofdstuk 3, raamt het CPB de uitgavengroei per stelselwet. Deze raming bepaalt de totale groei. Het ministerie van VWS raamt vervolgens hoe deze groei waarschijnlijk neerslaat in subsectoren. Betere beslisinformatie is mogelijk door meer inzicht te geven in de opbouw van deze raming en meer inzicht te bieden in specifieke ontwikkelingen per subsector. Deze variant valt uiteen a) verbeteringen die mogelijk zijn ten behoeve van de komende formatie; en b) verbeteringen die vragen om aanvullend onderzoek.

Ad a) De beschikbare informatie voor de formatie over de ontwikkeling van de zorguitgaven wordt aangevuld met de cijfermatige ontwikkeling van de onderliggende determinanten. De decompositie van de VWS-cijfers voor de zorguitgaven wordt door VWS gericht aangevuld met beschikbare ramingen van onderliggende trends, voor zover deze aanvullend inzicht bieden in de aard van de te verwachten ontwikkeling van de uitgaven per subsector. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van de kosten van dure geneesmiddelen voor de medisch-specialistische zorg (MSZ).

Ad b) VWS voegt een uitsplitsing naar subsectoren van de VWS-cijfers toe, inclusief de onderliggende determinanten van deze raming. Hiermee wordt een meer fijnmazig inzicht gegeven in de verwachte verdeling van groei.

Daarnaast zet de overheid extern onderzoek uit naar welke aanvullende variabelen ingezet kunnen worden om tot een beter inzicht te komen in de groei van de uitgaven per subsector en onderliggende trends binnen deze subsectoren. Naast verklarende kracht wordt daarbij rekening gehouden met de beschikbaarheid van data, transparantie, relevantie, bruikbaarheid, robuustheid en uitvoerbaarheid. Bij te verkennen aanvullende variabelen kan worden gedacht aan arbeidsproductiviteit, huishoudsamenstelling en multimorbiditeit. Ook wordt verkend of informatie op basis van microsimulatiemodellen toegevoegde waarde hebben, voor zover deze aanvullend inzicht bieden in de aard van de te verwachten ontwikkeling.

Er wordt de komende jaren onderzocht of het mogelijk is om in de aanloop naar een volgende formatie op basis van deze aanvullende beslisinformatie (pakketten van) maatregelen in beeld te brengen die aansluiten bij de stijging van uitgaven van de verschillende deelsectoren.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel van deze variant is om de overheid meer en gedetailleerdere informatie te bieden om de aard van kostenstijgingen in de zorg beter te wegen en gerichtere maatregelen te kunnen nemen om hierop bij te sturen. Door de ontwikkelingen van de uitgaven met een hoger detailniveau inzichtelijk te maken en waar mogelijk te verrijken met informatie over onderliggende ontwikkelingen, wordt beoogd formerende partijen beter in staat te stellen de kosten en baten van het accommoderen van de geraamde groei kritisch en integraal te wegen. Daarbij kan de overheid gerichtere besluiten over allocatie van middelen binnen en buiten de zorg en deze besluiten beter onderbouwen.

Uitvoerbaarheid

- Het advies betreft een technische uitwerking van de informatievoorziening en doorrekeningen op ambtelijk niveau. Variant a) kan worden uitgevoerd ten behoeve van de komende formatie.
- Variant b) vraagt om een grondige uitwerking en evaluatie van de technische gevolgen voor de berekening van de groeiruimte. De verwachting is dat dit in de komende kabinetsperiode (binnen 4 jaar) gerealiseerd kan worden.
- Het CPB raamt de uitgavenontwikkeling binnen de Zvw, Wlz en Wmo op basis van een mesomodel. De CPB-raming is bepalend voor het basispad van de uitgavenontwikkeling per zorgdomein (Zvw, Wlz, Wmo) waarop beleidskeuzes worden geprojecteerd.

Consequentie van deze top-down benadering is, dat onderdelen hiervan niet zonder meer vervangen kunnen worden door separate ramingen voor subsectoren (bottom-up).

- Advies is om met het CPB in gesprek te gaan over hoe actualisatie van de groeicomponenten voor de zorguitgaven in zijn eerstvolgende MLT het beste aansluit op de voor deze maatregel benodigde informatie.
- VWS werkt voor zijn begroting met eigen cijfers voor de ontwikkeling van de zorguitgaven, die enigszins afwijkt van de CPB-raming. Voor de decompositie naar de determinanten van de groei (zoals demografie) wordt wel gebruik gemaakt van de CPB-decompositie, waarbij de groeivoet van elke determinant wordt toegepast op de VWS-raming van de uitgaven.

Budgettaire effecten

Optie a) heeft geen directe budgettaire gevolgen. Optie b) kan op termijn leiden tot een andere raming van de zorguitgaven, inclusief een andere verdeling van de groei over subsectoren. De informatie uit beide opties kan gebruikt worden om in coalitieonderhandelingen (of op andere momenten) tot andere keuzes over de zorguitgaven te komen.

2. Eigen betalingen langdurige zorg

Omschrijving

Deze variant beschrijft maatregelen die de cofinanciering vergroten in de Wet langdurige zorg (Wlz), in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) voor beschermd wonen en in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor wijkverpleging. Meer cofinanciering betekent dat een groter gedeelte van de totale kosten privaat gedragen wordt. Deze variant draagt drie mogelijkheden aan. Voor een nadere beschrijving van de individuele maatregelen onder 1, 2 en 3a, zie het IBO Ouderenzorg⁵⁵. Deze maatregelen gelden Wlz-breed. Maatregel 3b is beschreven in *Zorgkeuzes in Kaart*⁵⁶ (variant 68A).

1. Vermogen zwaarder meewegen
 - a. Verhogen vermogensinkomensbijstelling (VIB) naar 8%
 - b. Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB
 - c. Compensatie vervallen ouderentoeslag afschaffen
2. Gelijke behandeling vermogen
 - a. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, alleen voor de hoge eigen bijdrage
 - b. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen
 - c. Gelijke behandeling vermogen: Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen
3. Prikkels binnen het stelsel van langdurige zorg
 - a. Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb
 - b. Invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage per uur voor wijkverpleging in de Zvw

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel van deze variant is om de beheersbaarheid van de collectieve zorguitgaven te vergroten. Hiertoe worden de eigen betalingen voor langdurige zorg en wijkverpleging (naar draagkracht) verhoogd en daarmee tevens het aandeel private financiering van de totale zorgkosten. Voor deze variant staat het motief van cofinanciering centraal. In de Wlz is van een remgeldeffect slechts in beperkte mate sprake, omdat het gaat om zorgbehoevenden die blijvend zijn aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht. Omdat wijkverpleging ook lichtere zorgvormen betreft, wordt bij maatregel 3b een groter remgeldeffect verwacht. Variant 2a beoogt sturing naar (goedkopere) leveringsvormen binnen de Wlz.

De variant sluit aan op een aantal knelpunten uit de analyse. De eigen betalingen in de Wlz zijn in internationaal perspectief relatief laag. Voor wijkverpleging in de Zvw geldt geen eigen risico of eigen bijdrage. Hierdoor is het kostenbewustzijn voor deze zorgvorm zeer gering. Daarmee lijkt er ruimte te bestaan voor een verhoging. Daarnaast kunnen eigen bijdragen een instrument zijn om de kosten van ouderenzorg naar draagkracht te verdelen.

Verder geldt een ongelijke behandeling van verschillende vormen van vermogen in de systematiek, overigens conform de huidige fiscaliteit. Zo behoort vermogen in de eigen woning in box 1 en vermogen uit aanmerkelijk belang in box 2 – in tegenstelling tot vermogen in box 3 – niet tot de grondslag voor de VIB bij het bepalen van de eigen bijdrage Wlz. Deze aparte behandeling geeft de mogelijkheid tot arbitrage. Het is relatief eenvoudig om vermogen over te hevelen van box 3 naar box 2 (de bv) of box 1 (de eigen woning). Het vermogen van zorggebruikers zonder eigen bv of huis worden hierdoor anders behandeld dan bijvoorbeeld huurders of mensen zonder bv. Het IBO Vermogensverdeling⁵⁷ heeft laten zien dat de grote tot

⁵⁵ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenzorg>

⁵⁶ CPB, ministerie van VWS en ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>

⁵⁷ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-c2da23e05fef0df2b0cd79ff09c88c673d3b3e95/1/pdf/IBO%20Vermogensverdeling%20rapport%20-v2.pdf>

zeer grote vermogens vooral in box 2 te vinden zijn. Kortom, bij het bepalen van de eigen betalingen telt een ton spaargeld anders (zwaarder) mee dan een ton overwaarde in de eigen woning of in een bv. Ook geldt een ongelijke behandeling van inkomen en vermogen (in box 3). Een euro inkomen telt tot 15 keer zwaarder mee dan een euro vermogen in de eigen betaling.⁵⁸

Uitvoerbaarheid

- Maatregelen onder 1 vergen wijziging Besluit langdurige zorg (Blz) en Uitvoeringsbesluit (UB) Wmo 2015. Hier staat 2 jaar voor.
- Maatregelen 2a en 2b vergen wijziging Blz en UB Wmo 2015. Hier staat 2 jaar voor.
- Maatregel 3a vergt voor te hangen wijziging van Blz. Hier staat 2 jaar voor.
- Maatregel 3b vergt wijziging van de Zvw. Het invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage in de Zvw is uitvoeringstechnisch complex; daarnaast zijn er juridische complicaties vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet worden onderbouwd dat de maatregel het algemeen belang dient en noodzakelijk en proportioneel is. Alleen dan mogen op grond van de EU-richtlijn Solvabiliteit II voorschriften worden gesteld aan zorgverzekeraars.
- Voor maatregelen 2a en 2b geldt dat het begrip 'vermogen in eigen woning' als saldo van de waarde van de eigen woning minus de schulden in verband met de eigen woning geen fiscaal relevant begrip is. Als een nieuwe niet-fiscale taak wordt neergelegd bij de Belastingdienst (namelijk het leveren van het gegeven 'vermogen in eigen woning', dan zal dat moeten leiden tot aanpassing wetgeving (vermoedelijk zowel Wet IB 2001 als AWR) zodat de Belastingdienst een beschikking 'vermogen in eigen woning' kan vaststellen en leveren. Hiervoor is het nodig dat eerst de toets wordt aangelegd of de Belastingdienst deze fiscale taak op zich zal nemen. Invoering kan niet voor 2028.
- Voor maatregel 2c. geldt dat de Belastingdienst alleen gegevens heeft op basis van aangiftegegevens van box 2. De reeds bestaande heffing betreft een heffing op de genoten voordelen en niet op het vermogen zelf. In de aangiftegegevens zijn dus geen gegevens beschikbaar over de omvang van het vermogen. Deze data vallen mogelijk met enige moeite te reconstrueren met data uit de VPB-aangifte van vennootschappen. Hierin wordt het eigen vermogen bepaald. Tevens moeten de aandeelhouders die een aanmerkelijk belang hebben dit aangeven. Deze data zouden kunnen worden gebruikt. Hierbij moet worden onderzocht welke complicaties optreden indien in een bv ondernemingsvermogen zit waar anderen met een aanmerkelijk belang ook zeggenschap over hebben. Dit speelt niet bij het meenemen van persoonlijke spaar-bv's. Maatregel 2c vereist daarnaast invoering van een aandeelhoudersregister.
- Het CAK geeft aan dat invoering van grote wijzigingen, die veel vragen van de verandercapaciteit van het CAK, op korte termijn niet mogelijk is. Maatregelen onder 2 vragen relatief veel van de verandercapaciteit van het CAK. De maatregelen onder 1 en 3 zijn meer beperkt in omvang en vragen relatief minder van het CAK. Maatregel 1c verlaagt de uitvoeringslast van het CAK. De overige maatregelen onder 1 en 3 hebben geen effect op de structurele uitvoeringslast. Maatregelen onder 2 verhogen de uitvoeringslast.
- Voor maatregel 3b moet onderzocht worden welke partij de eigen bijdrage gaat vaststellen en innen, en bij wie bezwaar en beroep aangetekend kan worden. Op dit moment mogen zorgverzekeraars niet over inkomensgegevens van verzekerden beschikken. Onderzocht moet worden of hiervoor een wettelijke grondslag gecreëerd kan worden. Ook zou een derde partij de eigen bijdrage kunnen gaan vaststellen en innen. Voor het CAK als potentiële uitvoerder geldt de hierboven gemaakte kanttekening met betrekking tot de beperkte uitvoeringscapaciteit op korte termijn. De maatregel gaat gepaard met aanzienlijke uitvoeringslasten.
- Maatregel 2 betreft het belasten van een niet liquide vermogensvorm. Voor huishoudens met een beperkt inkomen kan dit tot liquiditeitsproblemen leiden (zie de tabel onder). Hiervoor kan het Ierse stelsel uitkomst bieden waarbij de innende partij van de eigen betaling (in Nederland het CAK) een claim opbouwt die bij de verkoop van het huis geïnd

⁵⁸ Bij de hoge eigen bijdrage en een inkomen van omstreeks 20.000 euro wordt meer dan 60% van het inkomen gegeven als eigen bijdrage. 4% van het vermogen in box 3 telt mee bij de eigen bijdrage na aftrek van vrije voet. Zie bijlage 4 IBO Ouderenzorg.

wordt. Mogelijk dient het CAK preferente schuldeiser te worden. De precieze uitwerking verdient nadere uitwerking, inclusief invulling bij een nog thuiswonende partner en peiljaarverleggingen. Bij het bepalen van de eigen bijdrage in jaar t wordt gekeken naar de belastingaangifte over jaar t-2. Hierdoor wordt er dus gekeken naar inkomen en vermogen van 2 jaar eerder, maar de WOZ-waarde is van peildatum t-3. Er zal daarom enige discrepantie zijn tussen de peildatum van het inkomen en het vermogen in box 3 enerzijds, en de peildatum van vermogen besloten in de woning anderzijds. Overwaarde in de eigen woning is mogelijk ook een fluctuerend begrip, wat mogelijk leidt tot additionele verzoeken tot herijking peildatum bij het CAK en daarmee tot additionele uitvoeringslasten. Overigens wordt de overwaarde van mensen die intramuraal wonen bij directe verkoop in de huidige situatie na 2 jaar ook meegenomen in de vaststelling van de eigen bijdrage en na 4 jaar indien de woning niet wordt verkocht.

- De maatregelen onder 1 en 3a verminderen de complexiteit van de systematiek. Maatregelen 2a, 2b en 3b vergroten de complexiteit van de systematiek. Het is denkbaar dat de maatregelen onder 2 ertoe leiden dat de hoogte van de te betalen eigen bijdrage voor Wlz-cliënten lastiger dan nu te doorgronden is. Maatregelen 1b, 1c en 3a maken de bepaling van de hoogte van de eigen betalingen juist makkelijker te doorgronden.

Eigen bijdragen voor huizenbezitter en spaarder bij meenemen overwaarde eigen woning voor verschillende inkomens (alleenstaande AOW-gerechtigde, hoge eigen bijdrage, 2023, geen overig vermogen)*

	HUIZENBEZITTER			SPAARDER		
Verzamelinkomen	31.500	60.000	70.000	31.500	60.000	70.000
Overwaarde minus vrijstelling € 31.340	200.000	200.000	200.000	0	0	0
Spaargeld minus vrijstelling € 31.340	0	0	0	200.000	200.000	200.000
Hoge eigen bijdrage						
Exclusief overwaarde eigen huis	1.456	2.368	2.652	2.123	2.652	2.652
Inclusief overwaarde eigen huis	2.123	2.652	2.652	2.123	2.652	2.652
Effect op eigen bijdrage						
Per maand	667	284	0	0	0	0
Per jaar	8.000	3.408	0	0	0	0

* Er is geen rekening gehouden met effecten van overwaarde en vermogen op het verzamelinkomen.

Financiële effecten

In onderstaande tabel staat een aantal maatregelen die een aanpassing van de eigen bijdragen systematiek voorzien. Met uitzondering van maatregel 3b is uitsluitend het effect op de eigen bijdragen opbrengsten berekend. Voor alle maatregelen zijn echter ook gedragseffecten te verwachten, die worden onder 'overige effecten' toegelicht. Afhankelijk van de maatregel (of een combinatie aan maatregelen) en gedragseffecten die de maatregel met zich mee brengt kunnen deze leiden tot een besparing op zorguitgaven (bijv. indien de zorgvraag wordt uitgesteld of verplaatst naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning) of een intensivering van de zorguitgaven (bijvoorbeeld als er weglek optreedt richting duurdere vormen van zorg). Deze gedragseffecten, evenals eventuele mutaties van uitvoeringskosten, zijn niet gekwantificeerd en maken de hoogte van de budgettaire opbrengst onzeker. De hoogte van de budgettaire opbrengst is daarnaast afhankelijk van de nadere uitwerking van scheiden wonen en zorg. Zie het IBO Ouderenzorg. Daarnaast is niet gekeken naar een eventuele stapeling van eigen bijdragen en mogelijke gedragseffecten die daaruit voortkomen.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Verhogen VIB naar 8%	0	0	-70	-70	-70	2027
Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB	0	0	-70	-70	-70	2027
Compensatie vervallen ouderentoeslag afschaffen	0	0	-30	-30	-30	2027
Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, alleen bij hoge eigen bijdrage*	0	0	0	0	-245	2029
Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen*	0	0	0	0	-340	2029
Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen*	0	0	0	0	-85	2029
Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb	0	0	-15	-15	-15	2027
Invoeren inkomensafhankelijke eigen bijdrage per uur voor wijkverpleging in de Zvw**	0	0	0	-600	-600	2028

* Vanwege inkomenseffecten (zie overige effecten) kan er gekozen worden om een overgangsregeling te treffen. In de raming is hier geen rekening mee gehouden.

** De maatregel is afkomstig uit Zorgkeuzes in Kaart (maatregel 68A). De geactualiseerde raming voor 2028 is afkomstig uit Keuzes in Kaart 2025-2028, p. 149. Het CPB heeft afgerond op honderden miljoenen. Er is sprake van afrondingsverschillen.

Overige effecten

De maatregelen onder 1 verhogen de eigen bijdragen voor cliënten met vermogen (boven de vrijstelling). Hierdoor zullen de eigen bijdragen opbrengsten toenemen. Cliënten met vermogen gaan relatief meer betalen dan cliënten zonder vermogen. Hierdoor gelden eigen bijdragen meer naar draagkracht. De hogere eigen bijdragen hebben een negatief effect op de koopkracht en leidt tot een grotere stapeling van eigen bijdragen.

Daarnaast is het waarschijnlijk dat er gedragseffecten optreden. Cliënten zullen proberen langer thuis te blijven wonen, gebruik te maken van goedkopere vormen van zorg of een groter beroep doen op mantelzorg. Ook kunnen deze maatregelen leiden tot zorgmijding en daarmee mogelijk effect op de kwaliteit van leven en het aantal (gezonde) levensjaren hebben. Daarnaast kan er een sterkere prikkel ontstaan vermogen te verschuiven naar derden of andere manieren te benutten de eigen betalingen te ontwijken (bijvoorbeeld via box 2 of de eigen woning). Tevens ontmoedigen de maatregelen om te sparen.

De maatregelen onder 2 verhogen de eigen bijdragen voor cliënten met eigenwoningbezit (specifiek: diegenen met overwaarde in de eigen woning) of cliënten met aanmerkelijk belang in box 2. Hierdoor gelden eigen bijdragen meer naar draagkracht. Door deze maatregelen zal de opbrengst van de eigen bijdragen toenemen. De grootste financiële effecten voor maatregel 2a en 2b wordt verwacht voor cliënten zonder andere vormen van vermogen. Cliënten met andere vormen van vermogen (zoals spaargeld, zie de box) betalen immers reeds een hogere eigen bijdrage. Een aandachtspunt zijn cliënten met een omvangrijk illiquide vermogen (in bijvoorbeeld het eigen huis of box 2) en een beperkt inkomen. Voor deze groep is het mogelijk lastig om aan de maandelijkse eigen bijdrage te voldoen. Een oplossing voor deze groep ligt mogelijk in het hierboven aangehaalde Ierse model. Een hogere eigen bijdrage heeft een negatief effect op de koopkracht van deze cliënten en leidt tot een hogere stapeling van eigen bijdragen. De

koopkrachteffecten van het meenemen van de overwaarde van de eigen woning kunnen worden gedempt door de opbouw van een claim die na overlijden wordt verrekend, al stijgen de eigen bijdragen per cliënt.

Het is waarschijnlijk dat de maatregelen onder 2 tot gedragseffecten leiden. Cliënten zullen proberen langer thuis te wonen, gebruik maken van goedkopere vormen van zorg, waar mogelijk een groter beroep doen op mantelzorg. Ook kunnen deze maatregelen leiden tot zorgmijding en daarmee een verlies aan kwaliteit van leven en/of (gezonde) levensjaren. Daarnaast kan dit de prikkel tot het onderzoeken van financiële constructies om de eigen bijdrage te ontwijken vergroten. Zo is er een prikkel om vermogen te verschuiven naar derden of de overwaarde voor een consumptieve doeleinden in te zetten. Anderzijds beperkt deze maatregel ook de mogelijkheden tot ontwijking. Door box 2 mee te nemen in de vermogensbepaling ga je een bestaande constructie tegen waarmee de eigen bijdrage kan worden ontweken. In zoverre noodzakelijke zorg wordt vermeden kan dit ook leiden tot hogere zorguitgaven. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Maatregel 2a verkleint de prikkel om een woning zo laat mogelijk te verkopen zodat deze zo lang mogelijk buiten de eigen bijdrage blijft (in het geval van opname in een zorginstelling). Dit is positief voor de doorstroom op de woningmarkt, maar verkleint ook de prikkel om af te lossen op een hypotheek. Specifiek bij variant 2a zullen vermogenden naar verwachting de hogere eigen bijdragen vermijden door in te stromen in een vpt.

Maatregel 3a verhoogt de eigen bijdrage voor cliënten met een mpt of pgb. Hierdoor zullen de eigen bijdragen opbrengsten toenemen. Hogere eigen bijdragen hebben een negatief effect op de koopkracht van cliënten en leiden tot een grotere stapeling van eigen bijdragen.

Het is waarschijnlijk dat de maatregel een gedragseffect heeft: cliënten zullen gebruik proberen te maken van goedkopere vormen van zorg (Zvw/Wmo) waardoor de zorgkosten zullen afnemen, terwijl voor andere cliënten een vpt relatief aantrekkelijker wordt, waardoor de zorgkosten zullen toenemen.

Maatregel 3b betreft het invoeren van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van gemiddeld 5 euro per uur voor wijkverpleging in de Zvw. Cliënten met een relatief laag/hog inkomen betalen minder/meer dan 5 euro per uur om rekening te houden met verschillen in draagkracht. De opbrengsten van eigen bijdragen in de Zvw stijgen. Hogere eigen bijdragen hebben een negatief effect op de koopkracht en leiden tot een grotere stapeling van eigen bijdragen. Vooral mensen die veel uren wijkverpleging afnemen gaan een hoog bedrag aan eigen bijdragen per jaar betalen (in relatie tot hun inkomen). Daarnaast kan stapeling ontstaan voor mensen die gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg.

Het is aannemelijk dat de maatregel tot gedragseffecten leidt. Er treedt een remgeldeffect op, doordat mensen vanwege de eigen bijdrage minder wijkverpleging gaan gebruiken, bijvoorbeeld door een groter beroep te doen op informele zorg. Het lagere gebruik kan ook (deels) het karakter hebben van zorgmijding en leiden tot een verlies aan kwaliteit van leven en/of (gezonde) levensjaren. Voor zover noodzakelijke zorg wordt vermeden kan dit ook leiden tot hogere zorguitgaven, door bijvoorbeeld meer acute zorg en een eerdere overgang naar de Wlz. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Verder kan de eigen bijdrage voor de wijkverpleging leiden tot een toenemend gebruik van Wlz-zorg. Cliënten kunnen sneller een overstap naar de Wlz proberen te maken door een Wlz-indicatie aan te vragen. Deze verschuiving leidt naar verwachting tot hogere uitgaven in de Wlz (+1 miljard euro) en lagere uitgaven in de Zvw (-1,2 miljard euro) en Wmo (-0,3 miljard euro). Per saldo leidt de maatregel tot een ombuiging van 0,6 miljard euro.

3. De huishoudelijke ondersteuning valt niet meer onder de Wmo

Omschrijving

Deze maatregel houdt in dat de huishoudelijke ondersteuning uit de Wmo wordt gehaald. Dit betekent dat mensen zelf verantwoordelijk worden voor het organiseren (en betalen) van hulp bij het huishouden, bijvoorbeeld door het inschakelen van het eigen netwerk of het zelf inkopen hiervan.

Het schrappen van huishoudelijke ondersteuning in de Wmo zorgt dat mensen geen beroep meer kunnen doen op de Wmo voor hun huishoudelijke hulp. Er zullen echter ook mensen zijn die deze hulp niet zelf kunnen organiseren en/of betalen, waardoor zij deels een groter beroep zullen gaan doen op zwaardere zorg en/of ondersteuning (Wmo, Wlz en Zvw). Daarnaast neemt de druk op mantelzorgers toe door deze maatregel, terwijl het mantelzorgpotentieel de komende jaren afneemt.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

De overheid kan op deze manier ingrijpen in wat collectief gefinancierd wordt en wat niet. Deze maatregel leidt tot minder kosten in de Wmo omdat mensen zelf huishoudelijke hulp moeten organiseren (en betalen). Wel is het de vraag hoe groot het effect van een betere beheersing van de zorguitgaven op macroniveau ook op langere termijn is, met name door het weglekeffect vanuit de Wmo richting de Wlz (en andere duurere vormen van zorg en ondersteuning). Met dit weglekeffect is wel zo goed als mogelijk rekening gehouden in de berekening. Het weglekeffect kan mogelijk gemitigeerd worden door een vangnet te creëren en de groep die een beroep doet op zwaardere zorg en ondersteuning bij wegvallen van huishoudelijke hulp, uit te zonderen van de maatregel. Het remgeldeffect dat uitgaat van het feit dat mensen zelf gaan betalen voor huishoudelijke hulp, leidt naar verwachting tot een meer doelmatig gebruik van formele huishoudelijke hulp en een grotere inzet van informele hulp. Hierdoor neemt het beslag van de huishoudelijke ondersteuning op de arbeidsmarkt af. Wel neemt de vraag naar gekwalificeerd zorgpersoneel toe.

Uitvoerbaarheid

- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor uitvoering van de Wmo 2015, waarvoor ze zelf beleid maken en contracten met aanbieders sluiten. Daaronder valt huishoudelijke ondersteuning. Hulp bij het huishouden kan onder de reikwijdte van de Wmo worden weggehaald door expliciet in de wet op te nemen dat huishoudelijke hulp niet onder de algemene of maatwerkvoorzieningen van de Wmo valt.
- De overheid heeft drie jaar nodig om huishoudelijke ondersteuning uit de Wmo te halen. Het wetvoorstel moet in overleg met gemeenten worden voorbereid (in het kader van een Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden; UDO).
- Indien deze maatregel ingevoerd wordt, moet getoetst worden of de uitwerking daarvan voldoet aan het VN verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.

Financiële effecten

- De uitgaven aan huishoudelijke hulp en de eigen bijdragen van Wmo-cliënten met uitsluitend huishoudelijke hulp vervallen. In de uitgangssituatie is uitgegaan van de herinvoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo welke per 2026 opnieuw wordt ingevoerd.⁵⁹
- Daarnaast is er gerekend met een gedragseffect dat in sterke mate de geraamde opbrengst bepaalt. Dit gedragseffect is gebaseerd op diverse aannames waardoor het gedragseffect en daarmee ook de totale opbrengst van de maatregel onzeker is.⁶⁰

⁵⁹ Het betreffende wetsvoorstel wordt momenteel opgesteld en moet daarna o.a. nog parlementair behandeld worden.

⁶⁰ Een kleine aanpassing in de aannames kan direct grotere gevolgen hebben voor de totale opbrengst.

- Het gedragseffect is in belangrijke mate gebaseerd op het simulatieonderzoek van het SCP (2019)⁶¹. Het SCP stelt dat 3,5% van de cliënten bij het wegvallen van huishoudelijke hulp uitwijkt naar begeleiding, 19,6% naar wijkverpleging en 6,3% naar verpleeghuiszorg.
- Om de mutatie van zorgkosten te berekenen zijn de volgende aanvullende (en deels afwijkende) aannames gedaan, welke nader onderzocht moeten worden:
 - Er is onderscheid gemaakt in 3 verschillende groepen met een oplopende zorg- en ondersteuningsvraag. Van elke groep is verondersteld dat – indien de huishoudelijke hulp wegvalt – er alleen uitstroom plaatsvindt naar zwaardere zorg en/of ondersteuning.⁶² Wanneer de huishoudelijke hulp wegvalt wordt bij de groep met de lichtste zorg- en ondersteuningsvraag – in afwijking van de studie van het SCP – een uitstroom naar wijkverpleging en verpleeghuiszorg verondersteld van 11,8%, respectievelijk 3,8% (= 60% van de eerder genoemde percentages uit de SCP-studie). Dit is gedaan, omdat sinds de studieperiode (2014-2016) de zorgzwaarte in de Wlz is toegenomen en het onzeker is in welke mate cliënten met uitsluitend huishoudelijke hulp in aanmerking zullen komen voor een Wlz-indicatie. De uitstroom naar wijkverpleging is lager verondersteld dan in de SCP-studie, omdat wijkverpleging geen perfect substituut is voor huishoudelijke hulp.
 - Voor de uitstroom richting verpleeghuiszorg is verondersteld dat deze cliënten, vanwege de maatregel scheiden wonen en zorg, voor 50% een VPT en 50% een mpt/pgb gaan ontvangen.⁶³ Als er een beroep op begeleiding of wijkverpleging wordt gedaan is uitgegaan van 2 uur zorg of ondersteuning per week.
 - Voor de groep cliënten met de zwaarste zorg- en ondersteuningsvraag is het uitgangspunt dat zij zich bevinden “op de marge” tussen Zvw en Wmo enerzijds en Wlz anderzijds. Van deze groep wordt aangenomen dat de totale zorg- en ondersteuningskosten gelijk zijn in de situaties waarin zij zich in de Zvw/Wmo of Wlz (pgb) bevinden. Als deze cliënten uitstromen richting de Wlz, dan stijgen de Wlz-uitgaven en dalen de Zvw-/Wmo-uitgaven (met verhouding 65%/35%).
- In de financiële doorrekening is geen rekening gehouden met de volgende factoren:
 - Een eventueel extra wegleffect richting Wmo, Zvw en Wlz in latere jaren, omdat het aantal mantelzorgers, de komende jaren zal afnemen.
 - Een eventueel vangnet dat wellicht kan worden gecreëerd voor de allerlaagste inkomens en/of voor andere kwetsbare groepen.
 - Voor huishoudelijke ondersteuning worden meerjarige contracten afgesloten. Dit kan ertoe leiden dat de maatregel een langer ingroeipad kent.
 - Er moet overgangsrecht worden geregeld, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht.⁶⁴

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN*	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing	0	0	0	-400	-400	2027
Waarvan Zvw	0	0	0	-65	-65	2027
Waarvan Wmo	0	0	0	-1.200	-1.200	2027
Waarvan Wlz	0	0	0	910	910	2027

* Door afronding kan de som van de delen afwijken van het totaal.

⁶¹ SCP (2019), Wat als zorg wegvalt <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/11/26/wat-als-zorg-wegvalt>, zie paragraaf 4.3.

⁶² Voorbeeld: iemand die nu huishoudelijke hulp en begeleiding ontvangt, zal geen extra beroep gaan doen op begeleiding.

⁶³ Uitstroommogelijkheden voor formele zorg zijn in deze situatie wijkverpleging en verpleeghuiszorg.

⁶⁴ Als de maatregel scheiden wonen en zorg wordt aangepast kan dat impact hebben op de geraamde opbrengst van onderhavige maatregel.

⁶⁴ Vergelijk het overgangsrecht AWBZ-Wmo 2015 in hoofdstuk 8 van de Wmo 2015.

Overige effecten

Toegankelijkheid

Er zal geen toegang meer zijn tot collectief gefinancierde huishoudelijke hulp vanuit de Wmo. Voor mensen die huishoudelijke hulp niet zelf kunnen organiseren (of betalen) kan bijvoorbeeld het huis vervuilen of verrommelen, wat negatieve effecten kan hebben op de gezondheid.

Ook kan het zijn dat mensen die zich thuis nog net konden redden met huishoudelijke hulp een beroep zullen gaan doen op andere (mogelijk ook duurdere) voorzieningen binnen de Wmo 2015, wijkverpleging (Zvw) en mogelijk ook Wlz-zorg thuis. Om het weglekeffect richting andere Wmo-ondersteuning, de Wlz en de Zvw te beperken of voorkomen zou overwogen kunnen worden om de groep die een beroep zou kunnen gaan doen op zwaardere zorg en ondersteuning bij het wegvallen van huishoudelijke hulp, uit te zonderen van deze maatregel. Daarvoor is het wel belangrijk dat de groep duidelijk af te bakenen is. Dit moet nader onderzocht worden.

Als laatste kan onderzocht worden hoe via flankerend beleid voor de allerlaagste inkomens een vangnet kunnen worden gecreëerd.

Kwaliteit

Wanneer de huishoudelijke hulp niet meer onder de Wmo valt, dan valt het niet meer onder de kwaliteitsstandaarden van de Wmo en zijn mensen zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit.

Betaalbaarheid

Deze maatregel leidt tot minder kosten in de Wmo omdat mensen nu zelf huishoudelijke hulp moeten organiseren en (en betalen). Hiermee treedt een verschuiving van collectieve naar private uitgaven op. Ook treedt er een weglekeffect op. Hiermee is zo goed als mogelijk rekening gehouden in de berekening. Door de afname van het mantelzorgpotentieel kan het weglekeffect in de toekomst wel toenemen. Hier is geen rekening mee gehouden in de raming.

Arbeidsmarkt

Met deze maatregel wordt een minder groot beroep gedaan op huishoudelijke hulpen, waardoor het beslag van de huishoudelijke ondersteuning op de arbeidsmarkt afneemt. Doordat een kleine groep mogelijk een groter zal doen op de wijkverpleging en Wlz zorg neemt de vraag naar gekwalificeerd zorgpersoneel mogelijk toe. Aangezien huishoudelijke hulpen vaak laag gekwalificeerd zijn, is het onzeker in hoeverre zij in kunnen stromen in zorgfuncties of in andere sectoren. Mogelijk is een extra investering nodig in opleiding en arbeidsmarktbegeleiding, en/of kan deze verschuiving gepaard gaan met een hoger beroep op sociale zekerheid.

4. Aanspraak dagbesteding in de Wlz beperken

Omschrijving

Met deze maatregel vervalt de aanspraak op dagbesteding in de Wlz, behalve voor de meest kwetsbare cliënten waarbij de leveringsvorm verblijf in een instelling is⁶⁵. Dat betekent dat de aanspraak geschrapt wordt voor alle cliënten die zorg thuis ontvangen en voor de cliënten met lagere zorgzwaartepakketten (zzp) waarbij de leveringsvorm verblijf in een instelling is (met én zonder behandeling). De aanspraak op individuele begeleiding blijft wel in de Wlz. Voor de Wlz-clieënten waarvoor de aanspraak op dagbesteding vervalt geldt dat zij mogelijk – indien de gemeente die aanbiedt - een beroep kunnen doen op algemene voorzieningen vanuit de Wmo.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het beperken van het collectief gefinancierde pakket is een instrument om de zorguitgaven te beperken. Uit de analyse blijkt dat Nederland in vergelijking met andere landen een omvangrijk collectief gefinancierd pakket kent. Zorggebruikers kunnen aanspraak maken op een breed pakket van diensten, waaronder dagbesteding. Het schrappen van dagbesteding verlicht de druk op de Wlz. Een besparing treedt op omdat de aanspraak en kosten voor (en vervoer naar) dagbesteding voor een grote groep Wlz-clieënten vervalt en de dagbesteding hooguit deels door gemeenten via algemene voorzieningen wordt overgenomen.

Uitvoerbaarheid

- Er zijn wijzigingen nodig in de Wlz om de maatregel te realiseren. De wetswijziging en implementatie vergt drie jaar. Tevens moet worden bezien hoe deze maatregel zich verhoudt tot het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Indien de dagbesteding wordt geschrapt en cliënten daar geen alternatief voor krijgen, kan dit strijdig zijn met dit verdrag. Ook wordt in deze maatregel onderscheid gemaakt tussen groepen, en moet dus voldaan worden aan het gelijkheidsbeginsel in het EVRM⁶⁶ (artikel 14). Verder moet het voldoen aan het Internationaal Verdrag voor burgerlijke en politieke rechten (IVbpr artikel 26). Dit moet nader onderzocht worden.
- Omdat de maatregel ook effect heeft op gemeenten zal deze in overleg met decentrale overheden moeten worden uitgewerkt door middel van een uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO).
- Er moet bezien worden of de huidige eigen bijdrage in de Wlz nog passend is. Ook zullen in de bekostiging de Wlz-prestaties en -tarieven moeten worden aangepast (beleidsregels, nadere regels en beschikkingen NZa).
- Gemeenten zijn op basis van de Wmo niet verplicht om algemene voorzieningen aan te bieden. In de besparing wordt er wel vanuit gegaan dat gemeenten de dagbesteding maar gedeeltelijk via algemene voorzieningen overnemen (en dat de cliënt geen beroep kan doen op maatwerkvoorzieningen). Het is onzeker of dit uitgangspunt juridisch stand houdt, gezien het volgende:
 - De Centrale Raad van Beroep heeft weliswaar geoordeeld dat gemeenten een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo 2015 mogen afwijzen of beëindigen indien en voor zover een betrokkene de betreffende zorg ook kan verkrijgen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Uit de jurisprudentie blijkt echter ook dat het gelijktijdig ontvangen van Wlz- en Wmo-ondersteuning, niet mag worden

⁶⁵ Aanspraak wordt dus niet geschrapt voor VG5, LG4, SGLVG, ZG4, GGZ5 en de ZZP's in de ouderenzorg vanaf VV5. In BMH 2020 is gekozen om alleen VV9 (revalidatiezorg) en VV10 (palliatieve zorg) uit te sluiten. Dit zijn niet de hoogste zzp's in termen van zorgzwaarte, maar afwijkende zorgprofielen in de ouderenzorg. Voor de ouderenzorg is met VV5 en hoger voor wat betreft de hogere zzp's aangesloten bij de zorgprofielen die een beroep kunnen doen op regeling meerzorg, dit komt overeen met systematiek voor beide andere sectoren qua uitsluiten van de hoge zzp's inclusief verblijf. Daarnaast heeft dagbesteding voor deze groep ouderen in de Wlz-instelling een andere invulling en is de opbrengst van de maatregel voor deze doelgroep zeer beperkt of negatief.

⁶⁶ Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

uitgesloten (en dat onderzoek in de zin van art. 2.3.2 Wmo 2015 nog steeds is aangewezen) wanneer de aanspraken van Wlz en Wmo elkaar niet overlappen.⁶⁷

- Als dagbesteding voor genoemde groepen uit de Wlz wordt gehaald, is er wat betreft dagbesteding geen sprake meer van overlappende Wlz- en Wmo-aanspraken en kan de rechter aangeven dat gemeenten een onderzoek moeten starten naar de dagbestedingsbehoefte van deze cliënten (t.b.v. een maatwerkvoorziening) wanneer zij daarom vragen.
- Als gemeenten door de rechter verplicht zouden worden gesteld om in de dagbestedingsbehoefte van al deze cliënten te voorzien is de veronderstelde besparing niet realistisch.
- Om dit risico te beheersen zou de Wmo zodanig moeten worden aangepast dat daarin expliciet wordt geregeld dat de betreffende Wlz-cliënten niet in aanmerking komen voor dagbesteding als maatwerkvoorziening onder de Wmo. Dit vereist dan een onderbouwing waarom andere burgers met een behoefte aan dagbesteding hier wel voor in aanmerking komen en deze specifieke groep burgers niet.

Financiële effecten⁶⁸

- Er vindt een weglek plaats naar andere Wlz-zorg, de Wmo en de Jeugdwet:
 - Bij Wlz-verblijf: er is weglek naar (duurdere) individuele begeleiding, omdat cliënten zonder dagbesteding onrustig gedrag of gedragsproblemen kunnen gaan vertonen. Verder is er ook weglek mogelijk naar hogere zzp's en neemt de kostprijs voor dagbesteding van deze groepen toe door doelmatigheidsverlies.
 - Bij Wlz-zorg thuis: er vindt weglek plaats naar Wlz-verblijf voor hogere zzp's, omdat het verblijfspakket aantrekkelijker wordt of omdat cliënten die geen dagbesteding meer ontvangen verslechteren en een beroep doen op zwaardere zorg.
 - Weglek Wmo: De veronderstelling is dat er een weglek plaatsvindt naar de Wmo, omdat verondersteld wordt dat gemeenten deels via een algemene voorziening in de dagbestedingsbehoefte van deze groep zullen voorzien.
 - Weglek Jeugdwet: Mogelijk vindt weglek plaats richting de Jeugdzorg, wat kan leiden tot hogere kosten in de Jeugdwet. Daar is nu geen rekening mee gehouden en moet nader worden onderzocht.
- In de berekening van het budgettaire effect is de aannahme gedaan van een netto besparing van 35% in de Wlz bij het schrappen van dagbesteding zonder verblijf. Hierbij wordt ervan uit gegaan dat de dagbesteding voor deze groep gedeeltelijk wordt overgenomen door gemeenten. Dit cijfer is, gezien de uitvoerings- en juridische risico's, met veel onzekerheid omgeven.
- De aannahme is dat er een netto besparing van 10% optreedt bij het schrappen van dagbesteding voor cliënten waarbij de leveringsvorm verblijf in een instelling is. Deze groep kan in principe ook gebruik maken van de algemene voorzieningen in de Wmo. Dat zij daar gebruik van maken is onwaarschijnlijk. Er wordt in de berekening dus vanuit gegaan dat zij vervangende zorg of ondersteuning krijgen in de Wlz.
- De besparing op de uitvoeringslasten CIZ is nihil aangezien de indicatie voor dagbesteding altijd in combinatie wordt afgegeven met een zorgprofiel. Daarentegen zullen de uitvoeringslasten bij gemeenten stijgen. Dit is niet meegenomen in de berekening.
- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht. In de raming is nu geen rekening gehouden met overgangsrecht.

⁶⁷ [ECLI:NL:CRVB:2018:3933, Centrale Raad van Beroep, 17/7311 WMO15 \(rechtspraak.nl\)](#) [ECLI:NL:CRVB:2023:1508, Centrale Raad van Beroep, 22 / 831 WMO15 \(rechtspraak.nl\)](#)

⁶⁸ *Rekenmethode gebaseerd op BMH. Aannames zijn echter niet gelijk aan BMH.*

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing	0	0	0	-375	-375	2028
<i>Waarvan Wlz</i>	0	0	0	-1.005	-1.005	2028
<i>Waarvan Wmo</i>	0	0	0	630	630	2028
<i>Waarvan Ouderenzorg verblijf</i>	0	0	0	-5	0	2035
<i>Waarvan Ouderenzorg</i>	0	0	0	-45	-45	2028
<i>Waarvan gehandicaptenzorg verblijf</i>	0	0	0	-20	-20	2028
<i>Waarvan gehandicaptenzorg thuis</i>	0	0	0	-270	-270	2028
<i>Waarvan ggz verblijf</i>	0	0	0	-15	-15	2028
<i>Waarvan ggz thuis</i>	0	0	0	-25	-25	2028

Overige effecten

Toegankelijkheid

Als een cliënt geen passende dagbesteding vanuit een algemene voorziening van de Wmo kan ontvangen en het ook niet zelf kan regelen of geen beroep kan doen op het sociale netwerk, heeft de cliënt geen toegang tot dagbesteding. Dit kan resulteren in minder kwaliteit van leven, een verminderde gezondheid en veiligheidsrisico's. Daarnaast kunnen andere (zwaardere) zorgvragen ontstaan. Verder hebben niet alle cliënten een sociaal netwerk om eventueel een beroep op te doen. Voor de cliënten die wel een sociaal netwerk hebben, kan niet zomaar worden verondersteld dat het sociale netwerk meer op kan vangen dan ze al doen. De druk op mantelzorgers neemt ook toe, terwijl het mantelzorgpotentieel de komende jaren afneemt. Als laatste moeten met de invoering van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage Wmo opnieuw beleidskeuzes worden gemaakt over de anti-cumulatie van eigen bijdragen. Als er geen anticumulatie plaatsvindt met de Wlz-eigen bijdrage en een eventuele eigen bijdrage voor een algemene dagbestedingsvoorziening kan dat leiden tot risico's voor de betaalbaarheid en toegankelijkheid van dagbesteding voor cliënten.

Kwaliteit

Ghz- en ggz-clieënten die verblijven in een zorginstelling met een laag zzp hebben een zorgprofiel waarbij de behoefte aan begeleiding centraal staat. Daarmee is voor deze cliënten dagbesteding (als vervanging van werk en scholing) een kernonderdeel van hun zorg en leven. Het laten vervallen van deze aanspraak zonder ze een alternatief te bieden kan leiden tot aantasting van de kwaliteit van hun zorg en ondersteuning en kwaliteit van leven. Voor ouderen in een zorginstelling komen sociaal-culturele activiteiten te vervallen, die belangrijk zijn voor hun resterende kwaliteit van leven. Voor thuiswonende Wlz-clieënten hoeft de kwaliteit niet af te nemen als de gemeente een passende dagbesteding aanbiedt. Voor cliënten waarvoor dit niet kan worden gerealiseerd en die financiële drempels ervaren zal de zorg verschromen met als gevolg dat kwaliteit van zorg en ondersteuning en de kwaliteit van leven afnemen.

Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van de publiek gefinancierde zorg neemt toe doordat de uitgaven aan de Wlz afnemen. Deels zullen de kosten voor dagbesteding voor Wlz-clieënten naar de Wmo (decentrale overheid) verschuiven voor zover gemeenten algemene dagbestedingsvoorzieningen gaan inrichten voor deze groep. Netto levert dit een besparing op.

Arbeidsmarkt

Doordat dagbesteding niet meer vanuit de Wlz wordt aangeboden voor cliënten met de lagere zzp's (ggz en ghz) in zorginstellingen, vervallen de werkzaamheden van de activiteitenbegeleider in de Wlz. Tegelijkertijd moet ander verzorgend personeel wel meer toezicht houden op de cliënten en zal de vraag naar dit personeel deels worden gecompenseerd door vraag vanuit het sociaal

domein. Met het vervallen van de functie van activiteitenbegeleider komt ook de inzet van vrijwilligers in zorginstellingen in het gedrang, die door deze functionaris wordt georganiseerd. Tevens is het mogelijk dat zorgaanbieders de dagbesteding wel blijven bieden, maar de gemeenten vragen dit te financieren. Als laatste is het mogelijk dat de dagbesteding verschuift naar de particuliere markt.

5. Lichtere zorgzwaartes (VG3 en GGZ-W1) uit de Wlz

Omschrijving

De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ-W1) en gehandicaptenzorg (VG3). Deze groepen cliënten hebben, in vergelijking met andere Wlz-cliënten, een relatief lagere zorgbehoefte waarbij de focus in het algemeen ligt op (intensieve) begeleiding. Zij kunnen de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben ontvangen vanuit de Wmo en Zvw. In het IBO Ouderenzorg is eerder gekeken naar het schrappen van VV4 uit de Wlz, maar na actualisatie van deze maatregel leidt dit niet tot een besparing. Daarom wordt VV4 niet meegenomen in deze variant.⁶⁹

Gelet op beide profielen waarbij de nadruk ligt op begeleiding (en niet op behandeling), zullen deze cliënten vooral een beroep doen op de Wmo en minder op de Zvw. Deze cliënten hebben vooral een behoefte aan begeleiding waarop ze altijd kunnen terugvallen, en niet aan begeleiding die alleen reageert op incidenten. Voor begeleiding, dagbesteding, huishoudelijke hulp en cliëntondersteuning kunnen deze cliënten een beroep doen op de Wmo 2015. De ggz-doelgroep komt naar verwachting in aanmerking voor beschermd wonen. Voor de verpleging, verzorging en behandeling zijn mensen voortaan volledig aangewezen op de Zvw. Voor een groot deel van de ggz-doelgroep valt behandeling al ten laste van de Zvw, dus zal er voor deze groep voor wat betreft behandeling naar verwachting niet veel veranderen (behalve voor fysio- en oefentherapie). Uitzondering hierop zijn de cliënten die behandeling met verblijf van dezelfde zorgaanbieder ontvangen. Als laatste is het voor beide groepen cliënten mogelijk dat als gevolg van een (tijdelijk) gebrek aan passend aanbod een groter beroep op het sociale netwerk (indien aanwezig) wordt gedaan, waarbij onzeker is of dit netwerk dit zonder hulp aankan.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het beperken van het collectief gefinancierde Wlz-pakket is een instrument om de zorguitgaven te beperken. Ook zorgt het ervoor dat de druk op de Wlz verlaagd wordt en toegang voor mensen die de zorg uit de Wlz het meeste nodig hebben beter kan worden gewaarborgd. Mensen met een lichtere zorgzwaarte zijn in dit geval aangewezen op de Wmo en/of Zvw. Het schrappen van de aanspraak op Wlz gefinancierde zorg voor deze zorgprofielen levert een besparing op omdat de verblijfscomponent vervalt of tegen een lager tarief geboden kan worden (beschermd wonen) en omdat zorgverzekeraars en gemeenten risicodragend zijn waardoor zij de zorg doelmatiger inkopen.

Uitvoerbaarheid

- De maatregel vergt wijziging van in ieder geval de Wlz en onderliggende regelgeving, mogelijk moeten de Zvw en Wmo ook worden aangepast. Voor de wetwijzigingen moet rekening worden gehouden met een traject van drie jaar.
- In deze maatregel wordt onderscheid gemaakt tussen groepen, en moet dus voldaan worden aan het gelijkheidsbeginsel in het EVRM⁷⁰ (artikel 14). Ook moet het voldoen aan het Internationaal Verdrag voor burgerlijke en politieke rechten (IVbpr artikel 26). Dit moet nader onderzocht worden.
- Tevens moet worden bezien hoe deze maatregel zich verhoudt tot het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Om deze maatregel uit te kunnen voeren, moet duidelijk onderbouwd worden hoe voldaan zal worden aan dit verdrag.
- Het wetvoorstel moet in overleg met gemeenten worden voorbereid in het kader van een Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden (UDO).
- De zorgprofielen moeten uit de Wlz worden geschrapt en er moet een wijziging in de toegangscriteria voor de Wlz plaatsvinden. Dit om te voorkomen dat cliënten, die voorheen

⁶⁹ Het CPB neemt het WOZO-beleid niet mee in hun basispad. Indien het CPB deze maatregel zou doorrekenen zouden zij wel een opbrengst voor VV4 laten zien.

⁷⁰ Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden

een indicatie kregen voor VG3 en GGZ-W1, een hoger zorgprofiel toegewezen krijgen. Het CIZ past immers het best passend zorgprofiel toe nádat is vastgesteld dat een cliënt aan de toegangscriteria Wlz voldoet. Dit vraagt om een duidelijke afbakening van de doelgroepen, waarvoor advies van het Zorginstituut nodig is. Ook wanneer de toegangscriteria worden aangepast en de zorgprofielen worden geschrappt zullen er altijd cliënten blijven die voor een hoger zorgprofiel in aanmerking komen, dus enige weglek is te verwachten. Verder vergt deze maatregel waarschijnlijk een verandering in aanspraken in de Zvw en wordt de ondersteuning vanuit de Wmo intensiever.

- De GGZ-W1 cliëntgroep heeft sinds 1 januari 2021 toegang tot de Wlz. Wanneer er wordt gekozen om deze maatregel in te voeren, wordt dit weer ingetrokken.
- Er moet worden getoetst onder welke condities gemeenten deze doelgroep goed kunnen ondersteunen. Bekeken moet worden of er aanvullende kwaliteitseisen en specifieke kennis nodig zijn voor deze groep.
- Er zullen cliënten met ggz-profiel zijn die aanspraak gaan maken op beschermd wonen vanuit de Wmo. Daar moeten wel voldoende plekken voor zijn.
- Ook moet onderzocht worden of aanbod van begeleide, geclusterde woonvormen voor de VG-doelgroep gestimuleerd en ontwikkeld moeten worden, en op welke termijn dat mogelijk is. Indien er niet voldoende plekken zijn, kan dit ook in de hand werken dat zorgaanbieders hogere indicaties gaan aanvragen.

Financiële effecten⁷¹

- In de financiële reeks wordt de veronderstelling gedaan dat het pakket aan zorg en ondersteuning gelijk blijft na overheveling van deze zorgprofielen van de Wlz naar de Wmo/Zvw.
- Voor de VG3 zal de wooncomponent wegvallen. Cliënten met een GGZ-W1 profiel kunnen eventueel aanspraak maken op beschermd wonen. Voor ggz wordt verondersteld dat beschermd wonen 17% goedkoper is dan Wlz GGZ-W1. Dit is gebaseerd op een recent Significant⁷² onderzoek.
- Transitiekosten zijn berekend voor vijf jaar. De transitiekosten beginnen al tijdens het wetgevingstraject. Wel zal er pas na afronding van het wetgevingstraject een besparing ontstaan in de Wlz.
- In de onderstaande reeks is ervan uitgegaan dat ghz-clieñten in de Wmo de inkomensafhankelijke eigen bijdrage gaan betalen, welke vanaf 2026 geldt.⁷³
- Bij ggz wordt geen verlies gerekend betreffende de eigen bijdrage, omdat de eigen bijdrage Wlz en Wmo BW gelijk zijn.
- Bij ghz is het verondersteld dat het Wmo/Zvw tarief gelijk is aan het huidige Wlz Pgb tarief. Dit is de veronderstelde doelmatigheidswinst.
- Er is rekening gehouden met een weglekeffect van 10% (VG3) of 25% (GGZ-W1) richting hogere zorgprofielen.
- De financiële reeks houdt los van de transitiekosten geen rekening met eventuele aanvullende kosten van het stimuleren van (begeleide) geclusterde woonvormen en met eventuele extra kosten voor ondersteuning van mantelzorgers en het sociale netwerk.
- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-clieñten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht. De reeks geeft een minimaal overgangsrecht van 5 jaar voor de VG3 groep en 3 jaar voor de GGZ-W1 groep weer, en laat ook zien wanneer de reeks structureel is als levenslang overgangsrecht zou gelden.

⁷¹ De rekenmethode is gebaseerd op de berekening BMH 2020.

⁷² Significant (2022). Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep.

⁷³ Het betreffende wetsvoorstel wordt momenteel opgesteld en moet daarna o.a. nog parlementair behandeld worden.

- De kosten in de Zvw en Wmo nemen toe, in de Wlz nemen de kosten af. Dit leidt tot een totale netto besparing van structureel 120 miljoen voor de VG3 en 35 miljoen voor de GGZ-W1.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN*	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN (3 EN 5 JAAR OVERGANGSRECHT)	STRUC. IN (LEVENSLANG OVERGANGSRECHT)
Netto besparing VG3	20	20	20	15	-120	2033	2047
<i>Waarvan Wlz</i>	0	0	0	-65	-1.110	2033	2047
<i>Waarvan Wmo</i>	0	0	0	55	910	2033	2047
<i>Waarvan Zvw</i>	0	0	0	5	80	2033	2047
<i>Waarvan transitiekosten</i>	20	20	20	20	0	2030	2030
Netto besparing GGZ-W1	5	5	5	5	-35	2031	2043
<i>Waarvan Wlz</i>	0	0	0	-20	-335	2031	2043
<i>Waarvan Wmo</i>	0	0	0	20	290	2031	2043
<i>Waarvan Zvw</i>	0	0	0	0	10	2031	2043
<i>Waarvan transitiekosten</i>	5	5	5	5	0	2030	2030

* Door afronding kan de som van de delen afwijken van het totaal

Overige effecten

Toegankelijkheid

De cliënten die geen aanspraak meer maken op Wlz-zorg krijgen hun zorg en ondersteuning van gemeenten en zorgverzekeraars. Het is de vraag of bij deze overheveling het pakket aan zorg en ondersteuning gelijk blijft. De aanspraken in de Wlz zijn over het algemeen ruimer geformuleerd. Indien specialistische kennis en geclusterde woonvormen niet voldoende passend en beschikbaar zijn, kan de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg en ondersteuning voor deze mensen afnemen. Ook kan de cliënt de eigen regie kwijtraken als de cliënt geen eigen plek meer heeft om te wonen. Verder is niet duidelijk wat de impact van deze maatregel op mantelzorgers en de rest van het sociale netwerk is. Indien het netwerk geen ondersteuning kan leveren, kan dit leiden tot een zwaardere zorgvraag bij cliënten. Dit moet nader onderzocht worden. Als laatste kan deze maatregel bij cliënten die gebruik moeten maken van de zorg in de Zvw leiden tot zorgmijding, omdat daar het eigen risico geldt.

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg kan afnemen als cliënten thuis of in een geclusterde woonvorm niet voldoende toezicht hebben waardoor zij geen veilige, passende en verantwoorde zorg ontvangen, wanneer zij in een sociaal isolement terecht komen of wanneer het aanbod verschaald. Daarnaast kan er een kwaliteitsrisico ontstaan als de afstemming tussen gemeenten, verzekeraars en verschillende aanbieders onvoldoende wordt gerealiseerd. Deze afstemming is nodig, omdat de zorg en ondersteuning aan deze groep niet meer integraal wordt geboden.

Betaalbaarheid

Deze maatregel leidt tot lagere collectieve zorguitgaven in de Wlz. Daar staat tegenover dat de zorg voor een grotere groep mensen extramuraal geregeld moet worden, met bijkomende kosten

voor (tijdelijke) verblijfsplekken en uitvoeringskosten voor de gemeente en zorgverzekeraar. De zorgkosten nemen met name bij de gemeenten toe, omdat zij voor een zwaardere cliëntgroep ondersteuning en woonplekken moeten leveren. Tevens kan een weglek ontstaan naar hoge zzp's in de Wlz als gemeenten en zorgverzekeraars niet in staat zijn om thuis of in een beschermde woonvorm passende zorg en ondersteuning te bieden. Hierdoor kan de zorgvraag toenemen.

Arbeidsmarkt

Het effect op de inzet van personeel is mede afhankelijk van de vraag hoe efficiënt die zorg verleend kan worden. Gemeenten en zorgverzekeraars kunnen hierop inspelen door zorg ook in geclusterde (beschermde) woonvormen aan te bieden. Op dit moment is er echter een tekort aan huishoudelijke hulp en welzijnsmedewerkers in de Wmo, wat kan leiden tot meer druk op het sociale netwerk. Daarnaast kan de werkdruk in beschermd wonen en de eerstelijnszorg toenemen en zal de populatie die intramurale zorg ontvangt verzwaren.

6. Opheffen pakketverschillen Wlz en Zvw – tandheelkundige zorg

Omschrijving

Het opheffen van de pakketverschillen tussen de Wlz en Zvw voor wat betreft tandheelkundige zorg houdt in dat intramurale Wlz-cliënten die behandeling ontvangen van de instelling waarin zij verblijven, de tandheelkundige zorg niet meer vergoed krijgen vanuit de Wlz.⁷⁴ Zij worden zelf verantwoordelijk voor het organiseren en betalen van deze zorg. Ze kunnen tandheelkundige zorg zelf betalen of (deels) vergoed krijgen via een (aanvullende) verzekering in de Zvw. De overige Wlz-cliënten betalen de kosten al zelf of ontvangen hiervoor een vergoeding in de kosten via een aanvullende verzekering. Er zijn ook enkele tandheelkundige aanspraken die (deels) uit het basispakket worden vergoed, zoals een volledig kunstgebit en chirurgische tandheelkundige hulp (onder voorwaarden). Een deel van de Wlz-cliënten⁷⁵ kan aanspraak maken op bijzondere tandheelkundige zorg⁷⁶, chirurgische tandheelkundige hulp of tandprothetische zorg vanuit het basispakket van de Zvw (art. 2.7 lid 1.b) als zij aan de voorwaarden voldoen. Hiervoor geldt net als andere verzekerde tandheelkundige zorg, het eigen risico. Voor Wlz-cliënten geldt ook dat de aanspraak op tandheelkundige zorg binnen de Zvw beperkter is dan binnen de Wlz, net als voor de rest van de Nederlandse populatie.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het beperken van het collectief gefinancierde pakket is een instrument om de zorguitgaven te beperken. Een besparing treedt op omdat de aanspraak op bijzondere tandheelkundige chirurgische tandheelkundige hulp en tandprothetische zorg in de Zvw smaller is dan in de aanspraak die mensen nu hebben in de Wlz. Daarnaast schuift een deel van de kosten van collectief gefinancierde naar private betalingen. Tot slot wordt overgaan van een open einde regeling door niet risicodragende Wlz-uitvoerders naar uitvoering door risicodragende zorgverzekeraars met meer inkoopmacht, wat kan leiden tot een doelmatigheidswinst van circa 10%.

Uitvoerbaarheid

- Er zijn wijzigingen nodig in de Wlz om de maatregel te realiseren. De wetswijziging en implementatie vergt twee jaar.
- Er moet bezien worden of de eigen bijdrage in de Wlz aangepast moet worden en hoe de hoge eigen bijdrage die Wlz-cliënten bij verblijf met behandeling betalen zich verhoudt tot het betalen van een eigen risico in de Zvw. Ook zullen in de bekostiging de prestaties en tarieven voor zorgzwaartepakketten inclusief behandeling moeten worden aangepast (beleidsregels, nadere regels en beschikkingen NZa). Aandachtspunt daarbij is dat er beperkt inzicht is in tandheelkundige zorg.
- Er moet nader onderzocht worden of deze maatregel uitvoerbaar is voor zorgverleners, gezien zij verantwoordelijk zijn voor de coördinatie van de zorg en de maatregel kan zorgen voor extra regeldruk.

⁷⁴ Er gelden wel al enige beperkingen voor welke tandheelkundige zorg wordt vergoed (2.4 Regeling langdurige zorg). Het gaat dan over wanneer vooraf toestemming moet worden gevraagd.

⁷⁵ Bijvoorbeeld ggz-cliënten, gehandicapten en ouderen met een zzp van 5, 7, 8 of 9.

⁷⁶ De bijzondere tandheelkunde in de Zvw is voor mensen die door een ernstige aandoening de functies van de mond onvoldoende kunnen behouden of verwerven. Er moet een aannemelijke relatie zijn tussen de aandoening en de staat van de mondgezondheid. Het is ter beoordeling van (de adviserend tandarts van) de zorgverzekeraar of en in welke mate iemand aanspraak kan maken op vergoeding via de bijzondere tandheelkunde. Hiervoor moet individuele toetsing door de zorgverzekeraar plaatsvinden. De adviserende tandartsen van de zorgverzekeraars zullen bij alle Wlz-cliënten waarvoor een aanvraag wordt gedaan individuele toetsing blijven uitvoeren. De Wlz-indicatie wordt daarbij meegenomen als indicatie voor de ernst van de aandoening. Daarbij gelden zzp 5, 7, 8 en 9 als zzp's waarvan aangenomen mag worden dat mensen door de ernst van hun aandoening niet zelf in staat zijn voor hun gebit te zorgen.

Financiële effecten⁷⁷

- De grondslag voor tandheelkundige zorg in de Wlz is 121 miljoen.
- Op basis van data van Vektis is berekend dat 82% van de cliënten aanspraak kan maken op de bijzondere tandheeskunde, chirurgische tandheelkundige hulp of tandprothetische zorg vanuit de Zvw. De andere 18% van de cliënten moeten de kosten zelf dragen of een aanvullende verzekering afsluiten. Dit zijn VV4 en VV6 cliënten.
- Doordat zorgverzekeraars risicodragend zijn en de aanspraak smaller is, is het aannemelijk dat de kosten per cliënt in de Zvw lager zijn dan in de Wlz. Er wordt in deze berekening rekening gehouden met een doelmatigheidswinst van 10% in de Zvw.
- De administratieve lasten in de Zvw zijn hoger dan die binnen de Wlz, omdat er per individueel geval moet worden bezien of iemand in aanmerking komt. Met deze administratieve lasten is in de financiële reeks geen rekening gehouden.
- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-clieënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht. In de raming is nu geen rekening gehouden met eventueel overgangsrecht.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC	STRUC IN
Netto besparing	0	0	-30	-30	-30	2027
<i>Waarvan Wlz</i>	0	0	-120	-120	-120	2027
<i>Waarvan Zvw</i>	0	0	90	90	90	2027

Overige effecten

Toegankelijkheid

Het naast elkaar bestaan van verschillende in verzekerde behandelingspakketten leidt tot verschillen in aard, inhoud en omvang van verzekerde zorg tussen Wlz-clieënten die verblijven in een zorginstelling en daar wel of geen behandeling ontvangen vanuit de zorginstelling. Met deze maatregel wordt voor deze Wlz-clieënten de aanspraak op tandheelkundige zorg gelijkgetrokken. Mensen die nu vanuit de Wlz een ruimere aanspraak hebben zullen een beperking ervaren van het verzekerde pakket. Wlz-clieënten die niet bereid zijn om hiervoor een aanvullende verzekering af te sluiten, dit niet kunnen betalen of niet in staat zijn het zelf te regelen, zullen mogelijk afzien van tandheelkundige zorg. Dit kan leiden tot gezondheidsklachten en uiteindelijk hogere zorgkosten. Voor mensen die de tandartsenkosten niet kunnen betalen hebben gemeenten in het kader van armoedebeleid diverse regelingen waar zij mogelijk aanspraak op kunnen maken. Aandachtspunt is dat deze regelingen vaak in beperkte mate bekend zijn of dat mensen een drempel ervaren om ze aan te vragen.

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg die cliënten in de Wlz ontvangen kan teruglopen, wanneer de tandheelkundige zorg niet als onderdeel van integrale zorg wordt geleverd. Dit kan leiden tot gezondheidsproblemen. Uit onderzoek⁷⁸ is namelijk gebleken dat de tandheelkundige zorg voor Wlz-clieënten met behandeling toegankelijker en daardoor beter georganiseerd is dan de tandheelkundige zorg voor Wlz-clieënten zonder behandeling. Hiermee worden gezondheidsproblemen en daarmee duurdere vervolgzorg voorkomen.

Betaalbaarheid

Deze maatregel zorgt voor een betere collectieve betaalbaarheid van de zorg. Een deel van de kosten verschuift naar de Zvw waar de mondzorg mogelijk doelmatiger ingekocht kan worden.

⁷⁷ Rekenmethode gebaseerd op ZiK.

⁷⁸ Significant (2022), Onderzoek tandheelkundige zorg Wlz, [Onderzoek tandheelkundige zorg Wlz | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

Daarnaast zal een deel van de kosten naar private zorg (aanvullende zorgverzekeringen of volledig op eigen kosten) verschuiven.

7. Versnelling opschaling digitale zorg

Omschrijving

Deze maatregel is er op gericht om digitale zorgtoepassingen breder in te zetten om werkprocessen doelmatiger te maken. Deze maatregel heeft daarbij betrekking op de verpleegzorg, de gehandicaptenzorg en de wijkverpleging.⁷⁹ Door de implementatie en opschaling van bestaande digitale zorgtoepassingen in de langdurige zorg te versnellen en te verbreden naar andere doelgroepen en de werkprocessen hierop aan te passen stijgt de arbeidsproductiviteit. Dit draagt bij aan het verlichten van het personeelstekort en biedt ruimte voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om besparingen te realiseren. De overheid kan deze ontwikkeling versnellen door de volgende mogelijkheden:

- De overheid stuurt aan op een bestuurlijk akkoord met aanbieders, zorginkopers, zorgprofessionals en cliëntorganisaties in de gehandicaptenzorg en de verpleegzorg, met concrete afspraken over in welke situaties digitale zorg vanuit oogpunt van de effectiviteit en doelmatigheid van zorg voorliggend moet zijn, over de sturing hierop en facilitering hiervan in de contractering en de inzet van partijen voor de hiervoor benodigde randvoorwaarden en de financiering van de hiervoor benodigde investeringen.
- Daar waar inkopers onvoldoende in staat zijn verkeerde prikkels via de contractering weg te nemen, past de overheid de bekostiging aan.
- De overheid ondersteunt zorginkopers en aanbieders bij de financiering van de benodigde investeringen, door transitiekosten en subsidieregelingen op basis van WOZO, IZA en TAZ die betrekking hebben op de opschaling van digitale zorg door te trekken tot 2030 en waar mogelijk te bundelen.
- De overheid stimuleert vlotte opname van passende inzet van digitale zorg in kwaliteitsrichtlijnen, zodat onzekerheden met betrekking tot kwaliteitseisen en toezicht worden weggenomen en de acceptatie door zorgverleners en zorggebruikers wordt bevorderd.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Passende inzet van bestaande digitale zorgtoepassingen⁸⁰ biedt de mogelijkheid om voor een aantal verrichtingen de doelmatigheid te verbeteren en daarmee de arbeidsinzet te verminderen. Op deze manier kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan het verminderen van het arbeidsmarkttekort in de zorg, alsook de betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit. De implementatie en opschaling van bestaande digitale zorgtoepassingen met een bewezen meerwaarde komen op dit moment echter nog onvoldoende van de grond in de langdurige zorg. Om deze opbrengsten te realiseren moeten zorgaanbieders investeren in hun technologische basis, waaronder de vaardigheden van medewerkers en cliënten/mantelzorgers en aanpassingen in de zorgprocessen en bedrijfsvoering. Zorgkantoren moeten via hun inkoopbeleid scherper sturen op een versnelde implementatie en passende inzet van deze technologie.

Het uitgaande kabinet heeft daarom als onderdeel van WOZO en TAZ ingezet op maatregelen om zorgprofessionals en zorgaanbieders te ondersteunen, de inzet van digitale zorg extra te stimuleren in contractering en bekostiging, samenwerking en kennisuitwisseling te stimuleren en passende inzet van digitale toepassingen sneller te evalueren en te prioriteren. Bij volledige implementatie zijn deze maatregelen naar verwachting effectief voor een significante versnelling en verbreding van passende inzet van digitale zorgtoepassingen.

De implementatie van digitale zorgtoepassingen kan verder versneld en verbreed worden door de prikkels voor het verlenen van digitale zorg te versterken en de vrijblijvendheid te verminderen. Dit vergt per deelsector een andere aanpak.

⁷⁹ De langdurige ggz is niet meegenomen vanwege een gebrek aan kwantitatieve informatie.

⁸⁰ SiRM (2023), *Geschat potentieel digitale zorg. Deze zorgtoepassingen staan beschreven in dit rapport.*

Uitvoerbaarheid

Wettelijk kader

- Voor deze maatregel zijn geen wijzigingen nodig in het wettelijk kader.
- In de huidige situatie is de formulering van kwaliteitsstandaarden een verantwoordelijkheid van veldpartijen. De overheid kan op basis van bestuurlijke samenwerking inzetten op aanpassing van richtlijnen met het oog op de implementatie van digitale zorgverlening, maar is hierin afhankelijk van het oordeel van zorgpartijen. Een verdergaande variant om vanuit de overheid sterker te gaan sturen op de inhoud van richtlijnen is beschreven in de variant 'Verbetering kwaliteit en onderbouwing van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden vanuit het oogpunt van passende zorg'

Op welke termijn kan de variant worden ingevoerd; wat is het transitiepad?

- Het maken of doorontwikkelen van bestuurlijke afspraken is binnen 1 jaar te realiseren.
- Met de NZa wordt verkend welke aanpassingen in de Wlz-bekostiging in de volgende kabinetsperiode mogelijk zijn.

Transitiekosten

- In de potentieelberekening van SiRM zijn de directe kosten die gepaard gaan met de inzet van digitale zorg meegenomen. De werkelijke kosten zijn naar verwachting fors hoger, omdat boven op de directe kosten voor toepassingen ook kosten gemaakt worden voor IT-systemen en infrastructuur, digitale vaardigheid en anders leren werken van zorgprofessionals, cliënten/mantelzorgers en het structureel inbedden van digitale zorg in een organisatie. Een deel van deze kosten hangt samen met de vernieuwing van systemen die ook zonder inzet op digitale zorg nodig zou zijn. Voor de transformatie naar digitale zorg en bijbehorende implementatiekosten kunnen organisaties transformatiemiddelen aanvragen, die hiervoor als onderdeel van WOZO, IZA en TAZ voor de periode tot en met 2026 beschikbaar zijn gesteld. Voor het realiseren van de beoogde versnelling van de opschaling is het van belang dat er ook in de periode 2027-2030 transitiemiddelen beschikbaar worden gesteld die aansluiten bij de doelstellingen. Daarnaast is het van belang dat er voldoende transitiemiddelen beschikbaar worden gesteld voor de gehandicaptenzorg.
- Door financieringsregelingen zoveel mogelijk samen te voegen, kunnen deze eenvoudiger en met een lage administratieve last ingezet worden. Door de transitiekosten in te zetten als additionele middelen op de zorginkoop, en zorginkopers de mogelijkheid te geven waar opportuun investeringen 100% te financieren, worden zorginkopers in staat gesteld steviger te sturen op de opschaling van digitale zorgtoepassingen. Door transitiemiddelen daarbij te oormerken voor digitale zorgtoepassingen kan de prikkel voor aanbieders om digitale zorgtoepassingen op te schalen verder versterkt worden.

Randvoorwaarden/flankerend beleid

Ervaringen van voorlopers laten zien dat implementatie en opschaling van digitale zorgtoepassingen uitvoerbaar is binnen bestaande randvoorwaarden. Om een versnelling en verbreding van de opschaling te realiseren is het nodig dat ook zorgaanbieders die minder goed gepositioneerd zijn om met digitale zorg te werken, voldoende geprikkeld en gefaciliteerd worden om bestaande toepassingen op te schalen en onderdeel te maken van het zorgproces. Hiervoor is het slagen van huidig beleid uit IZA, WOZO en TAZ een randvoorwaarde.

Contractering en bekostiging

Een deel van de zorgaanbieders ervaart op dit moment moeite om de businesscase van digitale zorgvormen rond te krijgen vanwege onzekerheid over de inkomsten. Meerjarige financiële zekerheid is een belangrijke factor om te kunnen investeren in de benodigde systemen, infrastructuur, implementatie en aanpassing van de zorgprocessen. Zorginkopers kunnen hierin voorzien door meerjarige contracten af te sluiten en door inkoopvoorwaarden met betrekking tot digitale zorg door middel van volgreep te harmoniseren.

In de langdurige zorg (verpleegzorg, gehandicaptenzorg en ggz) is het principe op basis van rechterlijke uitspraken leidend dat zorgkantoren reële prijzen moeten aanbieden aan aanbieders. Dat heeft invloed op de mogelijkheid een afslag te hanteren op de door de NZa vastgestelde maximumtarieven, ook bij de inzet van digitale zorgtoepassingen. De NZa zal in kostprijsonderzoek besparingen die worden behaald met de inzet van digitale zorgtoepassingen mee moeten nemen en waar van toepassing vastleggen in lagere kostendeckende tarieven. Deze beleidsinzet is juridisch kwetsbaar in het geval de hier beschreven randvoorwaarden niet tijdig gerealiseerd worden.

Samenwerking

Huidige knelpunten bij de implementatie van digitale toepassingen kunnen sneller worden opgelost wanneer aanbieders onderling, maar ook zorginkopers, beter samenwerken. Door kennis over implementatie en opschaling te delen kunnen initiële kosten worden teruggebracht. Samenwerkende zorginkopers kunnen voorkomen dat aanbieders die in meerdere domeinen en/of regio's actief zijn worden belemmerd door uiteenlopende voorwaarden op het gebied van financiering, toepassing en verantwoording en dat baten die in een ander domein vallen niet ingezet kunnen worden om een investering terug te verdienen. Door samen te werken in de inkoop van producten en diensten die nodig zijn voor de implementatie, kunnen aanbieders betere inkoopvoorwaarden bedingen en kan afhankelijkheid van één of enkele leveranciers worden voorkomen. In WOZO, TAZ en IZA zijn hierover afspraken gemaakt.

Ondersteuning zorgprofessionals en organisatorische inbedding

IZA, WOZO en TAZ voorzien in maatregelen om de digitale vaardigheden van zorgprofessionals te versterken.

Aanpassing van werkprocessen op basis van de mogelijkheden van digitale zorgtoepassingen vraagt veel van zorgprofessionals, waaronder een ander manier van kijken naar zorg: niet vanuit de vraag "wat kan ik bieden", maar vanuit de vraag "wat kan de cliënt zelf?". Door zorgprofessionals in een landelijke campagne mee te nemen in de mogelijkheden in de langdurige zorg om anders te werken met digitale zorg, de randvoorwaarden die daar de komende jaren voor worden gerealiseerd en het belang hiervan om toegankelijkheid van zorg te kunnen waarborgen, kan het draagvlak worden versterkt. Er bestaan al websites zoals zorgvanu.nl en thuiskanhetook.nl, die een basis kunnen vormen voor een landelijke campagne.

Kennisontwikkeling en opname in richtlijnen

De ontwikkeling van praktijkkennis op basis van pilots over de kosten, de inzet van personeel en de effecten op de kwaliteit van zorg enerzijds, en wat er nodig is om digitale toepassingen succesvol te implementeren anderzijds, is een belangrijke factor voor het op gang komen van implementatie van digitale zorg. In IZA, WOZO en TAZ zijn hier afspraken over gemaakt. Voor de gehandicaptenzorg zijn hier afspraken over gemaakt in een akkoord tussen VGN en ZN. Door in kwaliteitsrichtlijnen te duiden welke plek digitale zorg kan hebben in verantwoorde zorgverlening, kan onzekerheid met betrekking tot kwaliteitseisen en toezicht worden weggenomen, kan de acceptatie door burgers worden bevorderd en kunnen zorginkopers steviger sturen op de implementatie.

Gegevensuitwisseling

Een goed functionerende elektronische gegevensuitwisseling vergroot de mogelijkheden voor zorgaanbieders om met behulp van digitale zorgtoepassingen de doelmatigheid van de zorg te vergroten. In het IZA is afgesproken dat elektronische gegevensuitwisseling (tussen professionals en patiënten) de standaard moet zijn in de zorg. In april 2023 is de Nationale Visie Gezondheidsinformatiestelsel (NVS) gepubliceerd met een gefaseerde aanpak tot 2035. NVS biedt een kapstok om de komende jaren besluiten te nemen over hoe het informatiestelsel de veranderingen in de zorg kan ondersteunen en faciliteren. Om dit te doen slagen is het van belang dat bij het opstellen van de in deze maatregel beoogde bestuurlijke afspraken, wijzigingen in de bekostiging en financiële regelingen, de NVS leidend is in de uitwerking van de plannen.

Wijkverpleging

De grootste impact van digitale zorg voor de wijkverpleging wordt toebedeeld aan bredere implementatie van de medicijndispenser. Het potentieel verschilt hierbij. Het vraagt een nauwe samenwerking van wijkverpleegkundige en apotheker. Wanneer een patiënt naast medicatieverstrekking meer zorgverlening van de wijkverpleging ontvangt is het potentieel ook minder omdat geen bezoek aan de patiënt wordt bespaard. Wel geeft het een patiënt meer vrijheid omdat deze niet van een wijkverpleegkundige afhankelijk is voor medicijnverstrekking.

Financiële effecten

Door passende inzet van digitale zorgtoepassingen stijgt de arbeidsproductiviteit. Om op basis van deze productiviteitsstijging een financiële besparing te realiseren zullen zorginkopers afspraken moeten maken over een bijstelling van de tarieven en het voorkomen van opvulling van eventuele vrijgekomen capaciteit. De onderstaande berekening gaat er van uit dat door de voorgestelde maatregelen een volledige benutting van de mogelijkheden van digitale zorgverlening gerealiseerd wordt.⁸¹

Op basis van het SIRM rapport Geschat potentieel digitale zorg kan, onder behoud van aannames over de benodigde transitiekosten en de verdeling tussen de Wlz en de Zvw, een schatting gemaakt worden van welke opbrengsten in dat geval gerealiseerd kunnen worden enerzijds de verpleging gerelateerde onderdelen van de Wlz gefinancierde ouderenzorg en gehandicaptenzorg en anderzijds de Zvw gefinancierde wijkverpleging.

Wlz verpleging en verzorging & gehandicaptenzorg

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing	0	0	-45	-115	-275	2031
<i>Besparingen</i>	0	0	-70	-135	-275	2030
<i>Transitiekosten</i>	0	0	25	20	0	2031

Zvw Wijkverpleging

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing	0	0	-35	-90	-210	2031
<i>Besparingen</i>	0	0	-55	-105	-210	2030
<i>Transitiekosten</i>	0	0	20	15	0	2031

De besparingen betreffen opbrengsten die zich door aanvullende maatregelen laten realiseren bij de versnelde implementatie van bestaande vormen van digitale zorgverlening en de huidige stand van de gegevensuitwisseling.

Uitgangspunt bij deze berekening is dat het door het vorige kabinet ingezette beleid ten aanzien van gegevensuitwisseling wordt doorgezet en conform planning wordt gerealiseerd. Op basis van het SiRM rapport wordt hiervoor een index van 1,2 gebruikt. Aangenomen wordt dat aanvullende opbrengsten ten gevolge van gegevensuitwisseling naar rato aan de Wlz en de Zvw wijkverpleging

⁸¹ Daarbij dient er rekening mee gehouden te worden dat het CPB een oloploop van een taakstelling door middel van een bestuurlijk akkoord na de kabinetsperiode niet honoreert. CPB (2023), Startnotitie Keuzes in Kaart 2025-2028, CPB.nl.

zullen toevallen. Wanneer de benodigde randvoorwaarden op het gebied van gegevensuitwisseling niet tijdig worden gerealiseerd moet rekening gehouden worden met een besparingsverlies.

In de opbrengsten zijn ook meeropbrengsten meegenomen die zich naar verwachting na 2026 voordoen bij een succesvolle implementatie van IZA, WOZO en TAZ. Voor de Wlz is dit bedrag berekend op basis van het SIRM rapport. Voor de wijkverpleging is hiervoor is een index geschat van 1,6. Deze reeks bevat dus voor een deel opbrengsten die niet voortvloeien uit aanvullende maatregelen, maar wel voortvloeien uit de gesloten bestuurlijke akkoorden van het uitgaande kabinet. Deze opbrengsten zijn daarmee politiek gevoelig. Ook moet de samenhang worden gezien met reeds ingeboekte ombuiging in de Wlz die ook door inzet van ICT worden gerealiseerd. Het gaat hierbij om de ombuigingen in het kader van meerjarig contracteren Wlz en de doorontwikkeling van het kwaliteitskompas verpleegzorg.

Conform de systematiek gehanteerd bij WOZO, zijn de transitiekosten bepaald op 33% van de opbrengsten van de tranche voor dat jaar. Structureel bedragen deze kosten nul.

Voor de wijkverpleging is een schatting gemaakt van welke door SIRM geschatte opbrengsten van digitale zorgverlening met behulp van leefstijlmonitoring, medicijn dispensers, steunkousen en zorgtablets naar verwachting binnen de wijkverpleging vallen.

Overige effecten

Opschaling van digitalisering van zorg kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van zorg, doordat digitalisering de communicatie met zorgprofessionals en de zorgervaring verbetert. Daarnaast kan passende inzet van digitale zorg bijdragen aan meer regie over de eigen gezondheid en verhoogt daarmee de zelfredzaamheid van patiënten. De druk op mantelzorgers neemt hierdoor af. Opschalen van bestaande, bewezen digitale zorg zorgt voor een potentiële arbeidsbesparing, en daarmee voor een verlaging van het verwachte arbeidsmarkttekort.

8. Verbeteren prikkels gemeenten

Omschrijving

Burgers die langdurige zorg nodig hebben kunnen deze krijgen vanuit drie domeinen/wetten (Wlz, Wmo 2015 en Zvw) met elk een uitvoerder (zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars). Dit zorgt voor coördinatieproblemen, die de beheersbaarheid van de zorguitgaven verslechteren. Er is empirisch bewijs voor substantiële doorverwijzing naar de Wlz door gemeenten.^{82 83} Daarnaast hebben gemeenten gebrekkige financiële prikkels om te investeren in preventie van Wlz-zorg omdat het overgrote deel van de baten (lagere Wlz-uitgaven) toevalt aan het Rijk (*wrong pocket* probleem). Dit fiche schetst twee beleidsvarianten die de prikkels voor gemeenten specifiek in relatie tot langdurige zorg verbeteren (gegeven de huidige organisatie van de langdurige zorg in drie domeinen).

I. Precieze bekostiging van de gemeentelijke Wmo-taken

Voor de individuele gemeente komt er een precieze bekostiging van de ondersteuningstaak voor de groep burgers met een relatief zware ondersteuningsbehoefte, voor zover de gemeente daarvoor ook feitelijk verantwoordelijk is. De bekostiging van de Wmo-taken wordt zodanig aangepast dat zo goed mogelijk wordt voldaan aan de volgende principes:

- a. gemeenten krijgen voldoende middelen ter beschikking gesteld om een onderling gelijkwaardig voorzieningenniveau te bieden;
- b. gemeenten krijgen een passende hoeveelheid middelen om burgers met een zware ondersteuningsbehoefte adequaat te kunnen ondersteunen;
- c. gemeenten krijgen geen middelen voor burgers met een zware ondersteuningsbehoefte voor zover deze burgers vanuit de Wlz de benodigde ondersteuning krijgen. Voor deze specifieke groep burgers heeft de gemeente (materieel) geen of een sterk verminderde ondersteuningstaak.

Bij de verdeling onder de gemeenten van het totaal beschikbare bedrag worden gemeenten adequaat gecompenseerd voor kostenverschillen die samenhangen met hun *feitelijke* risico-populatie in relatie tot zware ondersteuningsbehoeften. Gemeenten die (gegeven hun demografische en sociaaleconomische kenmerken) weinig/veel inwoners met een Wlz-indicatie hebben, hebben meer/minder budget nodig. Zij staan immers voor veel/weinig inwoners met een zware ondersteuningsbehoefte feitelijk aan de lat. Voor een individuele gemeente gaat gelden dat als een inwoner naar de Wlz overgaat, zij niet alleen minder kosten heeft, maar ook minder middelen vanuit het Rijk ontvangt. Dit laatste is nu niet geval.

Institutionele vormgeving

Qua institutionele vormgeving zijn verschillende varianten mogelijk die verschillen in de mate waarin ze aansluiten bij de huidige bekostigingssystematiek en financiële verhoudingen.

- A. De bekostiging van de Wmo-taken blijft lopen via het gemeentefonds, maar in de verdeelmodellen worden de verdeelmaatstaven die verband houden met Wmo-gebruik gewijzigd.
- B. Er komt een specifieke uitkering (SPUK) voor (een deel van) de Wmo-taken; de bekostiging via het gemeentefonds wordt navenant ingeperkt. Het totale bedrag van de uitkering stijgt/daalt als de Wlz-uitgaven (gemeten ten opzichte van een benchmark) afnemen/toenemen, omdat de facto de gemeenten als groep voor een grotere/kleinere ondersteuningstaak staan. Deze variant betreft een inperking van de beleidsvrijheid van gemeenten. Het totale budget ademt systematisch mee met de feitelijke taakomvang. Daarbij verschuiven financiële risico's naar het Rijk, waardoor gemeenten minder prikkels ervaren om bijvoorbeeld volumegroei te beperken. Daarnaast gaan hogere Wlz-uitgaven

⁸² Alders en Schut (Health Policy 2022), *Strategic cost-shifting in long-term care: Evidence from the Netherlands; Portrait, Krabbe-Alkemade, Budding en Canoy (Health Policy 2023), Passing on the hot potato: Dutch municipalities under financial pressure have incentives to shift the costs of social care for older people to the central government;*

⁸³ Significant (2022), *Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep – Eindrapportage.*

gepaard met een lagere uitkering aan gemeenten (en omgekeerd), waarbij de SPUK echter altijd wel toereikend moet zijn om de betreffende Wmo-taken te bekostigen. De verdeling van het totale bedrag gebeurt op dezelfde wijze als bij variant I.A. Deze constructie is vergelijkbaar met de BUIG-uitkering die gemeenten van het Rijk ontvangen voor het bekostigen van de uitkeringen in het kader van de Participatiewet, IOAW, IOAZ en Bbz 2004 en voor de inzet van loonkostensubsidies. Rekening moet worden gehouden met hoofdstuk 3 van de Financiële-verhoudingswet (Fvw). Deze SPUK zou een wettelijke basis moeten krijgen in de Wmo 2015. Punten van nadere uitwerking daarbij zijn o.a. wat de reikwijdte zou moeten zijn van de SPUK, wat de SPUK betekent voor (de concreetheid van de omschrijving van) de gemeentelijke taken in de wet en voor de vrijheid van gemeenten om bepaalde voorzieningen wel of niet aan te bieden.

II. Beloning voor gemeenten die investeren in preventie van langdurige zorg

- Gemeenten worden beloofd voor beleid dat de zelfredzaamheid van ouderen en mensen met een beperking vergroot. Het gaat daarbij om een aparte geldstroom naast de Algemene Uitkering. Tegenover deze geldstroom naar gemeenten staan in principe lagere dan verwachte Wlz-uitgaven voor het Rijk (communicerende vaten).
- Dit wordt als volgt uitgewerkt. Het wetsvoorstel Domein Overstijgende Samenwerking wordt uitgebreid met een expliciete *shared savings* regeling. Dit wetsvoorstel beoogt preventie van langdurige zorg te stimuleren door het *wrong-pocket* probleem te verlichten. In het huidige wetsvoorstel krijgen gemeenten en zorgverzekeraars op basis van een ingediende positieve business case voor preventie hun meerkosten vergoed. Het surplus op zorgstelselniveau is gelijk aan de bespaarde Wlz-uitgaven minus de integrale kosten van zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Dit surplus valt nu volledig toe aan het Rijk. De maatregel houdt in dat gemeenten (en bij voorkeur ook zorgverzekeraars) meedelen in de gerealiseerde surplus voor het zorgstelsel.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- De gemeenten ontvangen voor de uitvoering van het grootste deel van hun (gedecentraliseerde) taken, waaronder het grootste deel van hun Wmo-taken exclusief beschermd wonen, één ongedeeld budget via de algemene uitkering uit het gemeentefonds. Voor beschermd wonen ontvangen de gemeenten een aparte integratie-uitkering uit het gemeentefonds. De (verdeel)systematiek van het gemeentefonds heeft als doel alle gemeenten voldoende middelen ter beschikking te stellen om een onderling gelijkwaardig voorzieningenniveau te bieden.
- De Wlz is als regeling wettelijk voorliggend aan de Wmo 2015. Indien burgers een Wlz-indicatie hebben gekregen en zodoende de benodigde ondersteuning vanuit de Wlz ontvangen, hoeven gemeenten hun geen ondersteuning vanuit de Wmo 2015 te bieden. Ook kunnen gemeenten burgers verzoeken een Wlz-indicatie aan te vragen.
- Gemeenten hebben (onbedoeld) een financieel belang om cliënten met een relatief zware ondersteuningsbehoefte richting de Wlz te laten bewegen. De ondersteuning van deze burgers wordt dan vanuit de Wlz betaald, terwijl de uitkeringen uit het gemeentefonds niet neerwaarts worden aangepast – ook al heeft de gemeente voor deze specifieke groep burgers materieel geen ondersteuningstaak meer (met een beperkte uitzondering). Daarbij kan het voorkomen dat burgers met een Wlz-indicatie met hulp van gerichte maatschappelijke ondersteuning, wijkverpleging en hulp van hun informele netwerk even goed of beter af zouden kunnen zijn dan met (duurdere) Wlz-zorg. Dit is ondoelmatig.
- Daarnaast hebben gemeenten gebrekkige financiële prikkels voor het voorkomen, verminderen en uitstellen van Wlz-zorg. Preventie vraagt om het tijdig aanpakken van hulpvragen bij zelfstandig wonende ouderen en het gericht bieden van extra Wmo-ondersteuning en wijkverpleging. De kosten daarvan komen voor rekening van de gemeenten (en in mindere mate zorgverzekeraars), terwijl de lagere Wlz-uitgaven bij het Rijk neerslaan: een klassiek *wrong-pocket* probleem.

Uitvoerbaarheid

Technische uitvoerbaarheid

- Om de (technische) uitvoerbaarheid van variant I te bepalen is aanvullend onderzoek nodig naar de aanpassing van de verdeelsystematiek. Voor variant I.B is daarnaast nader onderzoek nodig naar de relatie tussen het totale budget en de Wlz-uitgaven.
- Het huidige verdeelmodel voor de algemene uitkering gebruikt zes globale indicatoren die gecorreleerd zijn met Wmo-gebruik (cluster Wmo). De maatregel impliceert dat de gebruikte set indicatoren wordt uitgebreid en meer gericht op het identificeren van de risico-populatie qua zware ondersteuningsbehoefte. Het cluster Wmo krijgt daardoor indicatoren met een hoge vergoeding. De empirische onderzoeken (zie voetnoot) hebben een aantal relevante indicatoren geïdentificeerd, maar meer onderzoek naar bruikbare indicatoren is nodig.
- De maatregel impliceert daarnaast dat gemeenten geen budget voor inwoners met een Wlz-indicatie ontvangen. Een intuïtief aansprekende manier om dat te bereiken is de gebruikte risicofactoren zo veel mogelijk te schonen voor inwoners met een Wlz-indicatie (bijvoorbeeld: het aantal inwoners ouder dan X jaar of eenpersoonshuishoudens *dat geen Wlz-indicatie heeft*).
- Deze wijzigingen leiden ertoe dat het (blijven) ondersteunen van kwetsbare burgers minder grote financiële gevolgen heeft voor de gemeente. De doorverwijsprikkel neemt daardoor af.
- Ten slotte dient onderzocht te worden hoe gemeenten adequaat bekostigd kunnen worden voor hun beperkte ondersteuningstaak voor thuiswonende burgers met een Wlz-indicatie (hulpmiddelen en woningaanpassingen).
- Voor variant I.B moet verder onderzocht worden hoe het totale budget dient te variëren met de Wlz-uitgaven. Dit kan worden gebaseerd op objectieve indicatoren of historische ontwikkelingen van Wlz-gebruik of -instroom (gecorrigeerd voor demografie).
- Afhankelijk van de nadere uitwerking kan variant I.A leiden tot hogere administratieve lasten voor gemeenten. Variant I.B zorgt voor een stijging van de administratieve uitvoerings- en verantwoordingslast voor Rijk en gemeenten.

Voor de uitvoerbaarheid van variant II is het noodzakelijk dat het gerealiseerde maatschappelijke surplus robuust kan worden vastgesteld. Hoe dit te doen vergt nader onderzoek. De mini-business cases die gemaakt zijn in het kader van de pilots in drie gemeenten kunnen daarbij als startpunt dienen. Daarnaast moet de verdeelsleutel worden bepaald en moeten de effecten op administratieve lasten worden gezien.

Juridische aspecten en financiële verhoudingen

- Het wijzigen van het gemeentefonds gaat in overleg met de fondsbeheerders (Minister BZK en Staatssecretaris Financiën) en gemeenten.
- Variant I.A. Het aanpassen van de verdeelmaatstaven voor de uitkeringen uit het gemeentefonds voor de Wmo-taken dient binnen het kader van art. 8 Fvw te vallen of in dit artikel moet meer ruimte worden gecreëerd. De lagere regelgeving moet worden gewijzigd.
- Variant I.B is technisch mogelijk binnen de Fvw. Daarbij geldt echter wel dat de uitkeringsvorm moet volgen op de bestuurlijke verhoudingen. Een UDO-traject (Uitvoeringstoets Decentrale Overheden) ligt hierbij voor de hand. Bekostiging van (een deel van) de Wmo via een SPUK staat beleidsmatig op gespannen voet met het uitgangspunt van de Fvw dat de SPUK terughoudend moet worden ingezet en is bedoeld voor taken waarbij het Rijk sturing wil geven aan de besteding van de beschikbaar gestelde middelen door gemeenten. Dit aspect zou kunnen worden meegewogen bij de invulling van de SPUK.
- Variant I.B vraagt om aanpassing van de Wmo 2015.
- Variant II. Het belonen aanvullend op de middelen uit het gemeentefonds is mogelijk. Er mag echter geen sprake zijn van een (in)directe koppeling tussen de beloning en de middelen uit het gemeentefonds. Het betreft een nieuwe uitkeringsvorm die nog niet is beschreven in de Fvw. Overwogen kan worden een beschrijving van deze nieuwe vorm op te nemen in de Fvw.

Financiële effecten

Het budgettaire effect is lastig te kwantificeren en vergt nader onderzoek. Voor variant I.B spelen tegengestelde effecten: er is een positief effect op de beheersbaarheid van de zorguitgaven doordat Wlz-uitgaven en uitkeringen aan gemeenten tegengesteld bewegen en het Rijk meer sturingsmogelijkheden krijgt, maar ook een negatief effect doordat het Rijk prijs- en volumerisico voor de Wmo draagt en de prikkels voor gemeenten om de maatschappelijke ondersteuning doelmatig te organiseren verzwakken. Het CPB rekent bij doorrekeningen als algemene regel met een verondersteld doelmatigheidsverlies van 10% wanneer budgetten worden geormerkt (zie startnotitie Keuzes in Kaart 2023). In variant II verbetert de uitgavenbeheersing. Het verfijnen van de compensatie van kostenverschillen stelt gemeenten beter in staat om meer kwetsbare burgers (langer) zelfredzaam te houden met Wmo-ondersteuning en ander gemeentelijk beleid, waaronder preventie. Dit leidt tot een besparing als de extra uitgaven aan Wmo-ondersteuning (en wijkverpleging) opwegen tegen de besparingen op Wlz-zorg. Buiten het Wlz-domein leveren informele zorgverleners een deel van de zorg- en ondersteuning. Daartegenover staan lagere eigen betalingen in de Wmo en Zvw vergeleken met de Wlz. Verder speelt mee dat gemeenten en zorgverzekeraars een financiële prikkel voor een doelmatige inkoop van zorg en ondersteuning hebben, terwijl de zorgkantoren een dergelijke prikkel niet hebben. Gemeenten en zorgverzekeraars krijgen ook een groter belang om goed met elkaar samen te werken.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De schaarse capaciteit kan meer worden ingezet voor de cliënten met grootste zorgvraag.

Kwaliteit

De kwaliteit van leven van burgers kan toenemen doordat zij (gemiddeld) langer thuis in hun sociale context kunnen blijven, mede door een grotere inzet op preventie. Wel wordt er een groter beroep gedaan op de beschikbare informele zorg, omdat de gemeente dit meeweegt bij de toegang tot ondersteuning.

Betaalbaarheid

De effecten op betaalbaarheid vergen nader onderzoek en zijn afhankelijk van de invulling van de maatregel.

Impact op arbeidsmarktschaarste

De arbeidsvraag naar zorgprofessionals daalt voor zover een deel van de ondersteuning informeel kan plaatsvinden. Op termijn komen de effecten van verbeterde preventie daar nog bij.

Zorgverzekeraars (wijkverpleging)

Als gemeenten als groep meer inwoners met een zware ondersteuningsbehoefte ondersteunen, moeten de zorgverzekeraars meer wijkverpleging inkopen (variant I). Daardoor stijgt de Zvw-premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) betaald door werkgevers en de zorgtoeslag. Daarnaast zullen zorgverzekeraars hogere minimumreserves (Solvency II) moeten aanhouden. In variant II krijgen zorgverzekeraars de meerkosten vergoed.

Interacties met andere varianten

- De varianten I en II sluiten elkaar niet uit.
- In beleidsvarianten die Wlz-taken overhevelen naar gemeenten wordt de scope voor doorverwijzen naar de Wlz kleiner.

9. Meewegen sociale context

Omschrijving

Bij de toegang en indicatiestelling van langdurige zorg en ondersteuning wordt in de Wmo en Zvw, en voorheen in de AWBZ rekening gehouden met de sociale context. Sociale context in de zorg is de omgeving waarin de zorggebruiker (cliënt) leeft en contact heeft met mensen binnen zijn eigen netwerk. Het gaat hierbij om het sociale netwerk en mantelzorg. Deze mensen (naasten) worden gezien als partners in de zorg, omdat zij van betekenis kunnen zijn in de zorg. In de Wet langdurige zorg wordt hier bij de indicatiestelling geen rekening mee gehouden. Met deze maatregel wordt ook vanuit de ouderenzorg in de Wlz de sociale context van de cliënt meegewogen. Het meewegen van de sociale context is maatwerk. Deze maatregel beoogt dan ook meer maatwerk te bieden in de Wlz waardoor er minder beroep op professionele zorg wordt gedaan en zorg doelmatiger ingezet kan worden. Voor deze maatregel ligt de focus op de ouderenzorg. Er worden een tweetal opties toegelicht:

- Variant A: Meewegen gebruikelijke zorg en mantelzorg bij toegang Wlz (zoals voorheen in de AWBZ)
Wanneer een cliënt aan de toegangscriteria voldoet blijft hij aanspraak maken op Wlz-zorg. De Wlz-aanspraak wordt meer op de persoonlijke situatie toegespitst door bij de Wlz-indicatiestelling door het CIZ de gebruikelijke zorg en mantelzorg mee te wegen, vergelijkbaar met het afwegingskader zoals gehanteerd onder de AWBZ. Naar verwachting leidt dit voorstel tot een ander gebruik van Wlz-zorg en mogelijk tot een lagere instroom in de Wlz wanneer mensen geneigd zijn langer in de Wmo/Zvw te blijven.
- Variant B: Rekening houden met sociale context in de Wlz-aanspraak bij zorgtoewijzing
Wanneer een cliënt aan de toegangscriteria voldoet blijft hij aanspraak maken op Wlz-zorg. Bij dit voorstel wordt binnen de bestaande structuur van de Wlz meer uitgegaan van de daadwerkelijke zorgvraag. Het zorgkantoor toetst de sociale context en inzet van mantelzorg bij de zorgtoewijzing van de Wlz-zorg. Het betreft hier een verplichte toets waardoor het zorgkantoor op andere wijze uitvoering aan de zorgplicht geeft. Dit betreft een nieuwe rol van het zorgkantoor en de zorgtoewijzing dient hier op te worden aangepast, zodat er sprake is van een formeel besluit (inclusief juridische procedures).

Bij het meewegen van de sociale context worden twee vormen onderscheiden:

- Gebruikelijke zorg betreft de normale, dagelijkse zorg die partners en huisgenoten geacht worden elkaar onderling te bieden op het gebied van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding. Bij een éénpersoonshuishouden kan geen sprake zijn van gebruikelijke zorg. In variant A wordt gebruikelijke zorg verplicht meegewogen bij de toegang en in mindering gebracht op de Wlz-aanspraak.
- Bij mantelzorg gaat het om informele zorg door mensen die geen deel uitmaken van de leefeenheid en/of de informele zorg door partners en huisgenoten die de gebruikelijke zorg te boven gaat (in zwaarte, duur en/of intensiteit). Het bieden (en ontvangen) van mantelzorg geschiedt op vrijwillige basis. De mantelzorger is bereid en mag in staat worden geacht deze zorg te leveren. De gemeente biedt indien nodig ondersteuning aan de mantelzorger.

Huidige procedure

Het proces van toegang tot Wlz-zorg kan in drie stappen worden onderverdeeld: toetsing aan toegangscriteria, het vaststellen van het recht op Wlz-zorg en zorgtoewijzing door het zorgkantoor. Het CIZ beoordeelt of een cliënt voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz en stelt vervolgens middels een zorgprofiel in het indicatiebesluit vast voor welke zorg de cliënt in aanmerking komt.

Aanpassingen in procedure variant a

- Tijdens de indicatieprocedure wordt systematisch in beeld gebracht welke informele zorg geleverd kan worden door partners, huisgenoten, familieleden en het bredere sociale netwerk. Dit beeld wordt vervolgens gewogen om de feitelijke zorgvraag en de precieze aanspraak in de Wlz vast te stellen. Het is belangrijk dat de indicatiestelling recht doet aan de zorgvraag van de cliënt, rekening houdt met de belastbaarheid van de sociale omgeving en zorgaanbieders in staat stelt om passende zorg te bieden. Deze maatregel leidt naar verwachting tot ander gebruik van Wlz-zorg, bijvoorbeeld als cliënten vanwege hun sociale context geen toegang tot de Wlz of een lager zorgprofiel krijgen toegewezen door het CIZ.

Aanpassingen in procedure variant b

- Dit voorstel betreft een aanscherping van de huidige situatie die leidt tot ander gebruik van Wlz-zorg. Bij de zorgtoewijzing in de Wlz wordt verplicht door het zorgkantoor meegewogen of de aanwezige mantelzorg bereid en in staat is om de cliënt in de thuissituatie te ondersteunen. Als de sociale omgeving ontbreekt of niet bereid is tot het verlenen van mantelzorg, dan bestaat nog steeds recht op zorg thuis via vpt, mpt of pgb (wanneer iemand niet in aanmerking komt voor verblijf of wil verblijven) of verblijf in een instelling vanuit de Wlz (mits de cliënt aan de overige criteria voor verblijf voldoet). Voorwaarde voor dit voorstel is dat zorg thuis doelmatig en verantwoord door de mantelzorger kan worden geleverd. Deze toets wordt door het zorgkantoor uitgevoerd.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- De langdurige zorg heeft te maken met personeelstekorten. Daarnaast wonen de meeste mensen het liefst in de eigen woon- en leefomgeving met een stevig sociaal netwerk om zich heen. Sociale context in de zorg is de omgeving waarin de cliënt leeft en contact heeft met mensen binnen zijn eigen netwerk. Met deze maatregel worden mogelijkheden voor het meewegen van de sociale context bij de toegang tot de Wlz bij de invulling van de zorg- en ondersteuningsvraag verkend. Voor Wlz-cliënten met een sociaal netwerk kan de daadwerkelijke zorgvraag lager zijn dan het aangeboden integrale pakket vanuit de Wlz dat gebaseerd is op de zorgbehoefte van de cliënt zonder rekening te houden met de sociale context. In de varianten is te zien dat deze extra eis geïmplementeerd kan worden bij het bepalen van de toegang tot de Wlz of bij de zorgtoewijzing door het zorgkantoor. Dit sluit aan bij de uitgangspunten van het WOZO-programma: zelf als het kan, thuis als het kan, en digitaal als het kan.
- Toegang tot de Wlz wordt verkregen door middel van een indicatie die wordt afgegeven door het CIZ. Het CIZ toetst of aan de toegangscriteria van de Wlz voldaan wordt. Het gaat hierbij om de volgende vereisten:
 - aanwezigheid van een aandoening of stoornis (actuele diagnose moet beschikbaar zijn);
 - permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid noodzakelijk om ernstig nadeel te voorkomen;
 - de zorgbehoefte moet blijvend zijn.

Omdat de Wlz-populatie een zeer kwetsbare groep is, heeft de wetgever bij de introductie van de Wlz in 2015 als uitgangspunt genomen dat zij een onvoorwaardelijk recht hebben op deze zorg. De mogelijke inzet van het sociale netwerk van de cliënt bij het organiseren van de zorg en ondersteuning werd daarom bij de indicatiestelling niet meegewogen. Door bij deze maatregel (Variant A) gebruikelijke zorg die vanuit partner en huisgenoten kan worden verwacht mee te wegen wordt dit in mindering gebracht op de Wlz-aanspraak. Daardoor is niet meer de zorgbehoefte van de cliënt, maar de feitelijke zorgvraag van de cliënt leidend.

- Vervolgens is geregeld dat in het zorgplan en tijdens de budgetplanbespreking door het zorgkantoor aandacht moet worden besteed aan de betrokkenheid van mantelzorgers. De sociale context speelt in de huidige praktijk dus wel mee bij de keuze voor een leveringsvorm en de inrichting van het zorgarrangement, al is dit niet verplicht. Dit geldt voor alle

doelgroepen in de Wlz.⁸⁴ Door het aanscherpen van de huidige situatie door de introductie van een verplichte toets op de sociale context door het zorgkantoor wordt aangesloten op de daadwerkelijke zorgvraag (Variant B).

Als de sociale omgeving ontbreekt of niet bereid is tot het verlenen van mantelzorg, dan bestaat nog steeds recht op zorg thuis via vpt, mpt of pgb (wanneer iemand niet in aanmerking komt voor verblijf of wil verblijven) of verblijf in een instelling vanuit de Wlz (mits de cliënt aan de overige criteria voor verblijf voldoet). Door rekening te houden met de sociale context wordt dan ook geen afbreuk gedaan aan verzekerde rechten, maar wordt bereidwillige inzet van het sociale netwerk wel standaard meegewogen. Van de sociale omgeving wordt gevraagd of zij een deel van de begeleiding, verzorging en ondersteunende hulp op zich kunnen nemen.

De verwachting is dat variant A meer impact heeft dan variant B. Doordat bij variant A door de inzet van de sociale omgeving de Wlz-aanspraak voor bepaalde cliënten kan worden bijgesteld is er minder inzet van zorgprofessionals nodig. Daarnaast kan het er toe leiden dat mensen minder snel geneigd zijn een Wlz-indicatie aan te vragen. Variant B zorgt voor het systematisch toetsen van de sociale context door het zorgkantoor. Op dit moment wordt bij de zorgtoewijzing al rekening gehouden met de sociale context, ook al is deze toets nu niet verplicht.

Uitvoerbaarheid

- Er is een wetswijziging nodig. Het kost ten minste 3 jaar om de Wlz te wijzigen. Dit is een ingrijpende wijziging en die zal ook doorwerken naar de lagere regelgeving etc. Ook zal een invoeringstermijn nodig zijn om van de huidige naar de nieuwe situatie te komen, vooral voor de uitvoerders. Hierbij geldt dat zorgvormen die vanuit het sociaal netwerk kunnen worden geleverd – indien mantelzorg beschikbaar is – niet door het zorgkantoor worden vergoed.
- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht. Het is een politieke keuze om blijvend overgangsrecht te regelen voor cliënten die al in de Wlz zitten.
- Bij de invoering van de maatregel dient rekening te worden gehouden met de impact op de Zvw/Wmo wanneer mensen hun Wlz-aanvraag uitstellen. Daarnaast dient ook rekening te worden gehouden met de impact van de maatregel op het belasten van mantelzorgers.
- Er is een risico op een weglekeffect richting pgb. Als cliënten via pgb hun recht verzilveren wordt formele zorg vervangen door 'gemonetariseerde' inzet van de sociale context.
- De maatregel gaat uit van het meewegen van de sociale context in de indicatiestelling zoals dat bij de AWBZ ook het geval was. De bekostiging wordt niet aangepast naar de AWBZ-systematiek maar blijft op de huidige systematiek gebaseerd op vaste tarieven per zorgprofiel.
- Als de omstandigheden van de cliënt veranderen, moet de aanspraak worden herzien door middel van een herindicatie.
- Het is niet in de rede dat mantelzorgers medische handelingen gaan verrichten. Gezien de aard van de doelgroep (blijvend aangewezen op permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid) zorgt deze maatregel voor een extra belasting op de mantelzorger. Dit betekent dat er oog moet zijn voor ondersteuning van de mantelzorg en aanvullende vormen van ondersteuning voor de cliënt, zoals logeeropvang/respijtzorg en dagbesteding. Permanent toezicht is geen onderdeel van gebruikelijke zorg.
- Nader onderzoek is nodig naar wat er gebeurt wanneer de zorgbehoefte van cliënten, als gevolg van het meewegen van de sociale context bij hun indicatiestelling (variant B), niet

⁸⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 35146, nr. 3

meer past binnen het laagste zorgprofiel (VV4). Daarbij dient ook in overweging genomen dient te worden dat het meewegen van de sociale context ertoe kan leiden dat mensen minder snel geneigd zullen zijn om een Wlz-indicatie aan te vragen. Hierdoor blijven mensen mogelijk langer in de Wmo/Zvw of stromen zij uiteindelijk met een hoger zorgprofiel in.

- Het meewegen van de sociale context betekent een uitbreiding van het takenpakket voor het CIZ (variant A) of zorgkantoor (variant B). Dit leidt tot extra uitvoeringskosten.

Financiële effecten (Variant A)

Het meewegen van de sociale context kan op verschillende manieren gebeuren. Naast het meewegen bij de indicatiestelling door het CIZ (Variant A) zou dit ook kunnen bij de zorgtoewijzing door het zorgkantoor (Variant B). Dit levert een verschil in uitvoering op. Voor de financiële raming is een proxy gebruikt die aansluit bij het maatwerk-pgb en niet gebaseerd is op de verschuiving in zorgzwaarteprofielen van cliënten. Hiermee wordt dus aangesloten op de daadwerkelijke zorgvraag van cliënten. De uitwerking in deze paragraaf betreft variant A. Het gekwantificeerde financiële effect betreft een ondergrens. Extra onderzoek is nodig om het aanvullende potentieel in kaart te brengen. Variant B is niet gekwantificeerd.

1. Meewegen sociale context en Wlz-ouderenzorg met verblijf

- Het meewegen van de sociale context bij Wlz-cliënten met verblijf is niet gekwantificeerd en kan met aanvullend onderzoek nader worden uitgewerkt.

2. Meewegen sociale context en Wlz-ouderenzorg zonder verblijf

- Het meewegen van de sociale context bij Wlz-cliënten zonder verblijf leidt tot een structurele netto besparing van € 12,75 miljoen. Deze besparing is het saldo van extra uitvoeringskosten van CIZ van € 2,25 miljoen en een besparing op de zorgkosten van € 15 miljoen. De maatregel geldt alleen voor nieuwe cliënten, als gekozen wordt voor blijvend overgangsrecht. Het ingroeipad draagt tevens bij aan de uitvoerbaarheid. De bedragen zijn als volgt opgebouwd.
- *Effect op uitvoeringskosten CIZ:* Het aantal cliënten in de Wlz-ouderenzorg zonder verblijf bedraagt circa 60 duizend. Op basis van gegevens van CBS zijn hiervan circa 45 duizend cliënten alleenstaand en hebben circa 15 duizend cliënten een partner. Voor de berekening van de extra uitvoeringskosten gaan we uit van de groep met een partner. Het CIZ zal voor deze groep moeten vaststellen wat de verplichte aftrek wordt wegens gebruikelijke zorg van een partner of huisgenoot. Op grond van de CIZ-begroting 2023-2027 gaan we uit van extra uitvoeringskosten van € 150 per cliënt. Dit leidt tot structurele uitvoeringskosten van € 2,25 miljoen.⁸⁵
- *Effect op zorgkosten:* In het basispad voor Wlz-zorg thuis wordt bij de leveringsvormen **mpt en pgb** (samen circa 44 duizend cliënten) door de zorgkantoren op basis van maatwerk al rekening gehouden met hetgeen de cliënt of zijn netwerk zelf kunnen doen. Voor zover het meewegen van de sociale context bij deze cliënten leidt tot een verlaging van de indicatie zal dit in de praktijk geen effect hebben op het zorggebruik (aangezien dat binnen de verlaagde indicatie zal blijven passen).
- In het basispad voor **vpt** wordt nog geen rekening gehouden met de sociale context van de cliënt.
 - Cliënten in een geclusterde vpt setting (circa 14 duizend cliënten) hebben een gestructureerde omgeving en professionele zorg nodig vanwege hun zorgbehoefte en/of sociaal netwerk dat niet toereikend is. In deze uitwerking is verondersteld dat cliënten in geclusterd vpt een niet toereikend sociaal netwerk hebben. Het meewegen van de sociale context zal voor deze groep in de praktijk dan geen effect hebben op de hoogte van hun indicatie. Nader onderzoek is noodzakelijk om deze veronderstelling te toetsen.
 - Cliënten die thuis zorg ontvangen via vpt (circa 3 duizend cliënten) kunnen thuis blijven omdat zij een sterker/groter sociaal netwerk hebben die een deel van de professionele

⁸⁵ Het gaat hierbij om de extra kosten bij de reguliere indicatiestelling (15 duizend cliënten maal € 100 euro = € 1,5 miljoen) plus de extra kosten van bezwaar en beroep (500 cliënten maal € 1.500 = € 0,75 miljoen). Deze bedragen en aantallen dienen nog nader te worden afgestemd met CIZ.

zorg kan overnemen en/of omdat er sprake is van een minder zware zorgbehoefte. Het meewegen van de sociale context kan voor deze groep in de praktijk leiden tot een lagere indicatie waardoor besparingen optreden ten opzichte van het basispad.

- o Voor de kwantificering hanteren we een vergelijkbare veronderstelling als bij de invoering van het maatwerk-pgb. Op een grondslag van circa € 300 miljoen⁸⁶ gaan we uit van een besparing die oploopt tot structureel 5% (€ 15 miljoen). Dit komt overeen met een besparing van 20% op de indicatie van cliënten met een partner (die verplicht wordt gebruikelijke zorg te leveren).⁸⁷

Bijgaande tabel presenteert de financiële effecten. Hierbij is uitgegaan van invoering voor nieuwe cliënten vanaf 2027 met een ingroepjaar van 5 jaar. Het structurele niveau wordt bereikt vanaf 2032.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing met verblijf						
Netto besparing zonder verblijf (niet geclusterd vpt)	0	0	-1,3	-3,8	-12,8	2032
<i>Waarvan zorgkosten</i>	0	0	-1,5	-4,5	-15	2032
<i>Waarvan uitvoeringskosten</i>	0	0	0,2	0,7	2,3	2032

Overige effecten

Toegankelijkheid

Variant A van de maatregel leidt tot minder instroom in de Wlz, omdat een deel van de zorgvragers langer een beroep zal blijven doen op de Wmo en Zvw. Verblijfszorg zal voor de meest kwetsbaren beschikbaar blijven. Daarnaast leidt de maatregel tot een beperking van de Wlz-aanspraken als mantelzorgers zaken kunnen overnemen. Mensen waarbij de zorg voor een groot gedeelte door de mantelzorg wordt overgenomen, zullen langer hun zorg vanuit de Wmo en Zvw blijven ontvangen omdat ze later een Wlz-aanvraag indienen.

Betaalbaarheid

De betaalbaarheid zal naar verwachting toenemen door een grotere rol van de sociale omgeving. Aan de ene kant leidt deze maatregel tot potentieel lagere uitgaven in de Wlz. Daar staat tegenover dat de zorgvraag in thuisomgeving voor de Zvw en Wmo zal toenemen. Individueel kan het ontvangen van verzekerde zorg vanuit de Zvw in de thuisomgeving, en met name wijkverpleging, aantrekkelijker zijn dan instroom in de Wlz (bijvoorbeeld vanwege de eigen bijdrage).

Kwaliteit

De kwaliteit van zorg en ondersteuning kan achteruit gaan wanneer er minder professionele zorg wordt ingezet. Daarnaast kan de kwaliteit van leven van de cliënt wel toenemen omdat naasten de cliënt goed kennen en er minder sprake is van wisselingen in zorgpersoneel.

Arbeidsmarkt

Door een groter beroep te doen op de sociale omgeving kan deze maatregel bijdragen aan het oplossen van het personeelstekort.

⁸⁶ De totale uitgaven aan vpt bedragen circa € 1,25 miljard, waarvan € 950 miljoen in een geclusterde setting en € 300 miljoen in een niet-geclusterde setting.

⁸⁷ 25% van de cliënten heeft een partner. Een besparing van 20% op deze groep leidt daarmee tot een besparing van gemiddeld 5% berekend over de gehele groep (met of zonder partner).

10. Inperken aanspraak verblijf voor ouderenzorg

Omschrijving

- Binnen de Wlz wordt de aanspraak op verblijf in een instelling nader ingekaderd voor de ouderenzorg.⁸⁸ De huidige toegangscriteria voor de Wlz blijven bestaan. Aanvragers die aan deze criteria voldoen krijgen aanspraak op Wlz-zorg, waarbij het uitgangspunt is zorg zonder recht op verblijf in een instelling. Cliënten die aanspraak op Wlz-zorg hebben, kunnen apart een aanspraak op verblijf in een instelling aanvragen, die tevens aanspraak geeft op behandeling.⁸⁹ Het onderscheid tussen verpleeghuisplekken met en zonder behandeling wordt opgeheven. Deze laatste (tweede) aanvraag wordt beoordeeld op basis van extra criteria ten opzichte van de beoordeling van een aanvraag voor aanspraak op Wlz-zorg.
- Alleen mensen met een zeer complexe zorgvraag die aangewezen zijn op gespecialiseerde integrale zorg waarbij zorg, ondersteuning, behandeling en verblijf in een instelling onlosmakelijk met elkaar verbonden krijgen de aanspraak verblijf. Naast zorginhoudelijke criteria om te beoordelen of een cliënt in aanmerking komt voor de aanspraak verblijf, wordt gekeken of passende zorg op een doelmatige wijze elders kan worden georganiseerd.
- Voor de overige Wlz-cliënten (die geen verblijf krijgen toegekend) geldt dat zij passende zorg ontvangen buiten een verpleeginstelling, dus thuis in de wijk of in een geclusterde setting waarin zij zelfstandig wonen (dus met scheiden van wonen en zorg). Verder hebben zij aanspraak uit de Zvw op behandeling zoals de betreffende beroepsgroep die pleegt te bieden. De Wlz-aanspraak specifieke behandeling wordt voor deze groep geschrapt.
- Voor de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz wordt geen aparte aanspraak op verblijf ingevoerd als dit goed kan worden onderbouwd.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- In de langdurige ouderenzorg is sprake van een suboptimale inzet van personeel, zorgplekken en financiële middelen. In grote lijnen geldt dat alle mensen met een Wlz-indicatie recht hebben op vrijwel hetzelfde (ruime) pakket aan zorg, ongeacht zorgprofiel, woonsituatie of sociale context. En omgekeerd geldt dat in alle settings (thuis in de wijk, geclusterd wooninitiatief of verpleeghuis) vrijwel alle (ruime) pakketten van zorg kunnen worden geleverd. Een Wlz-indicatie geeft aanspraak op een verpleeghuisplek, ook als de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt buiten het verpleeghuis vervuld kan worden.
- Met de introductie van een aparte aanspraak voor verblijf krijgt de overheid een nieuw instrument om te sturen op verblijf. De aparte aanspraak voor verblijf heeft als doel dat de beschikbare schaarse instellingscapaciteit naar de meest kwetsbare cliënten gaat op basis van criteria die door de overheid zijn vastgesteld. De maatregel draagt bij aan het scheiden van wonen en zorg door de zorg buiten het verpleeghuis te bieden als dit doelmatig en verantwoord is.
- In de huidige situatie bieden zorginstellingen verpleeghuisplekken met en zonder behandeling aan, waardoor er een verschil in aanspraken (en daarmee rechtsongelijkheid) bestaat tussen cliënten met dezelfde zorgbehoefte. Zowel cliënten die verblijven op een plek zonder behandeling als cliënten die extramurale Wlz-zorg ontvangen hebben een hybride aanspraak: specifieke behandeling uit de Wlz en algemene behandeling uit de Zvw. Dit zorgt voor verwarring bij cliënten en zorgverleners. Door aan te sluiten bij het type aanspraak krijgen cliënten, zorginstellingen, behandelaren, zorgverzekeraars en zorgkantoren helderheid bij wie de zorgplicht voor behandeling ligt, en wordt potentieel afschuifgedrag tussen Wlz en Zvw voorkomen.

⁸⁸ De afbakening tussen ouderen en andere Wlz-cliënten wordt gedaan op basis van de Wlz-grondslagen. Met ouderen worden cliënten met de grondslag somatische aandoening of beperking en psychogeriatrische aandoening of beperking bedoeld.

⁸⁹ Behandeling betreft Wlz-specifieke behandeling en aanvullende vormen van zorg. Wlz-specifieke behandeling betreft geneeskundige zorg die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap (artikel 3.1.1 lid 1 onderdeel c Wlz). Aanvullende vormen van zorg betreft geneeskundige zorg van algemeen medische aard, farmaceutische zorg, hulpmiddelen, behandeling van een psychische stoornis (artikel 3.2.1 Wlz), tandheelkundige zorg en bepaalde kleding (artikel 3.1.1 lid 1 onderdeel d Wlz).

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

De maatregel vereist een ingrijpende wijziging van de Wlz en de lagere regelgeving. Dit zal ten minste drie jaar kosten. Daarnaast zal de invoering van de wet tijd kosten.

Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven en niet langer aan de voorwaarden voor verblijf voldoen. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht.

Technische uitvoerbaarheid

- Er dient een landelijke toegangsgrens voor het recht op verblijf in een instelling in de Wlz ontwikkeld te worden op basis van aparte criteria. Het Zorginstituut doet momenteel onderzoek naar de mogelijkheden van een solide en werkbare beperking van de aanspraak op verblijf voor Wlz-gerechtigden met een VV-indicatie (voornamelijk ouderenzorg). Het Zorginstituut zal hierover in maart 2024 advies uitbrengen.
- Voor de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz-zorg dienen eventueel aparte, vergelijkbare onderzoeken plaats te vinden gezien de verschillen tussen de doelgroepen.

Uitvoering CIZ/zorgkantoren

- Het CIZ beoordeelt conform de huidige situatie de eerste aanvraag.
- Nog nader moet worden bezien wie de tweede aanvraag kan beoordelen. Dit hangt mede er van af of het lukt om eenvoudige criteria te formuleren voor de tweede aanvraag. Dan zou het CIZ dit kunnen doen. Als er meer diepgaande kennis nodig is van de omstandigheden van de aanvrager, ligt het meer voor de hand dat het zorgkantoor deze aanvraag beoordeelt. Dit vergt wettelijke aanpassingen.
- De uitvoerder van de tweede aanvraag krijgt te maken een vergroting van de werklust, waaronder meer bezwaar en beroep.

Randvoorwaarden

Samenwerking

Een toenemend deel van de ouderen in de Wlz gaat zorg en ondersteuning thuis in de wijk of in een geclusterde woonvoorziening ontvangen, waarbij deze doelmatig en verantwoord moet worden geleverd met optimale gebruikmaking van zorgtechnologie en informele zorg. Het zorgkantoor moet vaker samen met gemeenten en woningcorporaties bezien welke alternatieven haalbaar zijn als een Wlz-cliënt geen aanspraak heeft op verblijf in een instelling. Gemeenten, woningcorporaties, institutionele (commerciële) beleggers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders moeten gezamenlijk voldoende passend woning- en zorgaanbod, al dan niet geclusterd, ontwikkelen. Er is een betere samenwerking tussen zorgkantoren, zorgverzekeraars en zorgaanbieders (ook onderling) nodig om de zorg en ondersteuning rond kwetsbare oudere burgers goed te regelen.

Voldoende woonruimte in een geclusterde setting

Er dient voldoende woonruimte in een geclusterde setting beschikbaar te zijn, die dient te voorzien in:

- Mogelijkheden voor het bieden van veiligheid en bescherming door alarmeringsvoorzieningen en een korte responstijd;
- Mogelijkheden van de zorgorganisatie om op een doelmatige manier het noodzakelijke toezicht te bieden, deels op onplanbare momenten;
- Een aanbod van ondersteuning in de dagstructuur en dagbesteding.
- Een centraal vraagpunt/aanspreekpunt in de nabijheid.

Adequate eerstelijnszorg

De toename van het aantal ouderen dat thuis in de wijk (al dan niet in een kleinschalige woonvorm) woont vraagt om een sterke (organisatie van de) eerstelijnszorg. De beschikbaarheid van medische basiszorg vraagt om goede afspraken tussen Wlz-zorgaanbieders en partners in de eerste lijn. In het kader van het IZA wordt gewerkt aan een toekomstbestendige eerstelijnszorg en de organisatie daarvan (Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030). Hierbij is het belang van de samenwerking en afstemming (o.a. regiebehandelaarschap) tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten cruciaal. Een belangrijk element van de aanpak is een structurele bekostiging van afstemming en coördinatie in de eerstelijnszorg, om de noodzakelijke samenwerking van de grond te krijgen. De NZa heeft hierover in 2023 advies (BACO) uitgebracht dat bij de verdere uitwerking wordt meegenomen. Het vestigingsbeleid van kleinschalige woonvormen in de wijk moet nauw afgestemd worden met de beschikbare eerstelijnszorg, waaronder de huisarts, in de wijk.

Financiële effecten

- In het basispad Wlz is de maatregel scheiden wonen en zorg in de V&V opgenomen. Dit betekent dat alle netto volumegroei t/m 2052 moet worden opgevangen in de vorm van Wlz-zorg zonder verblijf. De besparing die hiermee gemoeid is loopt geleidelijk op tot € 1,2 miljard in 2052. Om de structurele besparing van scheiden wonen en zorg veilig te stellen is reeds een beperking van de aanspraak nodig.
- Het is pas mogelijk een kwantitatieve raming van de budgettaire effecten (ten opzichte van het basispad Wlz) te maken als er een concrete set criteria voor de toegang tot verblijf beschikbaar is.
- De criteria voor verblijf dienen dusdanig streng zijn dat er een besparing ten opzichte van het basispad Wlz resulteert. Dit wordt in het fiche verondersteld.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De schaarse capaciteit aan verblijfszorg wordt ingezet voor de cliënten met de zwaarste zorgvraag.

Kwaliteit

De kwaliteit van leven van ouderen kan toenemen doordat zij (gemiddeld) langer thuis in hun sociale context kunnen blijven.

Impact op arbeidsmarkt

Professionals krijgen te maken met een gemiddeld zwaardere groep cliënten, zowel in het verpleeghuis als bij zorg thuis. Dit vergt andere kennis en vaardigheden.

Consequenties voor de Wmo/gemeenten

Doordat meer cliënten met een Wlz-indicatie thuis wonen stijgt het beroep op de Wmo voor hulpmiddelen en woningaanpassingen. Gemeenten kunnen om een financiële tegemoetkoming vragen voor de meerkosten (voor zover deze samenhangen met de netto besparing ten opzichte van het basispad Wlz).

Impact op het sociale netwerk

Wlz-cliënten die niet in aanmerking komen voor verblijf kunnen kiezen voor Wlz-zorg in een ongeclusterde setting in de wijk, waarbij informele zorgverleners in samenspraak met de zorgaanbieder(s) vaker een deel van het toezicht en de onplanbare zorg op zich nemen. Dit kan overbelasting van het sociale netwerk tot gevolg hebben.

11. Ouderenzorg overhevelen van Wlz naar Zvw/Wmo

- Kwetsbare ouderen die langdurige zorg nodig hebben, kunnen deze krijgen vanuit drie domeinen/wetten: Wlz, Wmo en Zvw. Deze wetten kennen elk hun eigen regels, financiering en uitvoerders (zorgkantoren, gemeenten en zorgverzekeraars). Bij combinaties van zorg uit verschillende wettelijke kaders of bij opschaling van zorg zijn er onduidelijkheden, overlap, hiaten en niet-congruente prikkels voor zorgfinanciers, zorgverleners en cliënten. Het huidige gefragmenteerde stelsel zorgt voor coördinatieproblemen en doorverwijsgedrag tussen domeinen bij de zorgverlening en onduidelijkheid bij de burgers over waar ze aanspraak op maken.
- Zorgkantoren zijn niet risicodragend en hebben geen financiële prikkel voor een doelmatige Wlz-zorginkoop.
- Binnen de Wlz is sprake van een suboptimale inzet van personeel, zorgplekken en financiële middelen. In grote lijnen geldt dat alle mensen met een Wlz-indicatie recht hebben op vrijwel hetzelfde (ruime) pakket aan zorg, ongeacht zorgprofiel, woonsituatie of sociale context. En omgekeerd geldt dat in alle settingen (thuis in de wijk, geclusterd wooninitiatief of verpleeghuis) vrijwel alle (ruime) pakketten van zorg kunnen worden geleverd. Een Wlz-indicatie geeft aanspraak op een verpleeghuisplek, ook als de daadwerkelijke zorgvraag van de cliënt buiten het verpleeghuis vervuld kan worden door inzet van mantelzorgers.
- Dit fiche bevat drie mogelijke stelselwijzigingen met betrekking tot de ouderenzorg⁹⁰ die de prikkels voor doelmatigheid en preventie in het stelsel structureel verbeteren door het aantal betrokken domeinen te verkleinen en taken te geven aan risicodragende inkopers. Deze varianten zijn pas op de langere termijn uitvoerbaar. De gehandicaptenzorg en de langdurige ggz blijven onder de Wlz vallen.
- Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen extramurale en intramurale ouderenzorg. Onder de extramurale ouderenzorg valt ook de zorg en ondersteuning die wordt geboden in kleinschalige wooninitiatieven (geclusterde settingen), waarbij ouderen hun woonlasten zelf betalen. Bij de intramurale ouderenzorg gaat het om alle zorg die binnen de muren van de instelling wordt geleverd en de bijkomende kosten die noodzakelijk zijn om deze zorg te kunnen leveren zoals kosten voor huisvesting en voeding.

De drie onderscheiden overhevelingsvarianten zijn (zie ook figuur onder):

Variant A: Extramurale ouderenzorg overhevelen naar Wmo en Zvw

- De extramurale zorg en ondersteuning wordt overgeheveld van de Wlz naar de Wmo en Zvw, conform de huidige taakverdeling voor mensen zonder Wlz-indicatie. De intramurale ouderenzorg (verpleeghuis) blijft onder de Wlz.

Variant B: Extramurale en intramurale ouderenzorg overhevelen naar Zvw en Wmo

- De extramurale zorg en ondersteuning wordt conform variant A overgeheveld en de intramurale ouderenzorg wordt integraal van Wlz naar Zvw overgeheveld.

Variant C: Ouderenzorg grotendeels of geheel overhevelen naar Wmo

- Subvariant C1: De extramurale zorg en ondersteuning wordt conform variant A overgeheveld en de intramurale ouderenzorg wordt integraal van Wlz naar Wmo overgeheveld.
- Subvariant C2: De zorg en ondersteuning voor ouderen wordt in zijn geheel van Wlz naar Wmo overgeheveld en de wijkverpleging wordt (grotendeels) van Zvw naar Wmo overgeheveld. Gemeenten worden daarmee verantwoordelijk voor het totale pakket aan ondersteuning, verpleging en verzorging gedurende de hele levensloop van burgers.

⁹⁰ In dit fiche wordt gesproken van ouderenzorg maar in de uitwerking gaat het om mensen waarvoor de dominante grondslag somatische- en/of psychogeriatrische aandoening of beperking is. Dit zijn voor het overgrote deel ouderen. Maar ook jonge mensen met deze grondslagen zullen hun zorg en ondersteuning niet of minder vanuit de Wlz ontvangen.

Overhevelingsvarianten ouderenzorg van Wlz naar Zvw en/of Wmo

Domein	Huidige taakverdeling	Variant A	Variant B	Variant C1	Variant C2
Wlz zorgkantoren	Wlz intramuraal Wlz extramuraal zorg Wlz extram. ondersteuning	Wlz intramuraal			
Zvw zorgverzekeraars	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg Wlz intramuraal	Zvw excl. wijkverpleging wijkverpleging Wlz extramuraal zorg	Zvw excl. wijkverpleging
Wmo gemeenten	Wmo ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning Wlz intramuraal	Wmo ondersteuning Wlz extram. ondersteuning Wlz intramuraal Wlz extramuraal zorg wijkverpleging

- De stelselwijzigingen vergroten de personele en financiële houdbaarheid door scherpere keuzes te maken wie waarvoor een beroep kan doen op professionele zorgverleners en collectief gefinancierde zorg en ondersteuning. De herverkaveling van taken draagt bij aan de doelmatigheid vanwege de uitvoering door risicodragende inkopers en de geringere ruimte voor doorverwijzen. Daarnaast krijgen de nieuwe uitvoerders een groter speelveld, waardoor de prikkels en mogelijkheden voor preventie en het bieden van integrale zorg en ondersteuning verbeteren. Het speelveld is het grootst in variant C2. Daarbij wordt zorg een voorziening en vervalt het recht op zorg.
- De maatregel vereenvoudigt het stelsel voor de burger doordat deze met minder stelselovergangen te maken krijgt.
- In de varianten krijgen de gemeenten en verzekeraars te maken met een substantiële verzwaring van hun taken. Dit vraagt zeker bij gemeenten om voldoende uitvoeringskracht in termen van financiële middelen, personeelscapaciteit, specifieke expertise en ICT-capaciteit. Daarnaast zijn integrale oplossingen voor de ondersteuningsbehoefte van burgers erbij gebaat dat ook de uitvoering in de rest van het brede gemeentelijke domein op orde is. Dit onderwerp valt buiten de scope van dit rapport.

Hieronder worden de drie varianten beknopt uitgewerkt. Daarbij wordt aangetekend dat variant C pas op de lange termijn uitvoerbaar is. Deze variant is beknopter beschreven, omdat veel aspecten nader onderzoek vergen. De tekst met de beschrijving van de varianten is per variant zelfstandig leesbaar. Dit heeft als prijs dat er sprake is van overlap in de beschrijving van de drie varianten.

A Extramurale ouderenzorg overhevelen naar Wmo en Zvw

Omschrijving

- De extramurale ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Onder de overheveling valt ook de zorg en ondersteuning die wordt geboden in kleinschalige wooninitiatieven (geclusterde settingen), waarbij ouderen hun woonlasten zelf betalen.
- De zorgcomponent wordt overgeheveld naar de Zvw en de ondersteuning naar de Wmo, conform de huidige taakverdeling tussen Zvw en Wmo voor mensen zonder Wlz-indicatie.
- De intramurale ouderenzorg (verpleeghuis) blijft onder de Wlz vallen. Ouderen die in aanmerking komen voor verblijfszorg, hebben de mogelijkheid om zorg thuis af te blijven nemen. Uit oogpunt van doelmatigheid wordt dit gemaximeerd op de hoeveelheid zorg die gemiddeld genomen bij verblijf wordt geleverd. Voor zover de benodigde zorg thuis deze grens overschrijdt zijn mensen zelf (financieel) verantwoordelijk.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- De hervorming vergroot de personele en financiële houdbaarheid langs verschillende kanalen. De aanspraak voor generieke behandeling in de Zvw is beperkter. Bij een volledig pakket thuis bestaat nu nog aanspraak op een maaltijdvoorziening. Dit vervalt in principe, hoewel binnen de Zvw en de Wmo mogelijkheden bestaan om cliënten in bepaalde gevallen maaltijdondersteuning aan te bieden. Tot slot wordt in de wijkverpleging (Zvw) en de Wmo de sociale context meegewogen bij het bepalen van de inzet van professionele zorg en een maatwerkvoorziening. Hierdoor zal in minder gevallen een beroep worden gedaan op professionele zorg en ondersteuning. Het geringere beslag op zorgprofessionals, met name doordat het beroep op de voorziening ook door anders gekwalificeerde mensen ingevuld kan worden, draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbare ouderen.
- De overheveling draagt verder bij aan de doelmatigheid, doordat de uitvoering bij risicodragende inkopers (gemeenten en zorgverzekeraars) wordt belegd en er minder ruimte voor doorverwijzen naar de Wlz is. Zorgverzekeraars en gemeenten zijn "tot het verpleeghuis" financieel verantwoordelijk voor zorg en ondersteuning aan thuiswonende cliënten. Dit prikkelt hen tot investeringen in preventie en gezondheid, doordat de baten daarvan ook in grotere mate binnen hun domein zullen neerslaan. Dit kan leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en het voorkomen van zwaardere zorg. Daarnaast krijgen zorgverzekeraars en gemeenten een betere prikkel om in samenwerking domeinoverstijgende zorgketens tot stand te brengen. Ook de gemeenten zijn "tot het verpleeghuis" verantwoordelijk voor de ondersteuning van hun inwoners, wat integraal gemeentelijk beleid kan bevorderen.
- De maatregel vereenvoudigt het stelsel voor de burger. Zo lang cliënten thuis wonen krijgen zij niet meer met een stelselovergang naar de Wlz te maken. Dat betekent ook zij bij een zwaarder wordende zorgvraag, zolang men thuis woont, niet met een wijziging van het eigenbijdrage-regime of andere zorgverleners te maken kan krijgen (zoals nu wel het geval is). De aanspraak op behandeling wordt helder geregeld.

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

- De Wlz, Zvw en Wmo, en de bijbehorende lagere regelgeving, moeten worden gewijzigd. Mogelijk moeten ook de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) worden gewijzigd.
- In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden welke zorginhoudelijke verschillen tussen de ouderenzorg enerzijds en de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz anderzijds de overheveling naar de Zvw en Wmo rechtvaardigen.
- In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet beargumenteerd worden dat ouderenzorg medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte, omdat de Zvw een ziektekostenverzekering is. Een dergelijke verzekering

dekt de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte. Ouderenzorg die niet medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte kan geen onderdeel zijn van een ziektekostenverzekering. De uitzondering van artikel 206 van de EU-richtlijn Solvabiliteit II voor de vaststelling van bijzondere nationale bepalingen omtrent verzekeringsovereenkomsten en verzekeringspremies, geldt alleen voor ziektekostenverzekeringen als alternatief voor sociale zekerheid. Zie ook de tekst onder het kopje *Mogelijke gevolg voor het stelsel*.

- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht.
- Het invoeren van een doelmatigheidsgrens voor zorg thuis dient te worden geregeld in de wet of lagere regelgeving. Indien de zorg thuis niet doelmatig vormgegeven kan worden dan is verblijfszorg aan de orde (met uitzondering van in ieder geval palliatieve terminale zorg en intensieve kindzorg). De Wlz-uitvoerder moet er dan voor zorgen dat een intramurale plek beschikbaar is. Indien cliënten hier niet voor kiezen wordt de vergoeding van de zorg thuis gemaximeerd; verhuizing naar een verblijfsinstelling is dus niet verplicht. Het risico dat blijft in de eventuele thuissituatie dient geaccepteerd te worden. Voor acute veiligheidsrisico's bestaat de Wet zorg en dwang (Wzd).
- De stelselwijziging kan op zijn vroegst worden ingevoerd per 2030, waarbij rekening is gehouden met de noodzakelijke wetswijzigingen.

Technische uitvoerbaarheid

Ter voorbereiding op inwerkingtreding dient onder andere te worden onderzocht:

- Hoe binnen de Wlz de toegang tot intramurale zorg (toegangscriteria) wordt geregeld, waarbij de overgang van extramurale naar intramurale ouderenzorg soepel dient te verlopen.
- Op welk gemeentelijk schaalniveau de voorzieningen voor de ouderenzorg het beste georganiseerd en ingekocht kunnen worden, en hoe het juiste schaalniveau kan worden georganiseerd.
- Hoe het regime van eigen betalingen moet worden aangepast in de Wmo en Zvw, daarbij ook rekening houdend met juridische aspecten.
- Wat de effecten zijn voor de risicoverevening in de Zvw en in hoeverre het vereveningsmodel aangepast moet worden.
- Hoeveel Rijksmiddelen moeten worden overgeheveld naar de gemeenten, hoe deze worden verdeeld en welke uitkeringsvorm wordt gehanteerd.
- Welke implicaties voor de overheveling voortvloeien uit de Europese regelgeving (met name richtlijn Solvabiliteit II).
- Hoe wordt omgegaan met pgb's, aangezien de uitvoering daarvan in de Zvw en Wmo anders is dan in de Wlz.

Gemeenten/Wmo

- Gemeenten krijgen in de Wmo te maken met een grotere groep kwetsbare burgers met gemiddeld een zwaardere ondersteuningsvraag. Het beroep op de Wmo neemt toe, zowel voor ondersteuning van ouderen en hun mantelzorgers als voor hulpmiddelen en woningaanpassingen. Gemeenten moeten daarnaast zorgen dat het voorzieningenaanbod in de wijk toereikend is, zowel voor de mensen die langer thuis wonen (denk aan dagbesteding, ontmoeting) als voor de sociale omgeving die daarmee om dient te gaan.
- Om deze taak uit te voeren dienen gemeenten te beschikken over voldoende uitvoeringskracht in termen van financiële middelen, personeelscapaciteit, specifieke expertise en ICT-capaciteit.
- De maatregel heeft voor gemeenten grote financiële consequenties. Er is daarom een financieringssysteem nodig die gemeenten passend bekostigt voor hun taken, waarvan de omvang mede wordt bepaald door demografische factoren. Daarnaast dienen gemeenten de forse toename van hun financiële risico's te kunnen managen.

- De schaalgrootte van de gemeente is een aandachtspunt. Een deel van de gemeenten heeft onvoldoende schaal, specifieke expertise en onderhandelingsmacht om de extramurale ouderenzorg efficiënt te organiseren en in te kopen. Bovengemeentelijke en regionale samenwerking zijn noodzakelijk.
- De Wmo betreft anders dan de Wlz en Zvw een voorziening zonder landelijk omschreven aanspraken. Dit betekent dat er ook sprake kan zijn van lokale verschillen. Vanwege de zwaardere doelgroep is het mogelijk wenselijk om meer eenduidige landelijke kaders aan gemeenten mee te geven. Dit betekent voor gemeenten een inperking van de beleidsvrijheid, maar voor mensen met een zware ondersteuningsbehoefte meer duidelijkheid en zekerheid wat zij van hun gemeente kunnen verwachten

Randvoorwaarden

Samenwerking en samenhang

- Een grotere groep mensen krijgt te maken met zowel zorg uit de Zvw als ondersteuning uit de Wmo. De samenwerking tussen het medische en het sociale domein en de informele zorg moet verder verbeterd worden.
- In meer cliëntsituaties zal op ongezette/onregelmatige tijden zorg moeten worden geboden (nachtzorg) aan cliënten en vaker per etmaal.
- Verzekeraars en gemeenten moeten beter gaan samenwerken en financiële afspraken maken om fricties tussen domeinen te voorkomen.

Voldoende zorggeschikte woonruimte, waaronder in een geclusterde setting

- Ouderen die met beperkingen te maken krijgen hebben een passende woning nodig. De eigen woning kan hier vaak voor worden aangepast, maar dat is niet altijd het geval.
- Het leveren van zorg verspreid in de wijk is echter lastig doelmatig te organiseren. De doelmatigheid kan aanzienlijk worden verhoogd als mensen geclusterd wonen. Deze woonvormen kunnen ook voorkomen dat mensen in aanmerking komen voor verblijfszorg, zeker als het ook voor de partner aantrekkelijk is om mee te verhuizen naar bijvoorbeeld een gemengde woonvorm. Het is niet alleen makkelijker om voor meer mensen de zorg te organiseren, maar bewoners zullen ook meer voor elkaar doen dan als zij verspreid in de wijk wonen.
- In het Wetsvoorstel versterking regie volkshuisvesting wordt geregeld dat gemeenten de opgave aan ouderenhuisvesting bepalen en plannen ontwikkelen om aan deze opgave te voldoen. Dit betreft onder andere het aantal nultredenwoningen, het aantal regulier geclusterde woningen en het aantal geclusterde verpleegzorgplekken. Daarbij wordt gemeenten ook gevraagd om samen met zorgaanbieders, woningcorporaties en zorgkantoren te kijken naar de verbinding met zorg en ondersteuning.
- Omdat de kosten voor geclusterde verpleegzorgplekken hoger zijn dan voor andere corporatiewoningen en woningcorporaties gebonden zijn aan passend toewijzen en de (huur)liberalisatiegrens, kunnen ze de extra kosten niet terug verdienen via de huur en is er voor geclusterde verpleegzorgplekken een extra onrendabele top. Met de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport 312 miljoen euro beschikbaar gesteld met de ambitie 20.000 verpleegzorgplekken met een huur onder de liberalisatiegrens te realiseren.
- Gezien de bredere knelpunten op de woningmarkt blijft onzeker of de bouw aan geclusterde verpleegzorgplekken gelijke tred houdt met de behoefte aan deze woningen. In dat geval zal ook gekeken moeten worden naar bijvoorbeeld betere benutting van huidige geclusterde woonvormen, prioritering in de bouw en toewijzing van geschikte woningen aan de juiste doelgroep.

Adequate eerstelijnszorg

De toename van het aantal kwetsbare ouderen dat thuis in de wijk (al dan niet in een kleinschalige woonvorm) woont vraagt om een sterke (organisatie van de) eerstelijnszorg. In het kader van het IZA wordt gewerkt aan een toekomstbestendige eerstelijnszorg en de organisatie daarvan (Visie

versterking organisatie eerstelijnszorg 2030). Hierbij is het belang van samenwerking en afstemming (o.a. regiebehandelaarschap) tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde cruciaal. Een belangrijk element van de aanpak is een structurele bekostiging van afstemming en coördinatie in de eerstelijnszorg, om de noodzakelijke samenwerking van de grond te krijgen. De NZa heeft hierover in 2023 advies 'Bekostiging afstemming en coördinatie voor kwetsbare ouderen thuis' uitgebracht dat bij de verdere uitwerking wordt meegenomen. Het vestigingsbeleid van kleinschalige woonvormen in de wijk moet nauw afgestemd worden met de beschikbare eerstelijnszorg, waaronder de huisarts, in de wijk.

Financiële effecten

- Het budgettaire effect en het doelmatigheidseffect van de stelselherziening zijn lastig te kwantificeren en vergen nader onderzoek. Er zijn grote verschuivingen in financieringsstromen binnen de collectieve sector.
- In het basispad Wlz zit de maatregel scheiden wonen en zorg in de VV opgenomen. Dit betekent dat alle netto volumegroei t/m 2052 moet worden opgevangen in de vorm van extramurale zorg. De besparing die hiermee gemoeid is, loopt geleidelijk op tot € 1,2 miljard in 2052.
- De wijziging van het stelsel gaat gepaard met transitiekosten.
- Op langere termijn creëert de overheveling van de extramurale ouderenzorg naar verwachting doelmatigheidswinst vanwege een meer integrale aanpak van problemen, meer preventie van zware langdurige zorg, een meer kostenbewuste inkoop en een groter beroep op informele zorg.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De schaarse capaciteit aan verblijfszorg wordt ingezet voor de cliënten met de zwaarste zorgvraag. Voor de kwetsbare ouderen buiten het verpleeghuis is de beschikbaarheid van voldoende zorggeschikte (geclusterde) woonvormen een belangrijke risicofactor.

Kwaliteit

De kwaliteit van leven van ouderen kan toenemen doordat zij (gemiddeld) langer thuis in hun sociale context kunnen blijven. Een stelselwijziging is ingrijpend en vergt aanpassing van zorgaanbieders en -vragers. Vooral in de transitiefase kan daarom een wijziging van het stelsel gepaard gaan met minder zorg en/of lagere kwaliteit van zorg.

Betaalbaarheid

De effecten op betaalbaarheid vergen nader onderzoek en zijn afhankelijk van de invulling van de maatregel.

Zorgverzekeraars/Zvw

- Bij de overheveling van zorg en ondersteuning voor ouderen wordt uitgegaan van de huidige Wmo en Zvw. Hierdoor is bijvoorbeeld tandheelkundige en paramedische zorg beperkt onderdeel van het verzekerd pakket. Bezien dient te worden of de basisverzekering voldoende dekkend is voor de benodigde zorg in de thuissituatie.
- Als er grote bedragen worden overgeheveld naar de Zvw, worden er zwaardere solvabiliteitseisen gesteld aan verzekeraars. De opbouw daarvan betekent tijdelijk hogere zorgpremies.

Eigen betalingen

- Eigen betalingen dienen bij te dragen aan passende zorg uit het juiste domein en het betaalbaar houden van de zorg door mensen een deel van hun zorgkosten zelf te laten betalen en het kostenbewustzijn te vergroten. Bij deze maatregel kunnen verschillende keuzes worden gemaakt over de eigen betalingen, die een direct effect hebben op het besteedbaar inkomen.
- De maatregel betreft een overheveling naar wetten waarin de eigen betalingen relatief laag zijn (eigen risico Zvw, geen eigen bijdrage wijkverpleging en abonnementstarief Wmo). Het

overplanten van het Wlz-regime van inkomensafhankelijke bijdragen naar Zvw en Wmo is denkbaar, maar creëert zeker in de Zvw uitdagingen qua uitvoerbaarheid en juridische complicaties vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. De Wmo heeft in het verleden een inkomensafhankelijke eigen bijdrage gekend en het uitgaande kabinet heeft voorgesteld die weer per 2026 in te voeren. De budgettaire gevolgen daarvan zijn reeds ingeboekt in de VWS begroting.

Inkomenseffecten en werkgeverslasten

- Behalve door eigen bijdragen zijn er ook inkomenseffecten door premieveranderingen. Door de hogere kosten in de Zvw stijgen de nominale zorgpremie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de zorgtoeslag. De uitgaven van de Wlz dalen, wat ruimte biedt voor een lagere Wlz-premie.
- Voor werknemers betaalt de werkgever de IAB, waardoor de werkgeverslasten en de arbeidskosten stijgen. Het is aannemelijk dat werkgevers hiervoor compensatie zullen willen in de vorm van lastenverlichting.

Mogelijk gevolg voor het stelsel

De zorgverzekering is een ziektekostenverzekering in de vorm van een private schadeverzekering die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II valt. Een ziektekostenverzekering dekt de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Die randvoorwaarde beperkt de mogelijkheid om ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen. Ouderenzorg is meer gericht op welzijn en wonen en past daardoor minder goed in de Zvw. Omdat de zorgverzekering een dekking geeft voor gezondheidsrisico's zijn de mogelijkheden tot uitbreiding van het verzekerde pakket ten aanzien van sociale motieven beperkt. In dit verband is van belang dat de zorgverzekering een ziektekostenverzekering in de zin van de EU-richtlijn Solvabiliteit II is. Als dat karakter aan de zorgverzekering zou ontvallen, dan heeft Nederland geen grondslag meer voor de regelingen van de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, het te verzekeren Zvw-basispakket en de regelingen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico. Onderzocht moet worden of kosten die samenhangen de aanspraak op verblijf vanwege de doelmatigheidsgrens wel ten volledig laste van de Zvw kunnen komen, gezien het vereiste van medische indicatie op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Voor de aanspraak op verblijf op grond van medisch inhoudelijke noodzaak moet dit ook worden bezien, maar hierbij is het aannemelijk dat deze kosten als Zvw-zorg aangemerkt kunnen worden.

Impact op het sociale netwerk in brede zin

- De maatregel betekent een groter beroep op het informele netwerk van ouderen. Er zullen meer mantelzorgers en vrijwilligers nodig zijn en deze zullen meer ondersteuning vanuit de Wmo nodig hebben. Het voorkomen van overbelasting van het sociale netwerk is een belangrijk aandachtspunt. Het grotere beroep op informele zorg kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van leven en arbeidsmarkt(schaarste) indien werkende mensen door overbelasting uitvallen of besluiten minder uren te gaan werken.
- Het is belangrijk dat de zelf- en samenredzaamheid van burgers wordt ondersteund en versterkt. Daarbij gaat het niet alleen om wat mensen samen met hun informele netwerk kunnen, maar ook wat vrijwilligersorganisaties en inwonersinitiatieven voor informele ondersteuning kunnen betekenen. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars kunnen met gerichte investeringen de juiste randvoorwaarden scheppen om dit bredere sociale netwerk te laten floreren.

B Extramurale en intramurale ouderenzorg overhevelen naar Zvw en Wmo

Omschrijving

- De gehele ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw).
- De extramurale zorg en ondersteuning wordt overgeheveld naar de Zvw en de Wmo. Hieronder valt ook de zorg en ondersteuning die in kleinschalige wooninitiatieven (geclusterde

settingen) wordt geboden, waarbij ouderen hun woonlasten zelf betalen. De zorgcomponent wordt overgeheveld naar de Zvw en de ondersteuning naar de Wmo, conform de huidige taakverdeling tussen Zvw en Wmo voor mensen zonder Wlz-indicatie.

- De intramurale ouderenzorg (verpleeghuis) wordt integraal overgeheveld naar de Zvw. Het gaat om alle zorg die binnen de muren van de instelling wordt geleverd en de bijkomende kosten die noodzakelijk zijn om deze zorg te kunnen leveren zoals kosten voor huisvesting en voeding.
- De specialist ouderengeneeskunde en/of de huisarts bepaalt in hoeverre iemand recht heeft op verblijfszorg. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid om een verblijfspark aan te bieden als de zorg thuis niet doelmatig te organiseren is.
- Ouderen die in aanmerking komen voor verblijfszorg, hebben de mogelijkheid om zorg thuis af te blijven nemen uit de Wmo en Zvw. Uit oogpunt van doelmatigheid is dit gemaximeerd op de hoeveelheid zorg die gemiddeld genomen bij verblijf wordt geleverd. Voor zover de benodigde zorg thuis deze grens overschrijdt zijn mensen zelf (financieel) verantwoordelijk.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- De hervorming vergroot de personele en financiële houdbaarheid langs verschillende kanalen. De aanspraak voor generieke behandeling is in de Zvw beperkter. Bij een volledig pakket thuis bestaat nu nog aanspraak op een maaltijdvoorziening. Dit vervalt in principe, hoewel binnen de Zvw en de Wmo mogelijkheden bestaan om cliënten in bepaalde gevallen maaltijdondersteuning aan te bieden. Tot slot wordt in de wijkverpleging (Zvw) en de Wmo de sociale context meegewogen bij het bepalen van de inzet van professionele zorg en een maatwerkvoorziening. Hierdoor zal in minder gevallen een beroep worden gedaan op professionele zorg en ondersteuning. Het geringere beslag op zorgprofessionals, met name doordat het beroep op de voorziening ook door anders gekwalificeerde mensen ingevuld kan worden, draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg voor de meest kwetsbare ouderen.
- De indeling in twee domeinen draagt verder bij aan de doelmatigheid, doordat de uitvoering bij risicodragende inkopers (gemeenten en zorgverzekeraars) wordt belegd en er minder doorverwijsprikkels zijn. Verzekeraars moeten de hele curatieve zorgketen "van wieg tot graf" inkopen, wat kan leiden tot een hogere kwaliteit van zorg en het voorkomen van zwaardere zorg. Daarnaast krijgen ze een betere prikkel om in samenwerking met gemeenten domeinoverstijgende zorgketens tot stand te brengen. Ook de gemeenten zijn langer ("tot het verpleeghuis") verantwoordelijk voor de ondersteuning van hun inwoners, wat integraal gemeentelijk beleid kan bevorderen.
- De maatregel vereenvoudigt het stelsel voor de burger. Zo lang cliënten thuis wonen krijgen zij niet meer met een stelselovergang te maken. Zij kunnen bij een zwaarder wordende zorgvraag, zolang men thuis woont, niet met een wijziging van het eigenbijdrage-regime of andere zorgverleners geconfronteerd worden (zoals nu wel het geval is). De aanspraak op behandeling wordt helder geregeld. Zorg met verblijf gaat nog steeds gepaard met een stelselovergang.

Uitvoerbaarheid

Juridische aspecten

- De Wlz, Zvw en Wmo, en de bijbehorende lagere regelgeving, moeten ingrijpend worden gewijzigd. Mogelijk moeten ook de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Wet marktordening gezondheidszorg worden gewijzigd.
- In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden welke zorginhoudelijke verschillen tussen de ouderenzorg enerzijds en de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz anderzijds de overheveling naar de Zvw en Wmo rechtvaardigen.
- In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving dient beargumenteerd te worden dat ouderenzorg medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte, omdat de Zvw een particuliere schadeverzekering voor de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte is. Ouderenzorg die niet medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of een verhoogd

risico op een ziekte kan geen onderdeel zijn van een ziektekostenverzekering. De uitzondering van artikel 206 van de EU-richtlijn Solvabiliteit II geldt alleen voor ziektekostenverzekeringen als alternatief voor sociale zekerheid. Zie ook de tekst onder het kopje *Mogelijk gevolg voor het stelsel*.

- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht.
- De maatregel kan op zijn vroegst worden ingevoerd per 2030, waarbij rekening is gehouden met de noodzakelijke wetswijzigingen.

Technische uitvoerbaarheid

Ter voorbereiding op inwerkingtreding dient onder andere te worden onderzocht:

- Hoe binnen de Zvw de toegang tot intramurale zorg (normenkader) wordt geregeld, waarbij de overgang van extramurale naar intramurale ouderenzorg soepel dient te verlopen.
- Hoe het doelmatigheidscriterium voor de zorgverzekeraars geoperationaliseerd wordt.
- Op welk gemeentelijk schaalniveau de voorzieningen voor de ouderenzorg het beste georganiseerd en ingekocht kunnen worden, en hoe het juiste schaalniveau kan worden georganiseerd.
- Hoe het regime van eigen betalingen moet worden aangepast in de Wmo en Zvw, daarbij ook rekening houdend met juridische aspecten.
- Wat de effecten zijn voor de risicoverevening in de Zvw en in hoeverre het vereveningsmodel aangepast moet worden.
- Hoeveel Rijksmiddelen moeten worden overgeheveld naar de gemeenten, hoe deze worden verdeeld en welke uitkeringsvorm wordt gehanteerd.
- In hoeverre het scheiden van wonen en zorg verder moet worden doorgevoerd.
- Welke implicaties voor de stelselwijziging voortvloeien uit de Europese regelgeving (met name richtlijn Solvabiliteit II).
- Hoe wordt omgegaan met pgb's, aangezien de uitvoering daarvan in de Zvw en Wmo anders is dan in de Wlz.

Gemeenten/Wmo

- Gemeenten krijgen in de Wmo te maken met een grotere groep kwetsbare burgers met gemiddeld een zwaardere ondersteuningsvraag. Het beroep op de Wmo neemt toe, zowel voor ondersteuning van ouderen en hun mantelzorgers als voor hulpmiddelen en woningaanpassingen. Gemeenten moeten daarnaast zorgen dat het voorzieningenaanbod in de wijk toereikend is, zowel voor de mensen die langer thuis wonen (denk aan dagbesteding, ontmoeting) als voor de sociale omgeving die daarmee om dient te gaan.
- Om deze taak uit te voeren dienen gemeenten te beschikken over voldoende uitvoeringskracht in termen van financiële middelen, personeelscapaciteit, specifieke expertise en ICT-capaciteit.
- De maatregel heeft voor gemeenten grote financiële consequenties. Er is daarom een financieringssysteem nodig die gemeenten passend bekostigt voor hun taken, waarvan de omvang mede wordt bepaald door demografische factoren. Daarnaast dienen gemeenten de forse toename van hun financiële risico's te kunnen managen.
- De schaalgrootte van de gemeente is een aandachtspunt. Een deel van de gemeenten heeft onvoldoende schaal, specifieke expertise en onderhandelingsmacht om de extramurale ouderenzorg efficiënt te organiseren en in te kopen. Bovengemeentelijke en regionale samenwerking zijn noodzakelijk.
- De Wmo betreft anders dan de Wlz en Zvw een voorziening zonder landelijk omschreven aanspraken. Dit betekent dat er ook sprake kan zijn van lokale verschillen. Vanwege de zwaardere doelgroep is het mogelijk wenselijk om meer eenduidige landelijke kaders aan gemeenten mee te geven. Dit betekent voor gemeenten een inperking van de beleidsvrijheid,

maar voor mensen met een zware ondersteuningsbehoefte meer duidelijkheid en zekerheid wat zij van hun gemeente kunnen verwachten.

Randvoorwaarden

Samenwerking en samenhang

- Een grotere groep mensen krijgt te maken met zowel zorg uit de Zvw als ondersteuning uit de Wmo. De samenwerking tussen het medische en het sociale domein en de informele zorg moet verder verbeterd worden.
- In meer cliëntsituaties zal op ongezette/onregelmatige tijden zorg moeten worden geboden (nachtzorg) aan cliënten en vaker per etmaal.
- Verzekeraars en gemeenten moeten beter gaan samenwerken en financiële afspraken maken om fricties tussen domeinen te voorkomen.

Voldoende zorggeschikte woonruimte, waaronder in een geclusterde setting

- Ouderen die met beperkingen te maken krijgen hebben een passende woning nodig. De eigen woning kan hier vaak voor worden aangepast, maar dat is niet altijd het geval.
- Het leveren van zorg verspreid in de wijk is echter lastig doelmatig te organiseren. De doelmatigheid kan aanzienlijk worden verhoogd als mensen geclusterd wonen. Deze woonvormen kunnen ook voorkomen dat mensen in aanmerking komen voor verblijfszorg, zeker als het ook voor de partner aantrekkelijk is om mee te verhuizen naar bijvoorbeeld een gemengde woonvorm. Het is niet alleen makkelijker om voor meer mensen de zorg te organiseren, maar bewoners zullen ook meer voor elkaar doen dan als zij verspreid in de wijk wonen.
- In het Wetsvoorstel versterking regie volkshuisvesting wordt geregeld dat gemeenten de opgave aan ouderenhuisvesting bepalen en plannen ontwikkelen om aan deze opgave te voldoen. Dit betreft onder andere het aantal nultredenwoningen, het aantal regulier geclusterde woningen en het aantal geclusterde verpleegzorgplekken. Daarbij wordt gemeenten ook gevraagd om samen met zorgaanbieders, woningcorporaties en zorgkantoren te kijken naar de verbinding met zorg en ondersteuning.
- Omdat de kosten voor geclusterde verpleegzorgplekken hoger zijn dan voor andere corporatiewoningen en woningcorporaties gebonden zijn aan passend toewijzen en de (huur)liberalisatiegrens, kunnen ze de extra kosten niet terug verdienen via de huur en is er voor geclusterde verpleegzorgplekken een extra onrendabele top. Met de stimuleringsregeling zorggeschikte woningen heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport 312 miljoen euro beschikbaar gesteld met de ambitie 20.000 verpleegzorgplekken met een huur onder de liberalisatiegrens te realiseren.
- Gezien de bredere knelpunten op de woningmarkt blijft onzeker of de bouw aan geclusterde verpleegzorgplekken gelijke tred houdt met de behoefte aan deze woningen. In dat geval zal ook gekeken moeten worden naar bijvoorbeeld betere benutting van huidige geclusterde woonvormen, prioritering in de bouw en toewijzing van geschikte woningen aan de juiste doelgroep.

Adequate eerstelijnszorg

De toename van het aantal kwetsbare ouderen dat thuis in de wijk (al dan niet in een kleinschalige woonvorm) woont vraagt om een sterke (organisatie van de) eerstelijnszorg. In het kader van het IZA wordt gewerkt aan een toekomstbestendige eerstelijnszorg en de organisatie daarvan (Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030). Hierbij is het belang van de samenwerking en afstemming (o.a. regiebehandelaarschap) tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten cruciaal. Een belangrijk element van de aanpak is een structurele bekostiging van afstemming en coördinatie in de eerstelijnszorg, om de noodzakelijke samenwerking van de grond te krijgen. De NZa heeft hierover in 2023 advies (BACO) uitgebracht dat bij de verdere uitwerking wordt meegenomen. Het vestigingsbeleid van kleinschalige woonvormen in de wijk moet nauw afgestemd worden met de beschikbare eerstelijnszorg, waaronder de huisarts, in de wijk.

Overig

Binnen de Zvw is de zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling en het bepalen van de daaruit voortvloeiende noodzakelijke zorg. Voor de intramurale zorg moet er een normenkader voor de toegang ontwikkeld worden. Voor de extramurale verpleging en verzorging moet onderzocht worden in hoeverre het huidige normenkader toereikend is. Essentieel is dat beide kaders op elkaar aansluiten qua overgang van extramurale zorg naar instellingszorg.

Financiële effecten

- Het budgettaire effect en het doelmatigheidseffect van de stelselherziening zijn lastig te kwantificeren en vergen nader onderzoek. Er zijn zeer grote verschuivingen in financieringsstromen binnen de collectieve sector.
- In het basispad Wlz zit de maatregel scheiden wonen en zorg in de VV opgenomen. Dit betekent dat alle netto volumegroei t/m 2052 moet worden opgevangen in de vorm van extramurale zorg. De besparing die hiermee gemoeid is, loopt geleidelijk op tot € 1,2 miljard in 2052.
- De wijziging van het stelsel gaat gepaard met transitiekosten.
- Op langere termijn creëert de overheveling van de ouderenzorg naar verwachting doelmatigheidswinst vanwege een meer integrale aanpak van problemen, meer preventie van zware langdurige zorg, een meer kostenbewuste inkoop en een groter beroep op informele zorg.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De schaarse capaciteit aan verblijfszorg wordt ingezet voor de cliënten met de zwaarste zorgvraag. Voor de kwetsbare ouderen buiten het verpleeghuis is de beschikbaarheid van voldoende zorggeschikte (geclusterde) woonvormen een belangrijke risicofactor.

Kwaliteit

De kwaliteit van leven van ouderen kan toenemen doordat zij (gemiddeld) langer thuis in hun sociale context kunnen blijven. Een stelselwijziging is ingrijpend en vergt aanpassing van zorgaanbieders en -vragers. Vooral in de transitiefase kan daarom een wijziging van het stelsel gepaard gaan met minder zorg en/of lagere kwaliteit van zorg.

Betaalbaarheid

De effecten op betaalbaarheid vergen nader onderzoek en zijn afhankelijk van de invulling van de maatregel.

Zorgverzekeraars/Zvw

- Bij de overheveling van zorg en ondersteuning voor ouderen wordt uitgegaan van de huidige Wmo en Zvw. Hierdoor is bijvoorbeeld tandheelkundige en paramedische zorg beperkt onderdeel van het verzekerd pakket. Bezien dient te worden of de basisverzekering voldoende dekkend is voor de benodigde zorg in de thuissituatie.
- Als er grote bedragen worden overgeheveld naar de Zvw, worden er zwaardere solvabiliteitseisen gesteld aan verzekeraars. De opbouw daarvan betekent tijdelijk hogere zorgpremies.

Eigen betalingen

- Eigen betalingen dienen bij te dragen aan passende zorg uit het juiste domein en het betaalbaar houden van de zorg door mensen een deel van hun zorgkosten zelf te laten betalen en het kostenbewustzijn te vergroten. Bij deze maatregel kunnen verschillende keuzes worden gemaakt over de eigen betalingen.
- De maatregel betreft een overheveling naar wetten waarin de eigen betalingen relatief laag zijn (eigen risico Zvw, geen eigen bijdrage wijkverpleging en abonnementstarief Wmo). Het overplanten van het Wlz-regime van inkomensafhankelijke bijdragen naar Zvw en Wmo is

denkbaar, maar creëert zeker in de Zvw uitdagingen qua uitvoerbaarheid en juridische complicaties vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. Dit geldt in het bijzonder voor de hoge eigen bijdrage die nu in de Wlz van toepassing is bij zorg met verblijf. De Wmo heeft in het verleden een inkomensafhankelijke eigen bijdrage gekend en het uitgaande kabinet heeft voorgesteld die weer per 2026 in te voeren. De budgettaire gevolgen daarvan zijn reeds ingeboekt in de VWS-begroting.

Inkomenseffecten en werkgeverslasten

- Behalve door eigen bijdragen zijn er ook inkomenseffecten door premieveranderingen. Door de veel hogere kosten in de Zvw stijgen de nominale zorgpremie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de zorgtoeslag sterk. De uitgaven van de Wlz dalen sterk, wat ruimte biedt voor een lagere Wlz-premie.
- Voor werknemers betaalt de werkgever de IAB, waardoor de werkgeverslasten en de arbeidskosten stijgen. Het is aannemelijk dat werkgevers hiervoor compensatie zullen willen in de vorm van lastenverlichting.

Mogelijk gevolg voor het stelsel

De zorgverzekering is een ziektekostenverzekering in de vorm van een private schadeverzekering die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II valt. Een ziektekostenverzekering dekt de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Die randvoorwaarde beperkt de mogelijkheid om ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen. Ouderenzorg is meer gericht op welzijn en wonen en past daardoor minder goed in de Zvw. Omdat de zorgverzekering een dekking geeft voor gezondheidsrisico's zijn de mogelijkheden tot uitbreiding van het verzekerde pakket ten aanzien van sociale motieven beperkt. In dit verband is van belang dat de zorgverzekering een ziektekostenverzekering in de zin van de EU-richtlijn Solvabiliteit II is. Als dat karakter aan de zorgverzekering zou ontvallen, dan heeft Nederland geen grondslag meer voor de regelingen van de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, het te verzekeren Zvw-basispakket en de regelingen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico. Onderzocht moet worden of kosten die samenhangen de aanspraak op verblijf vanwege de doelmatigheidsgrens wel ten volledig laste van de Zvw kunnen komen, gezien het vereiste van medische indicatie op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Voor de aanspraak op verblijf op grond van medisch inhoudelijke noodzaak moet dit ook worden bezien, maar hierbij is het aannemelijk dat deze kosten als Zvw-zorg aangemerkt kunnen worden.

Impact op het sociale netwerk in brede zin

- De maatregel betekent een groter beroep op het informele netwerk van ouderen. Er zullen meer mantelzorgers en vrijwilligers nodig zijn en deze zullen meer ondersteuning vanuit de Wmo nodig hebben. Het voorkomen van overbelasting van informele zorgverleners is een belangrijk aandachtspunt. Het grotere beroep op informele zorg kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van leven en arbeidsmarkt(schaarste) indien werkende mensen door overbelasting uitvallen of besluiten minder uren te gaan werken.
- Het is belangrijk dat de zelf- en samenredzaamheid van burgers wordt ondersteund en versterkt. Daarbij gaat het niet alleen om wat mensen samen met hun informele netwerk kunnen, maar ook wat vrijwilligersorganisaties en inwonersinitiatieven voor informele ondersteuning kunnen betekenen. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars kunnen met gerichte investeringen de juiste randvoorwaarden scheppen om dit bredere sociale netwerk te laten floreren.

C Ouderenzorg grotendeels of geheel overhevelen naar Wmo

Omschrijving

De gehele ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Er zijn twee varianten.

Variant C1

- De extramurale zorg en ondersteuning wordt overgeheveld van de Wlz naar de Zvw en de Wmo. Hieronder valt ook de zorg en ondersteuning die in kleinschalige wooninitiatieven (geclusterde settings) wordt geboden, waarbij ouderen hun woonlasten zelf betalen. De zorgcomponent wordt overgeheveld naar de Zvw en de ondersteuning naar de Wmo, conform de huidige taakverdeling tussen Zvw en Wmo voor mensen zonder Wlz-indicatie. Zie ook variant A.
- De intramurale ouderenzorg (verpleeghuis) wordt integraal overgeheveld naar de Wmo. Het gaat om alle zorg die binnen de muren van de instelling wordt geleverd en de bijkomende kosten die noodzakelijk zijn om deze zorg te kunnen leveren zoals kosten voor huisvesting en voeding.

Variant C2

- De ouderenzorg (intramuraal en extramuraal) wordt in zijn geheel overgeheveld van de Wlz naar de Wmo, en wordt daarmee een voorziening onder regie van de gemeenten.
- De wijkverpleging wordt (grotendeels) uit de Zvw overgeheveld naar de Wmo.
- Gemeenten worden dus verantwoordelijk voor het totale pakket aan ondersteuning, verpleging en verzorging van burgers, dus ook als burgers nog geen 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig hebben.

Het (verzekerd) recht op zorg vervalt met overheveling naar de Wmo. De gemeente heeft (materieel) zorgplicht. Voor beide varianten geldt wel dat er wettelijke kaders voor de ouderenzorg (minimumnormen) komen waarbinnen gemeenten hun beleid kunnen vormgeven. Dit betekent voor gemeenten een inperking van de beleidsruimte (beleidsvrijheid), maar voor mensen met een zware ondersteuningsbehoefte meer duidelijkheid en zekerheid wat zij van hun gemeente kunnen verwachten. De kwaliteit van de ouderenzorg gaat (binnen grenzen) tussen gemeenten verschillen. Daarnaast geldt voor paramedie, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, mondzorg, genees- en hulpmiddelen en medisch specialistische zorg een aanspraak vanuit de Zvw blijft bestaan. Net als bij beschermd wonen, kan er een haakje in de Wmo worden opgenomen, waarmee wordt gewaarborgd dat specialistische voorzieningen beschikbaar zijn.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

- De ouderenzorg wordt in twee domeinen (variant C1) of één domein (variant C2) georganiseerd, waarbij de inkoopende partijen risicodragend zijn.
- De ouderenzorg wordt een voorziening uitgevoerd door alleen de gemeenten in variant C2. In variant C1 stemmen gemeenten en zorgverzekeraars de te leveren zorg en ondersteuning af op de daadwerkelijke zorgvraag. Gemeenten wegen hierbij de sociale context mee om de omvang van de voorziening te bepalen (te beschikken rechten). De wijkverpleging doet dat bij het verzilveren van het recht op verpleging en verzorging. Het beslag op zorgprofessionals kan daardoor afnemen en daarnaast doordat het beroep op een gemeentelijke voorziening ook door anders gekwalificeerde mensen ingevuld kan worden. De gemeenten krijgen een veel groter speelveld, zodat zij goede prikkels en mogelijkheden hebben hun burgers van wieg tot graf zo efficiënt en effectief mogelijk te ondersteunen door samenhangend gemeentelijk beleid ten aanzien van wonen, armoede, schulden, welzijn, maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, ouderenzorg, etc. De optie voor gemeenten om burgers met een zware ondersteuningsbehoefte naar de Wlz door te verwijzen verdwijnt en de prikkel voor preventie van zware langdurige zorg en een integrale aanpak van problemen van burgers verbetert.
- De varianten verschillen in waar de verantwoordelijkheid voor wijkverpleging ligt. In variant C1 wordt de inkoop en organisatie van wijkverpleging van de zorgverzekeraars uitgebreid totdat cliënten naar het verpleeghuis gaan. Zij krijgen betere prikkels om de brede curatieve zorg en wijkverpleging goed op elkaar af te stemmen en te investeren in het voorkomen of uitstellen van zware zorg thuis. In deze variant blijft er recht op wijkverpleging.
- In variant C2 krijgen de gemeenten ook de inkoop en organisatie van wijkverpleging als taak. Daardoor zijn zij integraal verantwoordelijk en hebben ze er belang bij om naar maximale synergie te streven bij het ondersteunen van de participatie en (samen)redzaamheid van

burgers. Het voorkomen en uitstellen van zwaardere langdurige zorg en (dure) zorg in een verpleeghuissetting is daardoor beter te realiseren. Denemarken en Spanje werken met dit model.

- De maatregel vereenvoudigt het stelsel voor de burger doordat deze met minder stelselovergangen te maken krijgt. Daarnaast is het voor cliënten en zorgverleners duidelijker bij welke partij de zorgplicht ligt. Daar staat tegenover dat gemeenten binnen de te formuleren wettelijke kaders eigen beleid kunnen voeren.

Uitvoerbaarheid

Gemeenten/Wmo

De maatregel heeft vergaande consequenties voor gemeenten en is pas op lange termijn uitvoerbaar.

- Gemeenten worden verantwoordelijk voor de inkoop van zorg en ondersteuning voor een nieuwe en grote groep burgers met een relatief zware zorgbehoefte, waaronder de zwaarste cliënten.
- Dit vraagt om voldoende uitvoeringskracht bij gemeenten in termen van financiële middelen, personeelscapaciteit, specifieke expertise en ICT-capaciteit. Werknemers met de juiste expertise moeten migreren van zorgkantoren en zorgverzekeraars naar gemeenten. Gemeenten hebben immers geen ervaring met het inkopen van verpleging, behandeling en zorg met verblijf voor ouderen. Daarnaast dient ook de uitvoeringskracht in de rest van het brede gemeentelijke domein op orde te zijn.
- De schaalgrootte van de gemeente is een cruciaal aandachtspunt. Een deel van de gemeenten heeft onvoldoende schaal, specifieke expertise en onderhandelingsmacht om de ouderenzorg efficiënt te organiseren en in te kopen. Bovengemeentelijke en regionale samenwerking en taakdifferentiatie tussen gemeenten zijn noodzakelijk (gegeven de huidige indeling van gemeenten). Indien de gemeenten ook de wijkverpleging als verantwoordelijkheid krijgen klemt dit aandachtspunt des te meer. Zeker voor variant C2 is het denkbaar dat de schaalgrootte van de gemiddelde gemeente door fusies of het aantal samenwerkingsverbanden moet worden vergroot. Dit onderwerp valt buiten de scope van dit rapport.
- De omvang van de gemeentebegroting zal sterk toenemen. Er is daarom een financieringssysteem nodig die gemeenten passend bekostigt voor hun taken, waarvan de omvang mede wordt bepaald door demografische factoren. Daarnaast dienen gemeenten de sterke toename van hun financiële risico's te kunnen managen.
- Gemeenten en zorgverzekeraars moeten samenwerken om Zvw-zorg, waaronder wijkverpleging in variant C1, en de zorg en ondersteuning waar de gemeente verantwoordelijk voor is goed op elkaar af te stemmen. Zij hebben daarvoor ook prikkels en mogelijkheden, maar de samenwerking kan belemmerd worden doordat zorgverzekeraars en gemeenten op een verschillende geografische schaal werken.

Juridische aspecten

- De Wlz, Zvw en Wmo, en de bijbehorende lagere regelgeving, moeten ingrijpend worden gewijzigd. Een relevant gegeven daarbij is dat de Wmo voorliggend is aan de Zvw. Mogelijk moeten ook de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) en de Wet marktordening gezondheidszorg worden gewijzigd.
- In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden welke zorginhoudelijke verschillen tussen de ouderenzorg enerzijds en de gehandicaptenzorg en de langdurige ggz anderzijds de (gedeeltelijke) overheveling naar de Zvw (variant C1) en/of Wmo (variant C1 en C2) rechtvaardigen.
- Voor variant C1 dient in de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving beargumenteerd worden dat ouderenzorg medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte, omdat de Zvw een particuliere schadeverzekering voor de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of van een verhoogd risico op een ziekte is. Ouderenzorg die niet medisch geïndiceerd is op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte kan geen onderdeel zijn van een ziektekostenverzekering. De

uitzondering van artikel 206 van de EU-richtlijn Solvabiliteit II geldt alleen voor ziektekostenverzekeringen als alternatief voor sociale zekerheid. Zie ook de tekst onder het kopje *Mogelijk gevolg voor het stelsel*.

- Er moet overgangsrecht worden geregeld voor de huidige Wlz-cliënten, indien er niet in een gelijkwaardig alternatief wordt voorzien. Dit geldt met name voor degenen die nu in een verpleeghuis verblijven. Hoewel de overheid een zorgplicht heeft, kent de invulling van het overgangsrecht een grote beoordelingsvrijheid. In de uitwerking van de maatregel en de bijpassende wetgeving moet duidelijk toegelicht worden dat en hoe rekening is gehouden met het overgangsrecht.
- Wlz-verzekerden kunnen in bepaalde situaties Wlz-zorg in de EU krijgen of een vergoeding ontvangen voor Wlz-zorg in het buitenland (exporteerbaarheid zorg). Dit recht vervalt voor zover de overgehevelde Wlz-zorg als voorziening worden ingeregeld.

Technische uitvoerbaarheid

Ter voorbereiding op de overheveling van taken dient onder andere te worden onderzocht:

- Wat de wettelijk verankerde kaders voor de ouderenzorg, waaronder de kwaliteit en de toegang tot verpleging en verzorging, tijdelijk verblijf en verpleeghuiszorg, moeten worden.
- Op welk gemeentelijk schaalniveau de voorzieningen voor de ouderenzorg het beste georganiseerd en ingekocht kunnen worden, en hoe het juiste schaalniveau kan worden georganiseerd.
- Of in variant C2 de gehele wijkverpleging van Zvw naar Wmo overgeheveld moet worden of dat dit ook gedeeltelijk kan, en hoe de afbakening dan juridisch en praktisch uitvoerbaar kan worden vormgegeven (bijvoorbeeld met een durcriterium). Daarbij is ook de positie van o.a. de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts van belang.
- Wat de effecten zijn voor de risicoverevening in de Zvw en in hoeverre het vereveningsmodel aangepast moet worden.
- Hoe het Wmo-toezicht aangepast moet worden, gegeven dat de gemeente ook medische taken gaat vervullen. In het verlengde hiervan zal ook specifiek moeten worden gekeken naar de reikwijdte van Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).
- In hoeverre het scheiden van wonen en zorg verder moet worden doorgevoerd.
- Hoe de exploitatie van zorggeschikte verpleegzorgplekken voldoende rendabel kan worden gemaakt.
- Hoe het regime van eigen betalingen moet worden aangepast in de Wmo en eventueel ook in de Zvw (variant C1), daarbij ook rekening houdend met juridische aspecten.
- Wat de effecten zijn op de administratieve lasten en in hoeverre inkoopprocedures door standaardisering doelmatiger kunnen worden gemaakt.
- Hoeveel Rijksmiddelen moeten worden overgeheveld, hoe deze worden verdeeld en welke uitkeringsvorm wordt gehanteerd. Daarbij dient ook de ongelijke verdeling van verpleeghuizen over gemeenten te worden betrokken.
- Hoe gemeenten hun veel grotere financiële risico's kunnen managen.
- Hoe wordt omgegaan met pgb's, aangezien de uitvoering daarvan in de Zvw en Wmo anders is dan in de Wlz.

Randvoorwaarden

Voldoende zorggeschikte woonruimte, waaronder in een geclusterde setting

- Ouderen die met beperkingen te maken krijgen hebben een passende woning nodig. De eigen woning kan hier vaak voor worden aangepast, maar dat is niet altijd het geval.
- Het leveren van zorg verspreid in de wijk is echter lastig doelmatig te organiseren. De doelmatigheid kan aanzienlijk worden verhoogd als mensen geclusterd wonen, doordat verblijfszorg kan worden voorkomen en bewoners elkaar kunnen helpen. Een aandachtspunt daarbij is dat de bouwkosten van geclusterde verpleegzorgplekken hoger kunnen zijn dan met huurinkomsten valt terug te verdienen.
- Door hun taken op het gebied van wonen en huisvesting, het sociale domein, het fysieke domein en zorg en ondersteuning in samenhang te beschouwen en uit te voeren, verkeren

gemeenten in een goede positie om samen met zorgaanbieders en woningcorporaties een geschakeerd aanbod van zorggeschikte woonruimte en sociale basisvoorzieningen in de wijk voor kwetsbare ouderen te realiseren. Hierbij zijn gemeenten afhankelijk van andere beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening, stikstofbeleid en capaciteit in de bouw.

Adequate eerstelijnszorg in de wijk

- De toename van het aantal ouderen dat thuis in de wijk (al dan niet in een kleinschalige woonvorm) woont vraagt om voldoende zorgprofessionals en een sterke (organisatie van de) eerstelijnszorg. Een goede samenwerking en afstemming (o.a. regiebehandelaarschap) tussen huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde en structurele bekostiging van afstemming en coördinatie in de eerstelijnszorg zijn hiervoor noodzakelijk.
- Het vestigingsbeleid van kleinschalige woonvormen in de wijk moet nauw afgestemd worden met de beschikbare eerstelijnszorg in de wijk.

Financiële effecten

- Het budgettaire effect en het doelmatigheidseffect van de stelselherziening zijn lastig te kwantificeren en vergen nader onderzoek. De stelselwijziging gaat gepaard met zeer grote verschuivingen in financieringsstromen binnen de collectieve sector.
- De wijziging van het stelsel gaat gepaard met transitiekosten; deze zijn groter voor variant C2.
- De beheerskosten kunnen structureel toenemen, omdat er in principe veel meer verschillende inkopers zijn dan onder de Wlz. De mate waarin dit gebeurt is echter ook afhankelijk van keuzes ten aanzien van de schaalgrootte van zorg en ondersteuning.
- Op langere termijn creëert de positionering van de ouderenzorg in één domein of twee domeinen naar verwachting doelmatigheidswinst vanwege een meer integrale aanpak van problemen, meer preventie van zware langdurige zorg, een meer kostenbewuste inkoop en een groter beroep op informele zorg. De positionering in één domein heeft potentieel een grotere doelmatigheidswinst.

Overige effecten

Toegankelijkheid en kwaliteit

- De beleidsvrijheid van de gemeenten (binnen wettelijke grenzen) leidt tot verschillen tussen gemeenten qua toegang/indicatie, zorgaanbod, kwaliteit en tarieven.
- Een grotere samenhang tussen verzorging, verpleging en ondersteuning in de wijk kan de (ervaren) kwaliteit van leven vergroten.
- Een stelselwijziging is ingrijpend en vergt aanpassing van zorgaanbieders en -vragers. Vooral in de transitiefase kan daarom een wijziging van het stelsel gepaard gaan met minder zorg en/of lagere kwaliteit van zorg.

Mogelijk gevolg voor het stelsel

De zorgverzekering is een ziektekostenverzekering in de vorm van een private schadeverzekering die onder de reikwijdte van de EU-richtlijn Solvabiliteit II valt. Een ziektekostenverzekering dekt de kosten van medisch geïndiceerde zorg op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Die randvoorwaarde beperkt de mogelijkheid om ouderenzorg naar de Zvw over te hevelen. Ouderenzorg is meer gericht op welzijn en wonen en past daardoor minder goed in de Zvw. Omdat de zorgverzekering een dekking geeft voor gezondheidsrisico's zijn de mogelijkheden tot uitbreiding van het verzekerde pakket ten aanzien van sociale motieven beperkt. In dit verband is van belang dat de zorgverzekering een ziektekostenverzekering in de zin van de EU-richtlijn Solvabiliteit II is. Als dat karakter aan de zorgverzekering zou ontvallen, dan heeft Nederland geen grondslag meer voor de regelingen van de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, het te verzekeren Zvw-basispakket en de regelingen voor het verplicht en vrijwillig eigen risico. Onderzocht moet worden of kosten die samenhangen de aanspraak op verblijf vanwege de doelmatigheidsgrens wel ten volledig laste van de Zvw kunnen komen, gezien het vereiste van medische indicatie op grond van een ziekte of een verhoogd risico op een ziekte. Voor de

aanspraak op verblijf op grond van medisch inhoudelijke noodzaak moet dit ook worden gezien, maar hierbij is het aannemelijk dat deze kosten als Zvw-zorg aangemerkt kunnen worden.

Impact op het sociale netwerk

De maatregel betekent een groter beroep op het sociale netwerk van burgers. Er zullen meer mantelzorgers en vrijwilligers nodig zijn en deze zullen meer ondersteuning vanuit de Wmo nodig hebben. Het voorkomen van overbelasting van het sociale netwerk is een belangrijk aandachtspunt. Het grotere beroep op informele zorgverleners kan negatieve effecten hebben op hun kwaliteit van leven en de arbeidsmarkt(schaarste) indien werkende mensen door overbelasting uitvallen of besluiten minder uren te gaan werken.

Eigen betalingen

- De variant betreft een overheveling naar wetten waarin de eigen betalingen relatief laag zijn (eigen risico Zvw, geen eigen bijdrage wijkverpleging en abonnementstarief Wmo). Het overplanten van het Wlz-regime van inkomensafhankelijke bijdragen naar Zvw en Wmo is denkbaar, maar creëert zeker in de Zvw uitdagingen qua uitvoerbaarheid en juridische complicaties vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw. De Wmo heeft in het verleden een inkomensafhankelijke eigen bijdrage gekend en het uitgaande kabinet heeft voorgesteld die weer per 2026 in te voeren. De budgettaire gevolgen daarvan zijn reeds ingeboekt in de VWS-begroting.

12. Eigen betalingen curatieve zorg

Omschrijving

Deze variant beschrijft hoe via een verhoging van het verplicht eigen risico en een andere systematiek van het verplicht eigen risico het remgeldeffect op de zorguitgaven vergroot kan worden. In het huidige basispad wordt ervan uitgegaan dat het eigen risico per 2026 weer meestijgt met de stijging van de zorguitgaven in de Zvw. Het remgeldeffect wat hiervan uitgaat draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Sinds 2018 is het eigen risico bevroren op € 385. Deze maatregel beschrijft de effecten van het verhogen van het eigen risico om de misgelopen indexatie sinds 2018 in te halen. Op basis van de huidige inschattingen gaat het om een aanvullende verhoging van € 150 in 2026 boven op de indexatie van dat jaar.

Er kan een wens zijn om de effecten van het verhogen van het eigen risico te verzachten voor specifieke groepen. De zorgtoeslag biedt een compensatie voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico. De zorgtoeslag compenseert echter niet het gehele eigen risico. Daardoor kunnen mensen die zorgtoeslag ontvangen en het verhoogde eigen risico volmaken er per saldo op achteruit gaan. Voor de lage en middeninkomens kan via een aanvullende verhoging van de zorgtoeslag compensatie geboden worden. Daarnaast kan ook gekeken worden naar het bredere palet van koopkrachtinstrumenten om de effecten van deze maatregel te verzachten voor specifieke groepen.

Er zijn ook maatregelen die ervoor zorgen dat mensen niet in een keer hun volledige eigen risico hoeven te betalen én het remgeldeffect vergroten. Bij een gegeven maximum van het eigen risico kan voor een andere systematiek gekozen worden om zo het remgeldeffect te vergroten (doordat verzekerden minder vaak hun eigen risico in één keer volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn). Hiervoor zijn grosso modo drie mogelijkheden:

- A. Het invoeren van een maximum van € 150 per prestatie voor medisch-specialistische zorg (conform de maatregel die controversieel is verklaard), waarbij het maximum wordt geïndexeerd met de stijging in de zorguitgaven;
- B. Het invoeren van een procentueel eigen risico van 50% van de zorgkosten voor alle zorg onder het eigen risico; waarbij er een maximaal eigen risico is.
- C. Een two-tier eigen risico voor alle zorg onder het eigen risico, waarbij over het eerste deel van de zorgkosten tot € 300 100% eigen risico wordt betaald en daarna over de zorgkosten tot € 680 25% eigen risico wordt betaald.

Daarbij blijven dezelfde zorgvormen onder het eigen risico vallen en volgens de huidige systematiek blijven jongeren van 18- uitgezonderd van het eigen risico.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het eigen risico is een belangrijk instrument om de zorgvraag te beperken in de Zvw. Het eigen risico kent twee doelen. Enerzijds medefinanciering aan de collectieve zorguitgaven en daarnaast het vergroten van het kostenbewustzijn van zorggebruikers en daarmee zorgkosten te besparen (remgeldeffect). In de wet is vastgelegd dat de hoogte van het eigen risico meestijgt met de ontwikkeling van de zorguitgaven. Op die wijze blijft het aandeel wat mensen aan eigen risico uitgeven ten opzichte van de totale zorguitgaven ongeveer gelijk. Van 2018 tot en met 2025 is het eigen risico echter bevroren op € 385. Dat betekent dat over deze jaren indexatie van het eigen risico niet is doorgedaan en daarmee er naar verhouding minder aan eigen risico wordt uitgegeven in de Zvw. Ook in internationaal perspectief zijn de eigen betalingen laag.

Uitvoerbaarheid

- Het verhogen van het verplicht eigen risico vraagt om een wetswijziging. De opties A tot en met C kunnen via een AMvB worden ingevoerd. Voor een ingrijpende wijziging van het eigen risico wordt minstens twee jaar gerekend. Het aanpassen van de hoogte van het eigen risico duurt een of twee jaar afhankelijk of het een kleine of grote aanpassing betreft.

- De maatregel kan zelfstandig worden doorgevoerd door de overheid. Het heeft echter wel gevolgen voor de uitvoering door zorgverzekeraars (denk bijvoorbeeld aan een aanpassing van de ICT-systemen en het informeren van verzekerden). Dit brengt beheerskosten met zich mee voor zorgverzekeraars (die zullen worden gefinancierd via de premie) en zij hebben tijd nodig voor de aanpassingen.

Financiële effecten

Een aanpassing van het eigen risico heeft naar verwachting twee effecten. Ten eerste wordt een verandering van de opbrengsten van het eigen risico verwacht. Dit is een financieringseffect: hogere opbrengsten van het eigen risico leiden tot lagere collectief te financieren uitgaven en lagere opbrengsten eigen risico tot hogere collectief te financieren uitgaven. Ten tweede wordt een remgeldeffect door een verandering in het eigen risico verwacht. Het zorggebruik neemt naar verwachting af.

Bij het verhogen van het eigen risico gaan verzekerden een groter gedeelte van hun zorgkosten zelf betalen. Daarnaast geldt een remgeldeffect. Bij maatregel A en B gaat niemand meer eigen risico betalen en zal een deel van de verzekerden minder eigen risico betalen. Tegelijkertijd wordt het remgeldeffect verlengd, doordat verzekerden niet na één dure behandeling hun volledige eigen risico volmaken. Bij optie C blijven verzekerden gemiddelde genomen hetzelfde betalen, maar worden deze kosten wel anders verdeeld over de verzekerden (verzekerden met meer zorgkosten gaan meer betalen).

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	EIGEN RISICO OPBRENGSTEN (+ IS LAGERE OPBRENGST)	ZORGUITGAVEN (+ IS HOGERE UITGAVEN)	TOTAAL NETTO ZORGUITGAVEN (+ IS HOGERE NETTO UITGAVEN)
Inlopen indexering/verhogen eigen risico	-930	-1.050	-1.980
Optie A: invoeren EB van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg	+118	-318	-200
Optie B: invoeren procentueel eigen risico van 50% (ZiK 561c)	+460	-400	+60
Optie C: invoeren two-tier systeem (Zwitserse systeem) waarbij een ER van 100% geldt over de eerste € 300 en 25% over het bedrag tot € 680 (ZiK 57)	0	-95	-95

**In de berekening hierboven is geen rekening gehouden met interacties tussen maatregelen. Maatregelen A-C kennen qua opbrengst een interactie het verhogen van het eigen risico.*

*** In de berekening van maatregelen A-C is geen rekening gehouden met de verhoging van het eigen risico door indexering. Dit omdat de cijfers gebaseerd zijn op ZiK, waar geen rekening is gehouden met de indexatie van het eigen risico of op basis van het coalitieakkoord waarin rekening werd gehouden met een bevrozing van het eigen risico. Dit zorgt voor een afwijkende opbrengst wanneer deze maatregel wordt genomen in combinatie met het indexeren of verhogen van het eigen risico.*

De tabel toont de verwachte besparingen/opbrengsten van de maatregelen, maar houdt geen rekening met de tranchering van het eigen risico dat al in het basispad verwerkt is. Maatregel A was onderdeel van het coalitieakkoord uit 2022, is vanaf 2025 ook in de begrotingsstanden verwerkt, maar is in aanloop naar de verkiezingen van 2024 controversieel verklaard. Wanneer maatregel A genomen wordt door een nieuw Kabinet leidt dat niet tot aanvullende opbrengsten, wanneer deze maatregel niet genomen wordt leidt dat tot een structureel besparingsverlies van € 200 miljoen. Wanneer gekozen wordt voor optie B of C leidt dat tot een structureel besparingsverlies van respectievelijk € 260 miljoen en € 105 miljoen ten opzichte van de al ingeboekte maatregel.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Inlopen indexering/ verhogen eigen risico	0	0	-1.980	-2.050	-2.050	-
Optie A	0	-200	-200	-200	-200	2027
Optie B	0	60	60	60	60	2026
Optie C	0	-95	-95	-95	-95	2026

Overige effecten

Het verhogen van het eigen risico draagt bij aan de kostenbeheersing van de zorguitgaven, maar heeft ook gevolgen voor de individuele betaalbaarheid van de zorg. Dit kan met name voor groepen met een lager inkomen tot zorgen leiden, waarbij mijding van noodzakelijke zorg een risico is. Op het terrein van de Zvw zijn de nominale premie en het eigen risico de belangrijkste directe uitgaven van verzekerden. Deze twee betalingen zijn communicerende vaten: een verhoging van het eigen risico leidt tot een lagere premie en een verlaging van het eigen risico tot een hogere premie. Om de zorg ook voor lagere inkomens betaalbaar te houden is er een zorgtoeslag. Hierdoor wordt een verhoging van het eigen risico (deels) gecompenseerd voor lagere inkomens, wat de betaalbaarheid ten goede komt. Eventueel kan via de zorgtoeslag een aanvullende verhoging worden geïntroduceerd om een verhoging van het eigen risico extra te compenseren. Het is dus van belang om de verhoging van het eigen risico te bezien in samenhang met eventuele maatregelen op de zorgtoeslag of nominale premie.

Naast het eigen risico zijn er ook andere eigen betalingen in de zorg en andere zorguitgaven die mensen zelf betalen. Een verhoging van het eigen risico moet dan ook bezien worden in het geheel van de eigen betalingen en de stapeling van eigen betalingen. Het CBS heeft recentelijk op verzoek van VWS de monitor eigen betalingen uitgebracht.⁹¹ Daaruit blijkt ongeveer 80% van de verzekerden die eigen risico betaalt, daarnaast geen andere eigen betaling heeft. Voor de overige 20% stapelt het eigen risico wel met andere eigen betalingen. Daarnaast kunnen de eigen betalingen ook op huishoudniveau stapelen.

⁹¹ CBS (2023), *Steeds meer mensen met stapeling verplichte eigen betalingen zorgkosten*.

13. Pakketmaatregelen curatieve zorg

Omschrijving

De overheid kiest voor het aanpassen van het collectief verzekerde pakket op middellange termijn om de uitgaven en de druk op het zorgpersoneel te verminderen. Om dit te bereiken kiest de overheid voor een andere invulling van de pakketcriteria. In variant a) vraagt het kabinet aan het Zorginstituut om te komen tot een aangepaste invulling van pakketcriteria. In variant b) geven het kabinet en het parlement nadere invulling aan pakketcriteria in wet- en regelgeving.

Het kabinet en parlement zijn verantwoordelijk voor de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. De huidige route als zij het pakket willen aanpassen, is met een besluit over zorgvormen. Het kabinet vraagt advies aan het Zorginstituut over de pakketwaardigheid van bepaalde zorgvormen. Het Zorginstituut toetst deze zorgvormen aan de pakketcriteria. Het criterium effectiviteit is een 'knock-out': zorg die niet effectief is valt buiten het pakket. Het Zorginstituut maakt voor haar advies een integrale weging van de overige pakketcriteria: noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Het kabinet en parlement nemen uiteindelijk een besluit op basis van dit advies, waarbij zij beredeneerd van het advies kunnen afwijken.

Met de varianten in dit fiche gaan het kabinet en parlement actief sturen op de invulling van de pakketcriteria. De pakketcriteria zijn in essentie maatschappelijke normen voor welke zorg de overheid collectief wil verzekeren. Deze criteria zijn op dit moment niet nader ingevuld in wet- en regelgeving. Er is bijvoorbeeld geen wet- of regelgeving die voorschrijft hoe kosteneffectief zorg minimaal moet zijn om collectief verzekerd te worden. In de huidige werkwijze vult het Zorginstituut deze maatschappelijke normen nader in ten behoeve van haar advisering.

Variant a) Verzoek aan het Zorginstituut om pakketcriteria anders in te vullen

Het kabinet vraagt het Zorginstituut te komen tot een aangepaste invulling van één of meer pakketcriteria. Hierbij specificeert het kabinet de beleidswens die leidend moet zijn, bijvoorbeeld om een bepaalde beperking van de groei van de zorguitgaven te realiseren of om de druk op zorgpersoneel in een bepaalde mate te verminderen. Vervolgens vraagt het kabinet het Zorginstituut gefaseerd advies uit te brengen over zorg die mogelijk niet (meer) voldoet aan de aangepaste invulling van deze pakketcriteria. Het verschil met de huidige werkwijze is dus dat het kabinet kiest over een invulling van de pakketcriteria, in plaats van deze als gegeven te beschouwen.

Het Zorginstituut behoudt de mogelijkheid om de pakketcriteria integraal te wegen, met de bestaande uitzondering van het criterium effectiviteit. Het blijft bijvoorbeeld mogelijk om positief te adviseren over niet-kosteneffectieve zorg, wanneer er vanuit noodzakelijkheid zwaarwegende redenen zijn om de zorg toch te verzekeren. Het kabinet en parlement behouden dezelfde mogelijkheid om af te wijken van de adviezen van het Zorginstituut.

Variant b) Invullen van pakketcriteria in wet- of regelgeving

Het kabinet en parlement vullen pakketcriteria in met specifieke normen in wet- of regelgeving. Het kan bijvoorbeeld gaan om een norm voor de minimale kosteneffectiviteit van zorg. Het kabinet en parlement kunnen deze norm vervolgens aanpassen om te sturen op aanpassing van het verzekerde pakket. De concretisering naar specifieke pakketmaatregelen gebeurt zoals in de huidige werkwijze: het Zorginstituut wordt gevraagd om te adviseren over aanpassing van het verzekerde pakket op basis van de ingevulde pakketcriteria.

In deze variant moet de overheid kiezen voor al dan niet vastleggen van de gekozen pakketcriteria als 'knock-out' criterium. Het vastleggen van knock-out criteria beperkt de mogelijkheid van het Zorginstituut om te adviseren op basis van integrale afweging. Zorg die niet voldoet is per definitie niet verzekerd. Hierbij is geen besluitvorming van de minister nodig. Bij knock-out-criteria bepaalt het Zorginstituut eigenstandig of een zorgvorm al dan niet wordt vergoed uit het pakket. Als de politiek toch wil afwijken vraagt dit aanpassing van de norm in wet- of regelgeving. Als minder vergaand alternatief kan worden vastgelegd dat beredeneert van de norm kan worden afgeweken.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel van deze maatregel is om actieve politieke keuzes te maken over de inhoud en omvang van het verzekerde pakket. Het pakketbeheer is een beheersinstrument binnen het gekozen stelsel, maar ingrepen in het verzekerde pakket komen weinig voor. De overheid stuurt momenteel op de inhoud en omvang van het verzekerde pakket door te besluiten over de opname of uitsluiting van 1 specifieke zorgvormen (bijvoorbeeld bij geneesmiddelen) of 2 hele zorgvormen (prestaties, bijvoorbeeld bij fysiotherapie en mondzorg). De overheid heeft in veel gevallen te weinig informatie over het verzekerde pakket om op voorhand zorg aan te wijzen die niet voldoet aan een veranderde maatschappelijke norm. Het aanpassen van de pakketcriteria biedt de overheid de mogelijkheid om op het niveau van de norm te sturen en de inhoud en omvang van het verzekerde pakket hier gefaseerd op aan te passen.

Uitvoerbaarheid

- Het uitgaande kabinet heeft als onderdeel van het traject 'Verbeteren en verbreden toets basispakket' (VVTB) aan het Zorginstituut gevraagd om nadere kaders op te stellen voor noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Daarnaast worden de elementen 'duurzaamheid' en 'arbeidsinzet' toegevoegd aan de integrale weging. De maatregelen gaan ervan uit dat deze inzet wordt gerealiseerd. Op dit moment adviseert een onafhankelijke commissie bij het Zorginstituut over de uitvoering van de genoemde beleidsvoornemens. De maatregel wijzigt de rol van de partijen in het stelsel met betrekking tot het pakketbeheer. Deze wijziging is in aanvulling op de wijziging van rollen die wordt voorzien als deel van VVTB.
- Het kabinet besluit uiterlijk in februari van het jaar t-1 tot een specifieke aanpassing van het verzekerde pakket. Dit is ten behoeve van de noodzakelijke tijd voor parlementaire behandeling en voorbereiding van de uitvoering door aanbieders en verzekeraars.
- De uitvoeringstijd van adviezen door het Zorginstituut over specifieke zorgvormen is afhankelijk van de capaciteit van het Zorginstituut en de adviesaanvraag. Als het kabinet een concreet, afgebakend advies vraagt is minimaal één jaar doorlooptijd nodig. Als de adviesaanvraag abstracter of breder is, is de doorlooptijd langer.
- Aanpassing van het verzekerde pakket kan invloed hebben op de tarieven die de verzekeraars en de NZa stellen voor zorg die in het verzekerde pakket blijft, bijvoorbeeld omdat de gemiddelde zorgzwaarte wijzigt of delen van prestaties uitstromen.
- Publieksinformatie is nodig om de uitstroom van zorg op verantwoorde wijze plaats te laten vinden. Dit is vooral belangrijk waar het gaat om uitstroom op grond van noodzakelijkheid of kosteneffectiviteit, maar ook van belang om bij niet-effectieve zorg patiënten en behandelaren uit te leggen waarom zorg niet langer onderdeel van het verzekerde pakket uitmaakt.

Variant a) Verzoek aan het Zorginstituut om pakketcriteria anders in te vullen

- Deze variant is uitvoerbaar binnen bestaande wet- en regelgeving. Het kabinet kan het Zorginstituut vragen om adviezen over het pakket en heeft de mogelijkheid om randvoorwaarden te stellen aan de adviesaanvraag.
- Het Zorginstituut wordt gevraagd om een traject te doorlopen om te komen tot één of meer aangepaste pakketcriteria. In combinatie met het daarop volgende advies over specifieke zorgvormen is de uitvoeringstijd daarmee minstens twee jaar. Dit kan langer zijn als de gevraagde aanpassing complexer blijkt.
- Het uitgangspunt is dat het Zorginstituut de aangepaste criteria op een consistente manier toepast. Wanneer het kabinet de gevolgen van de aanpassing wenst te beperken, moet dit worden benoemd en gemotiveerd. Dat betekent bijvoorbeeld dat als het kabinet vaststelt om een bepaald bedrag te concretiseren voor noodzakelijk te verzekeren zorg, het kan kiezen om expliciet te maken dat dit niet geldt voor zaken die ooit uit het pakket zijn gehaald op grond van dit criterium. Hiermee kan dan worden voorkomen dat bijvoorbeeld zorg die eerder op grond van dit criterium is uitgestroomd, zoals mondzorg of anticonceptie, onbedoeld weer als pakketwaardig zou worden beoordeeld.

Variante b): Invullen van pakketcriteria in wet- of regelgeving

- Deze variant vraagt om aanpassing van wet- of regelgeving. Het criterium kan worden ingevuld als 'knock-out' criterium. Indien de wens is geen 'knock-out' criterium vast te leggen, moet een afwijkmogelijkheid worden vastgelegd in het Besluit Zorgverzekering.
- Voor het vastleggen of aanpassen van de norm kan het Zorginstituut worden gevraagd te adviseren over de verwachte gevolgen, waaronder uitvoeringsgevolgen.
- Voor het aanpassen van wet- en regelgeving wordt uitgegaan van twee jaar. Vervolgens wordt het Zorginstituut gevraagd te adviseren over specifieke zorgvormen. In totaal is de uitvoeringstijd daarmee minstens drie jaar.

Financiële effecten

De financiële effecten zijn afhankelijk van de aanpassing. In het tekstkader onder dit fiche worden drie voorbeelden geschetst van mogelijke aanpassingen.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid tot zorg die in- of uitstroomt in het verzekerde pakket wordt verminderd, omdat gebruikers deze zorg voor eigen rekening moeten aanschaffen of niet meer gebruiken. Zoals benoemd in de probleemanalyse, is een reële mogelijkheid dat het zorgaanbod op korte en middellange termijn achterblijft op de zorgvraag, door het ontbreken van voldoende personeel om het zorgaanbod te organiseren. In deze situatie kan het inperken van het verzekerde pakket leiden tot verbeterde toegankelijkheid van zorg die nog wel wordt verzekerd. Echter, een effect kan ook zijn dat het beschikbare personeel een deel van de zorg die uit het collectieve pakket valt verleent aan patiënten die daar via eigen middelen of een aanvullende verzekering voor betalen.

Betaalbaarheid, kwaliteit en arbeidsmarkt

De beperking van het pakket leidt in eerste orde tot lagere collectieve zorguitgaven en een lager beslag op zorgpersoneel. De private zorguitgaven kunnen stijgen. Het risico bestaat dat de extra particuliere kosten neerkomen bij mensen die een kwetsbare gezondheid/situatie hebben. Ook kan het gedeeltelijk uitsluiten van zorg uit het verzekerde pakket leiden tot een hogere (ervaren) complexiteit van het zorgstelsel door zowel de patiënt als de zorgverlener.

De tweede orde gevolgen zijn sterk afhankelijk van de specifieke zorg. Het verminderen van de toegang tot zorg kan gevolgen hebben voor de (ervaren) kwaliteit van leven en gezondheidsverschillen vergroten. Er kan een verschuiving ontstaan naar andere behandel mogelijkheden die nog wel binnen het verzekerde pakket vallen, maar bijvoorbeeld minder effectief zijn. Deze verschuiving kan het effect op de collectieve zorguitgaven beperken of tenietdoen.⁹² Het pakketadvies van het Zorginstituut dient inzicht te geven in de verwachte effecten. Dit moet dan wel specifiek door het kabinet aan het Zorginstituut worden aangevraagd.

Voorbeelden van pakketmaatregelen

In dit tekstkader worden drie voorbeelden geschetst van aanpassingen van de invulling van pakketcriteria. Hierbij wordt het verwachte financiële gevolg genoemd en eventuele specifieke aandachtspunten, in aanvulling op de beschreven algemene aandachtspunten en overige effecten.

Voorbeeld 1: Aanpassen noodzakelijk te verzekeren zorg binnen zelfzorgmiddelen
Het pakketcriterium noodzakelijkheid bevat onder andere het criterium 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Dit deelcriterium gaat kort gezegd over de vraag of een inwoner bepaalde zorgkosten zelf kan dragen of dat deze collectief verzekerd dient te worden. Hiervoor wordt onder andere gekeken naar de vraag of uitgaven voorzienbaar zijn, of het kosten zijn die gebruikelijk zijn om privaat te dragen en de omvang van de kosten. Paracetamol valt op grond van dit criterium bijvoorbeeld

⁹² Zorginstituut Nederland, 9 mei 2022, Aanvullend pakketadvies Vitamine D.

buiten het verzekerde pakket: het gaat om effectieve en kosteneffectieve zorg, maar het is niet noodzakelijk de kosten te verzekeren. Het uitgaande kabinet heeft het Zorginstituut gevraagd een afwegingskader op te stellen voor het criterium noodzakelijk te verzekeren zorg en op basis van dit kader te adviseren over de pakketwaardigheid van een aantal zelfzorggeneesmiddelen. Het kabinet kan als voorbeeld voor variant a) het Zorginstituut verzoeken om in het kader van het noodzakelijkheids criterium een advies uit te brengen over een deel van de zorg, waarbij het kabinet politiek aangeeft hogere private zorgkosten te willen accepteren voordat zorg wordt gezien als noodzakelijk te verzekeren. Het kabinet kan ook als kader meegeven dat de aanpassing moet leiden tot een daling van de collectieve uitgaven met ten minste een bepaald bedrag. Het kabinet specificeert desgewenst ook welke zorg als eerst onderzocht moet worden met het aangepaste criterium. Zo kan zij bijvoorbeeld opnieuw advies vragen over de pakketwaardigheid van zelfzorggeneesmiddelen binnen het aangepaste afwegingskader.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Voorbeeld 1	0	0	-13,4	-25	-55	2030

De kwantificering is een extrapolatie van het besluit om vitamine D niet langer te verzekeren. In mei 2022 heeft de minister van VWS het advies van het Zorginstituut overgenomen om alle middelen met colecalfierol uit het verzekerde pakket te schrappen. Vitamine D is in de vrije verkoop verkrijgbaar vanaf € 7,30 per persoon per jaar (prijsniveau 2020). Vitamine D op recept kost gemiddeld € 79 per persoon per jaar, waarvan ongeveer de helft terhandstellingskosten. Het schrappen van vitamine D leverde een structurele besparing op van € 129 miljoen.

In deze kwantificering wordt een harde financiële grens in het kader noodzakelijk te verzekeren zorg toegevoegd. Dit betekent dat zorg niet meer als noodzakelijk te verzekeren zorg wordt gezien, wanneer de kosten op jaarlijkse basis per persoon onder deze grens vallen. In dit voorbeeld is met forfaitaire grenzen van € 9 en € 12 gerekend voor de private kosten. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de verhouding tussen de huidige collectieve kosten en de kosten van middelen in de vrije verkoop vergelijkbaar zijn met vitamine D. Hierbij is voor bepaalde zelfzorgmiddelen⁹³ gekozen, omdat deze middelen ook in de vrije verkoop verkrijgbaar zijn.

Indien een ondergrens van € 9 op jaarbasis per persoon voor privaat te dragen kosten wordt gehanteerd, leidt dit tot een besparing van € 29,5 miljoen. Hierbij wordt aangenomen dat alle genoemde zelfzorgmiddelen, met uitzondering van de maagmiddelen, uit het verzekerde pakket stromen. Indien een grens van € 12 per persoon per jaar wordt gehanteerd, stromen naar verwachting ook de maagmiddelen uit het verzekerde pakket. Dit levert een additionele besparing van zo'n € 24,8 miljoen op. Daarmee wordt de totale besparing op ruim € 54,3 miljoen geschat.

Voorbeeld 2: Kosteneffectiviteitsnorm verlagen naar 70.000 euro

Het pakketcriterium 'kosteneffectiviteit' heeft betrekking op de verhouding tussen de kosten van zorg en het gezondheidseffect. Dit criterium weerspiegelt de maatschappelijke wens om schaarse middelen in te zetten om een zo groot mogelijk gezondheidseffect te bereiken. Het Zorginstituut heeft dit criterium nader ingevuld met een verhouding van uitgaven ten opzichte van de levensjaren in goede gezondheid die de betreffende zorg moet opleveren (Quality Adjusted Life Years; QALY).

Het uitgaande kabinet heeft het voornemen geformuleerd om kosteneffectiviteit te verankeren als wegingscriterium.⁹⁴ Een volgend kabinet kan als voorbeeld voor variant b) kiezen een QALY-norm in wet- of regelgeving vast te leggen en aan te passen, bijvoorbeeld wanneer stijgende zorgvraag ten opzichte van de beschikbare middelen om een scherpere afweging van de inzet van middelen

⁹³ Het betreft maagmiddelen, middelen bij obstipatie, codeïne, NSAID's, kunststranen en allergiemiddelen (oogdruppels, neusspray, antihistamine).

⁹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2022-2023, 29689-1200.

vragen. Het kabinet vraagt het Zorginstituut na het aanpassen van de norm advies over zorgvormen die mogelijk niet meer pakketwaardig zijn met de aangepaste norm, waarbij het kabinet kan specificeren bij welke zorg te beginnen. Indien het kabinet nog een stap verder wil gaan, kan zij kiezen om de kosteneffectiviteit als knock-out-criterium te labelen. Hierbij is zowel nieuwe als bestaande zorg die niet kosteneffectief is, bij voorbaat geen onderdeel meer van het vergoede pakket.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Voorbeeld 2	0	0	0	0	-270	2042

De kwantificering is gestoeld op beleidsmaatregel 6 uit de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen.⁹⁵ Hierbij is geen rekening gehouden met mogelijke interactie met de volledige implementatie van het traject 'Verbeteren en verbieden toets basispakket' (VVTB), die kan leiden tot afname van het aandeel niet-kosteneffectieve zorg in het verzekerde pakket. Een belangrijke kanttekening is dat er op dit moment zeer weinig bekend is over de kosteneffectiviteit van bestaande behandelingen. De kwantificering betreft een grove schatting van het effect van harde norm voor een behandeling van € 70.000 per QALY. Handhaving is noodzakelijk om het volledige besparingspotentieel te realiseren.

Voor het budgettaire effect van een toets op kosteneffectiviteit is in de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen het POINT 1.0-model gehanteerd van Radboud Universiteit. Dit model ziet op de verdringingseffecten van zowel nieuwe als bestaande zorg. Er is gekozen voor de norm van € 70.000 per QALY omdat het model dat gebruikt is voor de berekening geen besparing laat zien van een grens van bv € 80.000 per QALY, de grens die momenteel al bij extramurale geneesmiddelen gebruikt wordt. Het is een politieke keuze waar de budgettaire norm voor een behandeling per QALY gelegd wordt.

Het model schat dat voor elke € 73.600 die bespaard wordt, een QALY verdwijnt. Deze schatting bestaat waarschijnlijk uit een mix van zowel kosteneffectieve, als kosten-ineffectieve zorg (met relatief meer van de laatste soort). De aanname is dat de opbrengst van deze maatregel van dezelfde orde grootte zal zijn als wanneer enkel kosten-ineffectieve zorg wegvalt. Het model wordt in deze kwantificering toegepast op zowel de medisch-specialistische zorg als de overige sectoren. Hieruit volgt een grondslag voor 2024 van in totaal € 1.669 miljoen. Vervolgens wordt een afslag gedaan voor de mogelijke implementatie in de praktijk van normen over specifieke zorgvormen die voortkomen uit het handhaven van een kosteneffectiviteitsnorm. In navolging van de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen, wordt hiervoor verwezen naar de evaluatie van het Doelmatigheidsonderzoek van ZonMW. Hieruit blijkt dat ongeveer 40% van onderzoeksresultaten in een richtlijn landt. Vervolgens ligt de naleving van richtlijnen ook op ongeveer 40%. Met deze afslagen komt de totale besparing neer op € 267 miljoen.

Voorbeeld 3: ziektelastberekening

De ernst van een gezondheidsprobleem (ziektelast) wordt gebruikt om de kosteneffectiviteit van zorg te wegen. Hoe hoger de ziektelast van een aandoening, hoe hoger de bereidheid wordt verondersteld om collectief te betalen voor gezondheidswinst. Afhankelijk van de zwaarte van de ziektelast (licht, gemiddeld of zwaar) wordt een andere norm gehanteerd voor de minimale kosteneffectiviteit. Voor een lichte aandoening moet zorg zeer kosteneffectief zijn, terwijl zorg voor een zware aandoening meer mag kosten voor een gegeven gezondheidswinst. De gedachte is dat om aanspraak op solidariteit te kunnen maken, er sprake moet zijn van een bepaalde ernst van de aandoening.

Het Zorginstituut vult de genoemde norm voor ziektelast momenteel nader in met de 'proportional shortfall' methode⁹⁶. Dit betekent dat een aandoening ernstiger is naarmate deze ten koste gaat

⁹⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2019-2020, 32359-4.

⁹⁶ Zorginstituut Nederland (2018), 'Ziektelast in de praktijk: de theorie en praktijk van het berekenen van ziektelast bij pakketbeoordelingen'.

van een groter aandeel van de toekomstige gezonde levensjaren. Eén gezond levensjaar voor iemand die nog twee jaar te leven heeft, telt hierbij even zwaar als twintig gezonde levensjaren voor iemand die nog veertig jaar te leven heeft. Een alternatieve methode is 'absolute shortfall', waarbij wordt gekeken naar de totale gewonnen gezonde levensjaren. In deze methode weegt één gezond levensjaar even zwaar voor iedereen, ongeacht hoeveel jaar de persoon heeft te leven. Deze methoden gaan uit van verschillende rechtvaardigheidsopvattingen en leiden tot andere prioritering van mensen en middelen in de zorg. De huidige norm geeft daarmee relatief veel gewicht aan zorg voor mensen met een aandoening met lage levensverwachting, terwijl de alternatieve norm prioriteit geeft aan zorg voor aandoeningen waar relatief veel levensjaren in goede gezondheid te winnen zijn.

Het is een fundamenteel politieke keuze welke norm als rechtvaardig wordt gezien. Momenteel wordt deze keuze aan het Zorginstituut gelaten. Als voorbeeld voor route b) kan een toekomstig kabinet kiezen deze norm zelf te stellen, door deze vast te leggen in wet- of regelgeving. Het kabinet kan het Zorginstituut vervolgens vragen om te adviseren over zorg die mogelijk niet meer pakketwaardig is met de aangepaste norm, waarbij het kabinet kan specificeren bij welke zorg te beginnen. Voor dit voorbeeld is geen kwantificering beschikbaar. Desgewenst kan het kabinet vooraf advies vragen aan het Zorginstituut over de verwachte gevolgen.

14. Versterken informatiepositie zorgverzekeraars

Omschrijving

Door de informatiepositie van zorgverzekeraars te versterken, kunnen zij via hun inkoopbeleid sterker sturen op de implementatie van niet passende zorg binnen de medisch-specialistische zorg. Om dit te bereiken moet er binnen de kaders van de AVG een verplichting voor zorgaanbieders ontstaan om bij de declaratie van zorgproducten waar nodig specifieke informatie te verstrekken aan de zorgverzekeraar over de diagnose en indicatie, alsook over de geleverde zorgvorm. Deze informatie is alleen beschikbaar voor de verzekeraar bij wie de declaratie wordt ingediend en mag alleen worden verwerkt met het doel van het uitvoeren van doelmatig- en rechtmatigheidscontroles en het verstrekken van spiegelinformatie ter ondersteuning van de totstandkoming en monitoring van contractafspraken over passende zorg.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Passende zorg staat centraal in het Integraal Zorgakkoord. Het vermogen van individuele verzekeraars om te sturen op passende zorg kan bevorderd worden door de informatiepositie van zorgverzekeraars te versterken. Van zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij voor hun verzekerden effectieve, kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en dat zij hun inkoopbeleid inzetten om afspraken te maken met aanbieders over mogelijke verbeteringen in de kwaliteit en doelmatigheid. Voor een zorgverzekeraar is de vraag of er sprake is van passende zorg nu vaak niet te beantwoorden. Het is voor verzekeraars op basis van de huidige informatie niet te beoordelen of een patiënt behoort tot de groep die baat heeft bij de behandeling. Hoewel zorgverzekeraars op basis van openbaar beschikbare informatie inzichtelijk kunnen maken in hoeverre aanbieders patiënten met vergelijkbare aandoeningen verschillende behandelingen aanbieden, hebben zij onvoldoende inzicht in de achterliggende casemixvariatie om te kunnen beoordelen of deze variatie volgt uit zorginhoudelijke gronden, of het gevolg is van een niet-effectieve behandelstrategie. Dit heeft tot gevolg dat onwenselijke niet-passende zorg wordt geleverd en de mogelijkheid van zorgverzekeraars en overheid wordt beperkt om effectief te sturen door het verzekerde pakket.

Het uitgaande kabinet heeft er op ingezet om de zorguitgaven te beheersen door de instroom van niet-effectieve zorg te voorkomen en bestaande niet-effectieve zorg te laten uitstromen. Om dit te bereiken is het belangrijk om de gehele keten van onderzoek, pakketbeoordeling, verwerking in de richtlijnen en implementatie in de zorg te versterken. Het uitgaande kabinet heeft erop ingezet om de toetsing van het basispakket te verbeteren en verbreden. Dit voornemen is voor een groot deel nog niet uitgevoerd door de vroegtijdige val van het kabinet.

Waar het beleid van het uitgaande kabinet ertoe moet leiden dat er meer en preciezere duidingen komen van de effectiviteit van nieuwe en bestaande behandel mogelijkheden, stelt deze beleidsoptie, in aanvulling op de VVTB, zorgverzekeraars beter in staat om afspraken te maken met aanbieders over de implementatie van niet effectieve zorg. Hiervoor is het van belang dat zorgverzekeraars een voor dit doel effectief inzicht hebben in de diagnose en indicatie, behandelstrategie en geleverde zorgvorm. Dit stelt zorgverzekeraars beter in staat om de kwaliteit en uitkomsten van zorg bij verschillende aanbieders met elkaar te vergelijken en te relateren aan de gekozen behandelstrategie. Daarnaast geeft dit zorgverzekeraars de mogelijkheid te evalueren in hoeverre de aanbieder gebruik maakt van de meest doelmatige leveringsvorm (bijv. digitaal, arbeidsbesparend, op locatie). De leveringsvorm kan worden gespecificeerd in de zorgactiviteiten van een zorgproduct.

Om de doelen van implementatie van passende zorg in de zorginkoop te bereiken ligt een gefaseerde introductie voor de hand. Door eerst te focussen op het ontsluiten van de data en het opstellen van spiegelinformatie kan de dialoog en afbakening van passende zorg worden bevorderd, en daarmee een verbetercyclus te ontwikkelen. Nadat de afbakening is vastgesteld kan in de contractering afspraken gemaakt worden over de passendheid van de zorg. Pas nadat deze informatie beschikbaar is, kan ook bekeken worden hoe deze gebruikt kan worden om de doelmatigheid van declaraties te beoordelen.

Uitvoerbaarheid

- De verwerking van gegevens over gezondheid vereist een wettelijke grondslag. De huidige wettelijke grondslagen staan beschreven in Zvw artikel 87 tot en met 89, en de uitvoering van het Besluit zorgverzekering. Voor de uitvoering van deze maatregel dient de term 'passende zorg' geconcretiseerd beschreven te staan in het Besluit Zorgverzekering voor de wettelijke verwerking van deze gegevens, bijvoorbeeld door het specificeren van de meest doelmatige leveringsvorm.
- Het versterken van de informatiepositie van de zorgverzekeraars dient conform wet- en regelgeving te worden uitgevoerd. Op dit moment worden alleen gegevens ten behoeve van de declaratie (primaire data) ontsloten. De AVG maakt het gebruik van aanvullende gegevens (secundaire data) onmogelijk. Wettelijke verankering van de aanvullende gegevens en de bijbehorende doelen is hierbij noodzakelijk. Op dit moment loopt er een traject ten aanzien van de Reparatiewet.⁹⁷ Implementatie hiervan bedraagt minimaal 2 á 3 jaar. Hierbij is nog onduidelijk of dit traject voldoende voorwaarden biedt om aanvullende informatie ten behoeve van passende zorg mogelijk te maken. De privacy gevoeligheid is afhankelijk van de informatie. Naarmate gegevens persoonlijker worden, gelden strengere voorschriften.
- De mate waarin gegevens kunnen worden gedeeld is bepalend voor het resultaat dat behaald kan worden in de uitvoering van deze maatregel.
- Voor het toevoegen van informatie dient op basis van de specifieke kenmerken van de informatie onderzocht te worden op welke wijze de regeling van de NZa moet worden aangepast. Het is eenvoudig als het gaat om informatie die al onderdeel uitmaken van de huidige declaratiesystematiek, het is complexer als het gaat om elementen die daar op dit moment geen onderdeel van zijn.
- Om toename van aanvullende administratieve lasten te voorkomen is de sterke voorkeur om aan te sluiten op gegevens die nu al structureel worden vastgelegd. Het uitvragen van nieuwe gegevens gaat in de praktijk gepaard met aanvullende registratielast, onvolledige registratie en is daarmee vaak slecht bruikbaar. Voorafgaand aan de introductie wordt een analyse uitgevoerd naar reeds beschikbare gegevens die geen onderdeel uitmaken van de declaraties en toegevoegde waarde bieden voor de inkoop van passende zorg, rekening houdend met de huidige wet- en regelgeving.
- Voor het inregelen van aanvullende informatie in declaraties wordt rekening gehouden met een periode van minimaal 2 jaar, en is mede afhankelijk of deze informatie nu al gestructureerd wordt geregistreerd. Daarbij geldt dat de informatie waardevoller wordt naarmate je over meerdere jaren data inzichtelijk hebt, zodat patronen en trends zichtbaar worden.
- Binnen de maatregel wordt de data enkel gedeeld met de eigen zorgverzekeraar. Dit heeft als nadeel dat de zorgverzekeraar alleen inzicht krijgt over de gegevens van de eigen verzekerden. Dit levert zeker voor kleine verzekeraars een beperkt beeld op. Bovendien heeft de verzekeraar daarmee geen beeld van de totale productie van een behandeling in een ziekenhuis. Een aanvulling op de maatregel is daarom om de gegevens op nationaal niveau geaggregeerd inzichtelijk te maken voor het Zorginstituut en de NZa, zodat de informatie kan worden vergeleken met het nationale beeld.
- Het versterken van de zorginkoop op basis van passende zorg en de deïmplementatie van niet passende zorg vergt capaciteit van zorgverzekeraars. Implementatie van de aanvullende gegevens in de declaratie vergt capaciteit bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
- De maatregel is aanvullend op VVTB en gaat dus uit van de aanname dat de huidige inzet voor VVTB wordt gerealiseerd. De maatregel wijzigt de rol van de partijen in het stelsel met betrekking tot het pakketbeheer. Deze wijziging is in aanvulling op de wijziging van rollen die wordt voorzien als deel van VVTB.

⁹⁷ IBO Ouderenzorg (2023), <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/07/03/rapport-ibo-ouderenorg>.

Financiële effecten

Bij de inschatting van de budgettaire effecten gaan we er van uit dat het VVTB-traject onveranderd doorgezet wordt door een nieuw kabinet. De hier beschreven beleids optie, leidt tot een versteviging van de aanpak van VVTB. De impact van de hier beschreven maatregel is daarbij mede afhankelijk van de beschikbaarheid van meer en preciezere pakketduidingen en veronderstelt daarom een volgtijdelijkheid: eerst moet voor een behandeling duiding hebben plaatsgevonden door veldpartijen en/of het Zorginstituut voordat deze maatregel verder kan worden uitgebreid.

Op basis van het SiRM rapport Geschat potentieel effectieve zorg⁹⁸ kan een schatting gemaakt worden van welke opbrengsten gerealiseerd kunnen worden door deze maatregel. In het rapport wordt geconcludeerd dat van de medisch specialistische zorg (€ 28,0 miljard in 2023) naar schatting 6% niet-effectieve zorg betreft, met een bandbreedte van 1% tot 12%. De geschatte omvang niet-effectieve zorg bedraagt daarmee afgerond € 1,7 miljard. Dit is echter alleen haalbaar indien in de hele Nederlandse zorg ideale omstandigheden gecreëerd worden. Zonder wetswijzigingen is de verwachting dat met forse inspanning het afbouwen van 60% van deze zorg haalbaar is. Mét wetswijzigingen is de veronderstelling dat 80% haalbaar is. Door het versterken van de informatiepositie van zorgverzekeraars op basis van de maatregel kan deze potentie verder verhoogd worden. Voor deze kwantificering gaan we uit van 90%. Dit betreft een 10% verhoging ten opzichte van de huidige uitgangspositie. Dit komt overeen met een structurele besparing van € 170 miljoen.

Deze maatregel is aanvullend op het VVTB en de bijbehorende deïmplementatie van niet-effectieve zorg. In het SiRM rapport wordt uitgegaan van een termijn van 15 jaar voor de deïmplementatie van niet-effectieve zorg, met een bandbreedte van 12 tot 18 jaar. De start heeft plaatsgevonden in 2023 en het structurele effect wordt behaald in 2037. Uitgangspunt is een lineaire afbouw van niet-effectieve zorg jaar op jaar.

De aanneme is dat het inregelen van aanvullende informatie in declaraties volledig kan worden geïmplementeerd na 5 jaar, rekening houdend met de termijn voor wijzigingen in wet- en regelgeving en aanpassingen in declaratiestromen.

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Versterken informatiepositie zorgverzekeraar	0	0	0	0	-170	2037

Het versterken van de informatiepositie voor zorgverzekeraars zorgt naast het deïmplementeren van niet-effectieve zorg ook voor het bevorderen van digitale en arbeidsbesparende vormen van zorg. Deze effecten maken onderdeel uit van in fiche PM (versnellen opschaling digitale zorg), en blijven derhalve in dit fiche buiten beschouwing.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De toegang tot effectieve zorg blijft onveranderd. Wanneer bepaalde zorgvormen geen plek meer hebben in het basispakket, kunnen mensen minder gemakkelijk gebruik maken van deze zorgvormen. Zij moeten de zorg dan zelf betalen, wat maakt dat er mensen zullen zijn die geen gebruik meer kunnen maken van die zorg.

Betaalbaarheid

De betaalbaarheid van de collectieve zorguitgaven kan toenemen als de aanscherping van de criteria leidt tot meer uitstroom of minder instroom in het basispakket. Voor mensen die wel gebruik willen maken van deze zorgvormen, nemen de eigen zorgkosten toe.

⁹⁸ Sirm (2020): Rapport Geschat potentieel effectieve zorg.

Kwaliteit

De maatregel richt zich op de afbouw van niet passende zorg, en zal daarom niet leiden tot een verlaging van de kwaliteit van zorg. Het stimuleren van andere zorgvormen kan de (ervaren zorg) voor (kwetsbare) groepen achteruit laten gaan en gezondheidsverschillen kunnen toenemen.

15. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden

Omschrijving

Om de kwaliteit en onderbouwing van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden⁹⁹ te verbeteren worden hieronder drie varianten uitgewerkt:

- A) In aanvulling op de verplichting voor kwaliteitsstandaarden dat de beschrijving van de kwaliteit van (een deel van) het zorgproces moet leiden tot doelmatige zorg¹⁰⁰ wordt aan richtlijnen (onderdelen van de professionele standaard) de wettelijke eis gesteld dat deze moeten leiden tot doelmatige zorg. Daarnaast moeten zowel richtlijnen als kwaliteitsstandaarden voldoen aan wettelijke transparantie-eisen. ZIN heeft doorzettingsmacht als richtlijnen niet aan deze verplichtingen/voorwaarden voldoen;
- B) Wettelijk verplicht stellen dat de beschrijving van goede zorg in de richtlijnen (onderdelen van de professionele standaard) en kwaliteitsstandaarden transparant is in hoeverre deze voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk (SW&P) conform het wettelijk beoordelingskader SWP. ZIN heeft doorzettingsmacht als richtlijnen en kwaliteitsstandaarden niet aan deze verplichting voldoen;
- C) Wettelijk regelen dat periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) bij lagere regelgeving alle kwaliteitseisen voor de zorg worden vastgesteld.

Ad a) Bij variant A wordt in aanvulling op de verplichting dat een kwaliteitsstandaard moet leiden tot doelmatige zorg, voor richtlijnen (onderdelen van de professionele standaard) wettelijk geregeld dat ook deze moeten leiden tot doelmatige zorg. Ook worden wettelijke transparantie-eisen gesteld aan richtlijnen (onderdelen van de professionele standaard). Als het Zorginstituut vaststelt dat een richtlijn niet leidt tot doelmatige zorg, kan zij ingrijpen met doorzettingsmacht door het opstellen van een kwaliteitsstandaard. Na de inzet van doorzettingsmacht geldt uitsluitend de kwaliteitsstandaard die het Zorginstituut heeft vastgesteld. Wettelijk wordt geregeld dat een richtlijn (onderdeel van de professionele standaard) na de inzet van doorzettingsmacht dan niet langer bindend is. Dit is een wijziging ten opzichte van de huidige Wkkgz. Nu blijft de richtlijn (onderdeel van de professionele standaard) verbindend ook als die in strijd is met of afwijkt van de kwaliteitsstandaard die na de inzet van doorzettingsmacht van ZIN is vastgesteld. In aanloop van deze maatregel kunnen bestuurlijke afspraken worden gemaakt met de zorgverleners (wetenschappelijke beroepsverenigingen), zorgaanbieders, zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders en cliënten over de inhoudelijke wens en transparantiewensen bij richtlijnen. Een optie is richtlijnen via het Zorginstituut transparant te maken.

Ad b) Variant B is een verdergaande maatregel in die zin dat er inhoudelijke eisen worden gesteld aan de onderbouwing van richtlijnen (onderdelen van de professionele standaard) en kwaliteitsstandaarden. Op die manier kan bijvoorbeeld de SW&P-methodiek, die ook wordt gehanteerd bij pakketbeheer, wettelijk verplicht gesteld voor richtlijnen en kwaliteitsstandaarden ([Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk 2023 | Publicatie | Zorginstituut Nederland](#)). Ook moet het veld transparant zijn over hoe die methodiek is toegepast, zoals op welke studies is de richtlijn gebaseerd, hoe sluiten de aanbevelingen aan op de evidence etc. Doordat het veld en het Zorginstituut een eenduidige systematiek hanteren bij de onderbouwing van SW&P is er geen onverklaarbaar verschil tussen het ZIN en de onderbouwing door het veld. Ook in aanloop van deze maatregel kunnen al bestuurlijke afspraken worden gemaakt met veldpartijen en ZIN met betrekking tot de methodiek, mate van bewijslast, de te hanteren afkappunten e.d.

Ad c) Variant C is een verdergaande maatregel met voorafgaande goedkeuring door de overheid en politiek. Op die wijze kan de overheid integraal sturen op kwaliteit van zorg en deze toetsen

⁹⁹ In de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) wordt gesproken over de professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Een richtlijn kan een onderdeel zijn van de professionele standaard of een kwaliteitsstandaard zijn als die is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten van het Zorginstituut.

¹⁰⁰ Artikel 11b, tweede lid, sub a van de Wkkgz.

aan de maatschappelijke opgave. In deze variant worden alle kwaliteitseisen periodiek, bijvoorbeeld jaarlijks, vastgesteld. Zo hebben de overheid en politiek (bijvoorbeeld via een voorhang bij beide Kamers) een sturende rol bij het vaststellen van de (actualisatie van) richtlijnen en kwaliteitsstandaarden of deze voldoen aan de maatschappelijke opgave.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het leveren van passende zorg is de hoeksteen van het Integraal Zorgakkoord. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zijn de belangrijkste instrumenten om ervoor te zorgen dat de zorg wordt geleverd volgens de principes van passende zorg. Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden richten zich op de beschrijving van goede zorg en de continue leer- en verbetercyclus. Bij goede zorg gaat het volgens de Wkkgz om zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Het opstellen van een richtlijn of kwaliteitsstandaard gaat uit van systematische aanpak, waarbij de wetenschappelijke- of beroepsvereniging samenwerkt om evidence-based aanbevelingen te formuleren voor de behandeling van patiënten. Dit proces omvat doorgaans een beoordeling van wetenschappelijke literatuur, inclusief klinische onderzoeken en meta-analyses, gevolgd door een evaluatie van de kwaliteit van het bewijs en de kracht van de aanbevelingen.

Zorgaanbieders en zorgverleners moeten handelen overeenkomstig de op hun rustende professionele verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de professionele standaard of de kwaliteitsstandaard. Hierbij geldt het principe pas toe of leg uit. In specifieke individuele gevallen kan en moet beargumenteerd worden afgeweken van de richtlijn of kwaliteitsstandaard. Zorg die bewezen niet-effectief is, is geen onderdeel van de richtlijn of kwaliteitsstandaard omdat er geen sprake is van goede zorg. Op die manier stroomt deze bewezen niet effectieve zorg ook het pakket uit.

Om de kwaliteit en onderbouwing van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden te verbeteren, is het van belang dat richtlijnen en kwaliteitsstandaarden concreet en toetsbaar zijn. Hierdoor hebben:

- zorgprofessionals een beter handvat om goede zorg te verlenen;
- zorggebruikers beter zicht op wat zij mogen verwachten van zorgaanbieders; en
- zorgaanbieders, zorginkopers en toezichthouders een beter handvat om te sturen op passende zorg.

Op grond van de Zvw en de Wlz bestaat – kort gezegd – alleen aanspraak op zorg als deze voldoet aan de SW&P.¹⁰¹ 90% van het verzekerd pakket bestaat uit een open aanspraak en ligt bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders (behandelingen kunnen ongezien het verzekerde pakket instromen). Richtlijnen en kwaliteitsstandaarden zijn in de Zvw en Wlz belangrijke kwaliteitsproducten om te komen tot zorg die voldoet aan de SW&P. In de praktijk komt echter een groot deel van de richtlijnen niet tot stand via de SW&P-methodiek en is in de richtlijn vaak niet transparant hoe tot een conclusie over de effectiviteit is gekomen.

Het veld en de overheid hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om passende zorg mogelijk te maken. Bij varianten A en B blijft de verantwoordelijkheid voor het opstellen van richtlijnen en kwaliteitsstandaarden bij het veld, maar heeft de overheid meer mogelijkheden om bij te sturen; bij variant A als niet wordt voldaan aan de transparantie-eisen of als de richtlijn (onderdeel van de professionele standaard) niet leidt tot doelmatige zorg, bij variant B als de richtlijn niet voldoet aan de SW&P. Bij variant C is de overheid eindverantwoordelijk voor de kwaliteitseisen die voor zorg gelden.

Uitvoerbaarheid

- Alle drie de varianten vergen aanpassing van wet- en regelgeving. Het duurt over het algemeen minimaal 2 à 3 jaar voordat nieuwe regelgeving in werking kan treden. Vervolgens vergt de implementatie van de wet- en regelgeving ook tijd. Variant B en zeker variant C zijn ingrijpende wijziging van het huidige systeem, die niet binnen 2 à 3 jaar geregeld zullen zijn.

¹⁰¹ Artikel 2.1, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering respectievelijk artikel 3.1.1, derde lid, van het Besluit langdurige zorg.

- De maatregel wijzigt de rol van de partijen in het stelsel met betrekking tot het pakketbeheer. Deze wijziging is in aanvulling op de wijziging van rollen die wordt voorzien als deel van VVTB. Met name het ingrijpen in de professionele autonomie zal op weerstand bij het veld stuiten. Dit geldt voor alle drie de varianten, maar zal met name bij variant B en zeker bij variant C negatieve consequenties hebben voor de uitvoerbaarheid.
- In de praktijk gaat het om flink wat kwaliteitsstandaarden en richtlijnen die periodiek worden geactualiseerd. Voor een indicatie: in het openbaar register kwaliteitsstandaarden staan 112 kwaliteitsstandaarden, de FMS heeft ca. 650 richtlijnen, de NHG heeft meer dan 100 richtlijnen.
- Bij de inhoudelijke methodiek-eis (variant B) kan discussie over mate van bewijslast en te hanteren afkappunten nog tijd vergen om tot een eenduidige toepassing van de methodiek te komen.
- De overheidsvariant (variant C) kan door discussie over het verlagen van de kwaliteit gelet op de maatschappelijke opgave (bijv. financieel) tot vertraging leiden.
- Het voldoen aan de transparantie-eisen (variant A), de inhoudelijke methodiek-eis (variant B), of de overheidsvariant (variant C) vergt capaciteit van verschillende partijen (zorgverleners (wetenschappelijke beroepsverenigingen), cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, ZIN en VWS). Capaciteit bij ZIN en VWS neemt toe naar mate een verdergaande variant wordt gekozen. Vanuit dit oogpunt kan voor een lichte vorm worden gekozen.
- Zorgverleners (wetenschappelijke beroepsverenigingen) en zorgaanbieders stellen richtlijnen en kwaliteitsstandaarden op in samenspel met cliënten en zorgverzekeraars. Zij kunnen door de extra eisen ontmoedigd worden. Van belang is dat de genoemde eisen zo regeldruk-arm mogelijk worden vormgegeven en zij zelf vooral de waarde van de extra eisen inzien en bij het voldoen aan die eisen worden geholpen.
- Hoe stringenter de variant, hoe meer de overheid ingrijpt in het werk van de zorgverlener.
- De varianten kunnen ervoor zorgen dat in de praktijk minder richtlijnen en kwaliteitsstandaarden worden geactualiseerd/ontwikkeld, omdat de eisen hoger zijn en dit meer tijd vergt.

Financiële effecten

- Deze maatregel kan invloed hebben op het macro-financiële plaatje, maar het daadwerkelijke financiële effect van deze maatregel wordt bepaald door het pakketbeheer (meer transparantie, daardoor meer duidelijkheid over wat wel/niet wordt vergoed vanuit het verzekerd pakket).
- De betrokkenheid vanuit wetenschappelijke beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor het opstellen/actualiseren van richtlijnen vergt aanvullende capaciteit zowel qua arbeidsinzet als financiële middelen. Bij variant C kan de overheid het niveau van kwaliteit neerwaarts bijstellen gelet op de maatschappelijke opgave.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van de zorg kan toenemen, omdat met de verbetering van de kwaliteit en onderbouwing van de richtlijnen door de verschillende partijen meer gestuurd wordt op passende zorg. Doordat het ingewikkelder wordt om richtlijnen en kwaliteitsstandaarden aan te passen of innovaties te verwerken, door de nieuwe eisen, kan de toegankelijkheid ook afnemen. Bij variant C kan ook een negatief effectief op toegankelijkheid optreden als de overheid minder geld beschikbaar stelt voor kwaliteit.

Betaalbaarheid

Ook de betaalbaarheid van de zorg kan toenemen, doordat inzichtelijker wordt gemaakt welke behandeling in welke situatie het meest doelmatig is. Bewezen niet effectieve zorg verdwijnt. Door het belemmeren van innovaties, zoals bijvoorbeeld het gebruik van digitale zorg, kan ook de betaalbaarheid afnemen.

Kwaliteit

Ten slotte kan ook de kwaliteit van zorg toenemen, doordat inzichtelijker wordt gemaakt welke behandeling in welke situatie het meest doelmatig is. Door verbetering van de kwaliteit van richtlijnen zal meer conform de richtlijn wordt gehandeld en de praktijkvariatie worden verminderd. Bij variant C kan ook een negatief effect op kwaliteit van zorg optreden als de overheid minder geld beschikbaar stelt voor kwaliteit. Bij varianten B en C kan ook een negatief effect op kwaliteit optreden omdat innovaties worden belemmerd.

16. Gesloten pakket

Omschrijving

Op dit moment heeft Nederland grotendeels een open pakket: een groot deel van de aanspraken is open geformuleerd. Dit betekent bijvoorbeeld dat de aanspraak is geformuleerd als 'zorg zoals medisch specialisten plegen te bieden'. Nieuwe zorg, zoals nieuwe behandelmogelijkheden, medische technologie of standaarden, die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, wordt meteen vergoed. Er is voor deze zorg geen expliciete voorafgaande beoordeling van de (kosten)effectiviteit door de overheid. Bepaalde vormen van zorg kennen al een gesloten toegang tot het verzekerde pakket, waarbij wel sprake is van voorafgaande toetsing en besluitvorming, namelijk intra- en extramurale geneesmiddelen, extramurale hulpmiddelen en fysiotherapie.

De voorgestelde maatregel zorgt ervoor dat een groter deel van de zorg expliciet getoetst wordt en een politiek besluit vergt voordat deze wordt vergoed vanuit het basispakket. Deze maatregel kan op verschillende manieren worden ingericht. In variant a) richt de overheid zich op onderdelen van de zorg waar zij risico's ziet voor bijvoorbeeld de uitgavenontwikkeling, de (kosten)effectiviteit of het arbeidsbeslag. In variant b) streeft de overheid naar een zo volledig mogelijke sluiting van het basispakket. Ook het instrument waarmee de toetsing en besluitvorming wordt gerealiseerd kan op verschillende manieren worden vormgegeven. In variant a) gebeurt dit door het instellen van een zogenaemde 'sluis' voor zorg die als risicovol wordt gezien en in variant b) door de betreffende aanspraken meer gesloten te formuleren. Deze keuze voor het instrument kan ook anders worden gemaakt, bijvoorbeeld door aanspraken gesloten te formuleren voor specifieke risicovolle zorg.

Het gevolg van beide varianten is dat een politiek besluit moet worden genomen over de wenselijkheid van het vergoeden van de betreffende zorg. Hierbij moet ook worden besloten om budget beschikbaar te stellen voor deze zorg. Het is een politieke keuze hoe deze besluitvorming wordt gestructureerd. Een optie is om bij aanvang van een kabinetsperiode te besluiten over hoeveel budget beschikbaar wordt gesteld om nieuwe zorg op te nemen in het verzekerde pakket.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Deze maatregel zorgt ervoor dat de overheid meer kan sturen op het basispakket en dat er meer gekeken wordt naar de (kosten)effectiviteit van zorgvormen. Een reden om meer beheersbaarheid te willen als het gaat om de instroom van nieuwe zorg is omdat innovaties, naast dat zij kwaliteit, organiseerbaarheid en betaalbaarheid van zorg kunnen verbeteren, ook relatief duur kunnen zijn, en een groot beslag kunnen leggen op de financiële ruimte en schaars personeel. Door zorg niet direct toe te laten tot het verzekerde pakket, wordt expliciet de mogelijkheid gecreëerd om deze zorg vooraf te toetsen en een besluit te nemen over een maatschappelijke verantwoorde toegang tot het basispakket.

Uitvoerbaarheid

Algemeen

- Uitgangspunt bij dit fiche is dat de voornemens van het uitgaande kabinet zijn gerealiseerd voor verbetering en verbreding van de toets op het basispakket (VVTB). Het (wets)traject VVTB bevindt zich nog in de voorbereidende fase. Aanvullende maatregelen op het gebied van pakketbeheer kunnen invloed hebben op de uitvoering van dit traject. De maatregel wijzigt de rol van de partijen in het stelsel met betrekking tot het pakketbeheer. Deze wijziging is in aanvulling op de wijziging van rollen die wordt voorzien als deel van VVTB.
- Het opschaalbare vermogen bij het ZIN en partijen zoals beroepsgroepen en zorgverzekeraars om de zorg te toetsen kan leiden tot vertraging bij het sluiten van het pakket, als het niet lukt om tijdig personeel met de nodige expertise aan te trekken. Hoe geslotener het pakket, hoe meer zorg getoetst moet worden. Hierbij speelt mee dat al een

opbouw moet plaatsvinden voor de uitvoering van VVTB. In de raming is geen rekening gehouden met mogelijke vertraging.

- De maatregel heeft tot gevolg dat vaker een expliciet besluit moet worden genomen over instroom van zorg. Dit leidt alleen tot minder instroom, als de overheid besluit zorg niet in te laten stromen. Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt geen duidelijke relatie tussen een gesloten pakket en een lagere instroom.¹⁰² De effecten zijn met andere woorden afhankelijk van de uiteindelijke politieke besluiten over de instroom, mede op basis van het budget dat de politiek hiervoor beschikbaar stelt. Het sluiten van het pakket betekent wel dat er vertraging optreedt in de instroom van zorg, omdat een expliciet besluit nodig is.
- Voor beide varianten geldt dat nader onderzocht moet worden in hoeverre een meer gesloten pakket zich verhoudt tot de Europese context. Op basis van EU-regels¹⁰³ kan zorg die in Nederland niet wordt vergoed, mogelijk wel in het buitenland gehaald worden. Dit kan er voor zorgen dat er minder vraag komt naar onderdelen van zorg in Nederland, die relatief gemakkelijk in het buitenland gehaald kan worden.
- Indien voorstellen uit dit fiche worden overgenomen voor de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg, wijkverpleging en ggz-zorg dient rekening gehouden te worden met het IZA, waarin inhoudelijke en financiële afspraken zijn gemaakt tot en met 2026.

Variant a – instellen sluis als risicogestuurd instrument

Deze variant vraagt om de onderstaande stappen, met bijbehorende aandachtspunten voor de uitvoerbaarheid.

1. Wet- en regelgeving: Het invoeren van een sluis voor zorg die voldoet aan bepaalde criteria vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De aanpassing van het basispakket moet plaatsvinden binnen de afspraken die over beschikbaarheid van zorg zijn gemaakt in internationale verdragen. In de timing van de besluitvorming moet rekening worden gehouden met de jaarlijkse pakketcyclus.
2. Instellen horizonscan: Het Zorginstituut krijgt net als bij geneesmiddelen mandaat, middelen en capaciteit om innovaties via horizonscanning in kaart te brengen en de risico's van deze innovaties te duiden. Hiermee kan worden besloten welke zorg in de sluis geplaatst kan worden. Betrokkenheid van beroepsgroepen is essentieel. Het inzicht in welke zorg het pakket instroomt is op dit moment zeer beperkt. Een horizonscan is op dit moment alleen mogelijk bij zorgvormen die een duidelijk moment van markttoelating hebben. Door internationale samenwerking te zoeken kunnen de mogelijkheden voor horizonscanning op termijn mogelijk wel verstevigd worden. Het is hierdoor echter niet mogelijk een horizonscan uit te voeren die inzicht verschaft in alle nieuwe zorgvormen.
3. Risicoselectie: De sluis vraagt om transparante en toetsbare criteria, bijvoorbeeld voor het macrokostenbeslag, kosten per patiënt of arbeidscapaciteit, op basis waarvan zorgvormen in de sluis geplaatst dienen te worden.
4. Beoordelen zorgvorm in de sluis: De zorgvorm die in de sluis zit dient door het Zorginstituut beoordeeld te worden op de pakketcriteria en eventueel aanvullende criteria. Hiervoor moet het opstellen van een dossier over de betreffende innovatie voorwaarde zijn voor de pakkettoelating. Het Zorginstituut adviseert de minister over pakketopname en onder welke voorwaarden dat kan geschieden.
5. Opvolging advies Zorginstituut: Als laatste stap besluit de minister van VWS de zorg al dan niet toe te laten tot het basispakket.

¹⁰² SIRM (2023) *Het gras blijkt niet groener*

¹⁰³ Europese verordening sociale zekerheid 883/2004 en/of de Patiëntenrichtlijn

Variante b – gesloten formulering van het basispakket

Deze variant vraagt om de onderstaande stappen, met bijbehorende aandachtspunten voor de uitvoerbaarheid.

1. Afbakening: In deze variant wordt een zo groot mogelijk deel van het pakket met een gesloten aanspraak geformuleerd. Als eerste stap dient bepaald te worden voor welke vormen van zorg een gesloten aanspraak mogelijk en wenselijk is. Het is vaak niet mogelijk om onderscheid te maken tussen nieuwe zorg die het pakket instroomt, en zorg die al vergoed wordt vanuit het basispakket. Daarnaast is de capaciteit voor toetsing beperkt. Om deze reden kent de maatregel een lange aanlooptijd en moet ook bij een streven naar zo ver mogelijke sluiting, worden geselecteerd welke aanspraken gesloten worden geformuleerd.
2. Wet- en regelgeving: Voor het gesloten formuleren van het basispakket is aanpassing nodig van de Zvw, het besluit Zorgverzekering (Bzv) en de regeling Zorgverzekering (Rvz). Er moet onderzocht worden of andere wet- en regelgeving aangepast moet worden. Ook moeten de pakketcriteria zoals deze nu in wet- en regelgeving staan worden aangepast, omdat zorg die voldoet aan pakketcriteria niet zoals nu standaard in het pakket moet stromen.
3. Signaalfunctie: Nieuwe zorgvormen moeten gesignaleerd worden om uitgesloten te worden van directe aanspraak en toetsing te ondergaan. Dit kan bijvoorbeeld doordat de NZa aanvragen voor nieuwe DBC's of aanpassingen (verhogingen) van DBC's die onder de gesloten formulering van het pakket vallen in eerste instantie tegenhoudt tot toetsing van deze zorg.
4. Toetsing zorg: Alle zorg waarvoor een gesloten aanspraak geldt dient getoetst te worden aan de pakketcriteria door het Zorginstituut. Hiervoor moet het opstellen van een dossier over de betreffende innovatie voorwaarde zijn voor de pakkettoelating. Dit vraagt daardoor aanzienlijk meer capaciteit, die relatief vaak wordt ingezet voor toetsing van zorg met lage risico's. Het Zorginstituut adviseert vervolgens de minister over pakketopname en de voorwaarden daartoe.
5. Opvolging advies Zorginstituut: Als laatste stap besluit de minister van VWS de zorg al dan niet toe te laten tot het basispakket.

Financiële effecten

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN*	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN	INDICATIEF 2040
Netto besparing variant a	7	14	2	-30	-25	2029	-1,1 mld.
<i>Waarvan opbrengst</i>	0	0	-19	-60	-60	2028	
<i>Waarvan uitvoeringskosten</i>	7	14	20	25	35	2029	
Netto besparing variant b	7	14	2	-30	25	2028	-1,5 mld.
<i>Waarvan opbrengst</i>	0	0	-19	-60	-60	2028	
<i>Waarvan uitvoeringskosten</i>	7	14	20	25	85	2039	

* Door afronding kan de som van de delen afwijken van het totaal.

- De maatregel grijpt aan op de verwachte groei van de Zvw. Het sluiten van het pakket zorgt ervoor dat een deel van de kostenverhogende innovatie niet meer automatisch instroomt in het verzekerde pakket. Het vraagt een actieve politieke keuze en het beschikbaar stellen van budget om deze innovaties alsnog in te laten stromen.
- Het CPB raamt de verwachte groei. De instroom van kostenverhogende nieuwe innovaties is onderdeel van deze groei. Om het effect te benaderen wordt uitgegaan van de volumegroei op de Zorgverzekeringswet. Deze is gemiddeld 2% van 2025 tot en met

2028. Hiervan wordt de groei afgehaald die wordt veroorzaakt door ontwikkeling van de demografie (1,1%-punt), omdat deze niet wordt veroorzaakt door innovaties.
- De resterende 0,9%-punt wordt met de helft verminderd om de grondslag te bepalen. Deze afslag wordt genomen voor groei veroorzaakt door determinanten anders dan innovatie, zoals sociaal-maatschappelijke voorkeuren en kostenverhogende innovaties binnen het gesloten pakket, zoals indicatieverruiming binnen de grenzen van een gesloten geformuleerde aanspraak. Voor risicogerichte sluiting wordt deze afslag op 80% gesteld, omdat deze maatregel niet tot doel heeft het hele verzekerde pakket te sluiten.
 - Hierna wordt aangenomen dat het gekozen instrument effectief is in voorkomen een deel, maar niet alle resterende groei. In deze afslag voor effectiviteit wordt rekening gehouden met innovatie die niet valt binnen de criteria voor een sluis, niet wordt opgevangen door horizonsscanning of die wordt geleverd in strijd met de formele afbakening van het pakket. Voor risicogerichte sluiting is deze afslag op 50% gesteld. Voor volledige sluiting wordt een afslag van 75% toegepast op de opbrengst boven de risicogerichte sluiting, omdat de grondslag van volledige sluiting van het pakket voor een groter deel bestaat uit zorgvormen waar instroombeperking moeilijk uitvoerbaar is. Hiermee resteert 10% lagere volumegroei voor risicogerichte sluiting en 18% lager voor volledige sluiting.
 - De opbrengst wordt voor de jaren tot en met 2028 als besparing geboekt. Daarna blijft de maatregel effect hebben, maar wordt het effect verdisconteerd in een afslag op de groeiraming. Het effect na 2028 is daardoor niet zichtbaar in de tabel. Ter illustratie is wel het effect opgenomen dat de afslag zou hebben in 2040 bij gelijkblijvende groei: € 1,1 miljard voor een risicogerichte sluiting en € 1,5 miljard voor een volledige sluiting.
 - De uitvoeringskosten bestaan uit middelen voor het Zorginstituut om de sluiting van het pakket uit te voeren en onderzoekskosten om meer inzicht te krijgen in de innovaties. Hiervoor wordt aangesloten bij de raming uit Zorgkeuzes in Kaart voor het uitvoeren van een gesloten pakket.¹⁰⁴ Voor beide varianten wordt een afslag gedaan voor investeringen in onderzoek die al worden gedaan in het kader van VVTB. Daarnaast wordt de uitgave voor een risicogerichte toets aangepast naar de grondslag waarop deze betrekking heeft.
 - Voor risicogerichte sluiting wordt uitgegaan van twee jaar voorbereidingstijd en drie jaar om de sluiting op te bouwen naar de beoogde reikwijdte. Voor de opbouw naar een volledige sluiting wordt uitgegaan van tien jaar aansluitend op de risicogerichte sluiting.
 - Het CPB heeft in Keuzes in Kaart een gesloten pakket-variant doorgerekend en komt op een opbrengst van 0,3 miljard euro in 2028. Dit verschil komt onder andere doordat de TWMZ verwacht dat veel nieuwe zorg alsnog niet voor politiek besluit komt voor te liggen in een gesloten pakket. De TWMZ gaat voor 2040 uit van een indicatieve opbrengst van 1,5 miljard euro door de opbrengst door te trekken. Het CPB heeft niet onderzocht wat de opbrengst zou zijn in 2040; onder andere door gedragseffecten kan deze lager uitvallen.

Overige effecten

Toegankelijkheid

De maatregelen bestaan uit een tijdelijke of bij negatief besluit structurele pakketuitsluiting voor zorginnovaties, met als gevolg dat patiënten geen toegang hebben tot deze zorg. De maatregel kan er ook toe leiden dat bepaalde zorg niet op de Nederlandse markt toetreedt, bijvoorbeeld omdat fabrikanten medische technologie niet willen laten toetsen.

Betaalbaarheid

De betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg neemt toe, als bepaalde zorgvormen niet worden toegelaten tot het basispakket of als wordt onderhandeld over de prijs van de zorg, waardoor de kosteneffectiviteit toeneemt. Private uitgaven zouden kunnen toenemen, als mensen toch gebruik willen maken van zorg die niet vanuit het basispakket vergoed wordt.

¹⁰⁴ CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*

Kwaliteit

Er is een afruil tussen een open pakket, waarbij ook niet-effectieve zorg instroomt, en een meer gesloten pakket waar effectieve zorg later of niet instroomt. Als nieuwe zorg niet instroomt die wel effectief is, kan kwaliteit dalen. Aan de andere kant kan de extra weging ertoe leiden dat minder niet-effectieve zorg instroomt, wat ten goede komt aan de kwaliteit. De snelheid van innovatie in het pakket neemt af door de vertraging van instroom, waardoor kwaliteit afneemt.

Arbeidsmarkt

Personeel in de zorg kan kosteneffectiever worden ingezet. Het uitvoeren van de variant door het Zorginstituut vraagt om substantiële personele inzet, wat een beroep doet op de markt voor personeel met zorgkennis.

17. Afschaffen ongecontracteerde zorg

Omschrijving

Zorgaanbieders kunnen op dit moment zorg declareren voor een houder van een naturapolis, ook als de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar. Deze mogelijkheid wordt afgeschaft. Vrijwel alle naturapolissen bieden een zeer ruime keuze aan gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden die een nog ruimere keuze van zorgaanbieders willen dan de beschikbare naturapolissen, behouden de mogelijkheid om een restitutiepolis of combinatiepolis af te sluiten.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel is de beheersing door zorgverzekeraars en de effectiviteit van zorgakkoorden te versterken. De verplichte vergoeding van ongecontracteerde zorg hindert de beheersing door verzekeraars, omdat zij zonder contract geen afspraken kunnen maken over kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg. Daarnaast kunnen ongecontracteerde zorgaanbieders zich onttrekken aan het maken van afspraken over de concrete invulling van de algemene afspraken in de zorgakkoorden. Beide mechanismen beperken de beheersbaarheid en doelmatigheid van de zorg.

Uitvoerbaarheid

- De maatregel vraagt om een wetswijziging, waarvoor een implementatietermijn geldt van twee jaar.
- De verplichte vergoeding blijft behouden voor de situatie waar sprake is van acute zorg en waar de zorgverzekeraar onvoldoende zorg heeft ingekocht voor het voldoen aan zijn zorgplicht.

Financiële effecten

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing	0	0	-300	-300	-300	2027

Het is aannemelijk dat ongecontracteerde zorg minder doelmatig is. Voor de wijkverpleging zijn de kosten per patiënt per maand twee keer zo hoog, zonder dat een verschil in patiëntkenmerken is aangetoond. Bij psychologen, ambulante aanbieders, vrijgevestigde psychiaters en overige zorgverleners in de ggz liggen de kosten respectievelijk 20%, 34%, 37% en 13% hoger.¹⁰⁵ Voor sectoren waar het verschil in kosten per patiënt na correctie voor zorgzwaarte bekend is, wordt aangenomen dat de kosten dalen naar het niveau van gecontracteerde zorg. Voor overige sectoren wordt het gemiddelde verschil in kosten per patiënt van de genoemde sectoren gebruikt. Als basis voor het volume ongecontracteerde zorg worden data uit 2022 gebruikt: 198 miljoen euro in de wijkverpleging; 286 miljoen euro in de MSZ; 277 miljoen euro in de ggz en 23 miljoen euro in de huisartsen- en multidisciplinaire zorg.¹⁰⁶ Het volume ongecontracteerde zorg stijgt sinds 2020 overigens met name in de MSZ en de wijkverpleging.

Verzekerden met een naturapolis worden gestimuleerd gebruik te maken van gecontracteerde zorgaanbieders. Wanneer zij dit niet willen, kunnen zij kiezen voor een restitutiepolis of in het geval van de wijkverpleging voor een Zvw-pgb. Uit onderzoek naar de wijkverpleging komt naar voren dat als verzekerden zouden moeten bijbetalen voor ongecontracteerde zorg, zij zouden overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder.¹⁰⁷ De kosten van de nominale premie dalen voor verzekerden met een naturapolis, door de daling van de totale zorgkosten.

¹⁰⁵ Arteria (2018), (Niet-)Gecontracteerde geestelijke gezondheidszorg.

¹⁰⁶ Vektis (2023).

¹⁰⁷ Arteria (2018), (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging.

Twee recente ontwikkelingen kunnen invloed hebben op het financiële effect. Ten eerste hebben partijen in het IZA afspraken gemaakt over het bevorderen van contractering. Als onderdeel van deze afspraken bereidt de overheid wetgeving voor, om de vergoeding voor ongecontracteerde zorg te kunnen verlagen tot een niveau waarbij aanbieders een deel van de kosten doorberekenen als eigen betalingen voor niet-gecontracteerde zorg. Dit zou verzekerden met een naturapolis stimuleren gebruik te maken van gecontracteerde zorg. Ten tweede heeft de Hoge Raad eind 2022 in een arrest onder meer verduidelijkt dat verzekeraars de mogelijkheid hebben om op vergelijkbare wijze tarieven voor ongecontracteerde zorg te verlagen tot een niveau waarbij eigen betalingen in rekening worden gebracht.¹⁰⁸ In eerdere berekeningen is verondersteld dat het op deze wijze verlagen van tarieven leidt tot ongeveer een derde afname van de ondoelmatigheid.¹⁰⁹ Ten tijde van schrijven is het wetsvoorstel echter nog niet ingediend en is onbekend in welke mate verzekeraars tarieven zullen aanpassen. Daarom is hiervoor geen afslag gedaan in de berekening.

Overige effecten

Toegankelijkheid en arbeidsmarkt

De maatregel heeft in beginsel geen effect op de toegankelijkheid. De verzekeraar is verplicht voldoende zorgaanbod te contracteren voor de zorgvraag. Wanneer de verzekeraar niet kan voldoen aan deze plicht, blijft de verzekeraar net als nu verplicht om de kosten voor ongecontracteerde zorg volledig te vergoeden. Binnen het gecontracteerde zorgaanbod kunnen houders van een naturapolis doorgaans kiezen tussen verschillende zorgaanbieders. Een verzekerde met voorkeur voor een aanbieder buiten het gecontracteerde aanbod kan kiezen voor een restitutiepolis of voor een naturapolis waarvoor deze aanbieder wel gecontracteerd is.

Zoals benoemd in de probleemanalyse, is een reële mogelijkheid dat het zorgaanbod op korte en middellange termijn achterblijft op de zorgvraag, door het ontbreken van voldoende personeel om het zorgaanbod te organiseren. In deze situatie wordt de toegankelijkheid van zorg mede bepaald door de doelmatigheid. Wanneer sommige patiënten een ondoelmatig volume zorgverlening ontvangen – zoals in de wijkverpleging – gaat dit ten koste van de zorg voor andere patiënten.

Betaalbaarheid en kwaliteit

De betaalbaarheid van zorg neemt in eerste orde toe. De maatregel kan tweede orde effecten hebben op de betaalbaarheid en kwaliteit, die niet zijn meegenomen in de berekening. Ten eerste kan de maatregel verzekeraars beter in staat stellen afspraken te maken met gecontracteerde zorgaanbieders, omdat de alternatieve route van het declareren zonder contract vervalt. Ten tweede kan het prijsverschil tussen naturapolissen en restitutiepolissen toenemen, doordat verzekerden die gebruik willen maken van ongecontracteerde zorg worden geconcentreerd bij de restitutiepolis. Dit kan verzekerden stimuleren te kiezen voor de naturapolis, waardoor de contractering verder wordt versterkt. Ten derde kan de toetreding voor nieuwe zorgaanbieders moeilijker worden, waardoor de innovatie en concurrentie in het stelsel afnemen. De eerste twee effecten zijn positief het derde effect negatief. De effecten zijn niet vooraf kwantificeerbaar.

¹⁰⁸ Hoge Raad 9 december 2022 (ECLI:NL:HR:2022:1789)

¹⁰⁹ CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*

18. Versterking van de beheersing door zorgakkoorden

Omschrijving

De overheid en zorgpartijen maken in de zorgakkoorden afspraken over de ontwikkeling van het zorgaanbod en de bijbehorende ontwikkeling van de uitgaven in verschillende sectoren. Deze werkwijze kan op verschillende onderdelen worden aangepast om de beheersing te versterken.

1. De overheid doet structureel onderzoek naar mogelijke afspraken in de zorgakkoorden. Daarbij brengt de overheid ook mogelijkheden in beeld om de beoogde ontwikkeling te realiseren met overheidsmaatregelen en maakt hierover afspraken in de zorgakkoorden.
2. De overheid stelt uitgavenkaders eenzijdig bij wanneer een zorgakkoord uitblijft en handhaaft deze kaders.
3. De overheid formuleert een visie op de hervorming van het zorglandschap, die als basis kan dienen voor de inhoudelijke en budgettaire afspraken voor meerdere akkoordperiodes.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel is om de beheersing door zorgakkoorden te versterken. Uit de probleemanalyse volgen drie knelpunten. Ten eerste zijn de akkoorden sterk afhankelijk van de bereidheid van onderhandelende partijen om te tekenen, waardoor deelbelangen ten koste kunnen gaan van het algemeen belang. Het structureel voorbereiden van handelingsperspectief zonder zorgakkoorden vermindert deze afhankelijkheid. Ten tweede is de looptijd van de akkoorden korter dan de benodigde tijd voor aanpassing van het zorgaanbod. Onzekerheid over de continuïteit van beleid na de looptijd van het akkoord kan leiden tot afbreukrisico en ondoelmatige investeringen. Het verlengen van de tijdshorizon van het overheidsbeleid vermindert dit knelpunt. Ten derde is onzeker in hoeverre budgettaire doelen worden behaald door naleving van de afspraken uit de zorgakkoorden en heeft de overheid beperkt instrumenten om actief te sturen op de naleving. Het versterken van het handhavingsinstrumentarium kan eraan bijdragen deze zekerheid te vergroten.

Uitvoerbaarheid

Maatregel 1: Het onderzoeken van ontwikkelingen van het zorgaanbod is uitvoerbaar. De overheid heeft op verschillende momenten dergelijk onderzoek uitgevoerd, bijvoorbeeld naar het verplaatsen van zorg van de tweede naar de eerste lijn of de inzet op digitale zorg. Het gaat bij deze maatregel om het structureel borgen dat dergelijk onderzoek plaatsvindt en aandacht wordt besteed aan handelingsperspectief om de beoogde ontwikkeling ook zonder een zorgakkoord te realiseren.

Het maken van afspraken in akkoorden over de inzet van overheidsmaatregelen kan verschillende vormen krijgen: a) maatregelen ter vervanging van een afspraak uit het zorgakkoord en b) doorzettingsmacht op de invulling van afspraken uit het zorgakkoord.

Ad a) Maatregelen ter vervanging zijn uitvoerbaar. Deze afspraken hebben de vorm dat partijen zich committeren een meetbare ontwikkeling te realiseren. Hierbij wordt afgesproken dat de overheid ingrijpt als het doel niet wordt behaald. Een voorbeeld uit de hoofdlijnenakkoorden 2019-2022 is de afspraak dat de overheid maatregelen in wet- en regelgeving neemt om contractering te bevorderen, tenzij partijen ervoor zorgen dat de gecontracteerde zorg in de wijkverpleging en de ggz toeneemt.

Ad b) Deze variant heeft de vorm dat de overheid doorzettingsmacht inzet om door veldpartijen gemaakte invulling van afspraken over de hervorming van het zorgaanbod te realiseren. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het algemeen verbindend verklaren van delen van afspraken die voortvloeien uit een zorgakkoord. De uitvoering van deze variant moet nader worden verkend. Maatregel 2: De overheid bereidt de mogelijkheid voor om bij uitblijven van een zorgakkoord de uitgaven alsnog navenant bij te stellen en te handhaven met het macrobeheersinstrument. De overheid legt het macrobeheersinstrument momenteel al op aan sectoren waarmee zorgakkoorden

zijn afgesloten, maar ook aan enkele sectoren zonder zorgakkoord.¹¹⁰ Met deze maatregel past de overheid de uitgavenkaders aan op basis van de verwachting dat veldpartijen in staat behoren te zijn de geschetste uitgavenontwikkeling te realiseren, ook wanneer zij zich hier niet aan committeren met een zorgakkoord. Het uitgevoerde onderzoek naar mogelijke afspraken in zorgakkoorden kan dienen als onderbouwing dat veldpartijen de geschetste uitgavenontwikkeling kunnen realiseren. Deze onderbouwing dient tevens als motivering voor de handhaving van het aangepaste kader met het macrobeheersinstrument, wanneer partijen de gestelde uitgavenkaders zouden overschrijden.

Maatregel 3: Het opstellen van een meerjarige visie is uitvoerbaar. In de vormgeving kan de overheid nog keuzes maken. Het huidige IZA beschrijft al een hervormingsopgave die langer duurt dan de akkoordperiode en waar een nieuw kabinet desgewenst op kan voortbouwen. Met de maatregel gaat de overheid een lange termijn visie formuleren als leidraad voor de akkoordonderhandelingen en specificeren welke financiële gevolgen de hervormingsvisie in volgende akkoordperiodes zou hebben als deze zou worden voortgezet. Een verdergaand alternatief is om akkoorden voor meer dan vier jaar af te sluiten. Dit beperkt echter sterker de beleidsvrijheid van het volgende kabinet.

Financiële effecten

De maatregelen versterken en verbreden het handelingsrepertoire van de overheid bij de uitvoering van het voornemen om bestuurlijke akkoorden te sluiten met als doel uitgavenbeheersing en kunnen daarmee de positie van de overheid versterken om effectieve akkoorden te sluiten. De mogelijkheid om akkoorden af te sluiten blijft afhankelijk van de prikkels voor en bereidheid van zorgpartijen om een bestuurlijk akkoord af te sluiten. Het effect van zorgakkoorden is afhankelijk van het afgesloten akkoord. De maatregelen kunnen de opbrengst verhogen en de kans op besparingsverliezen verkleinen, maar deze opbrengst kan niet worden gekwantificeerd. In de ombuigingslijst van het ministerie van Financiën staan mogelijke ambitieniveaus voor het afsluiten van zorgakkoorden. Het is een politieke afweging welk ambitieniveau wenselijk en uitvoerbaar is voor het afsluiten van zorgakkoorden. Het CPB honoreert in haar doorrekeningen de intentie om bestuurlijke akkoorden af te sluiten in combinatie met een macrobeheersinstrument, als onderdeel van de maximale generieke korting in de Zvw.¹¹¹

Overige effecten

Maatregel 1: Zorgakkoorden zijn een belangrijk instrument voor de overheid om vanuit het publieke belang te sturen op gewenste ontwikkelingen in het zorgaanbod en de uitgaven te beheersen. Een sterkere positie bij het afsluiten van akkoorden kan zodoende ingezet worden voor een betere betaalbaarheid, maar ook voor een betere kwaliteit of toegankelijkheid.

Maatregel 2: Het bij uitblijven van een akkoord doorvoeren van een eenzijdige aanpassing van de sectorale kaders kan bijdragen aan het vermogen van de overheid om te sturen op de beoogde veranderingen. Het ontbreken van commitment van de zorgpartijen aan een budgettaire ontwikkeling en een inhoudelijke agenda, betekent dat de kans kleiner is dat deze wordt uitgevoerd in de praktijk. Dit geeft de overheid minder zekerheid dan een zorgakkoord dat de budgettaire aanpassing wordt gerealiseerd en dat deze wordt gerealiseerd met de beoogde aanpassing van het zorgaanbod. Hierdoor is het risico ook groter dat de ontwikkeling ten koste gaat van de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

Maatregel 3: Een meerjarige visie kan de continuïteit van beleid verbeteren. Momenteel maken partijen afspraken over de uitgavenontwikkeling en inhoudelijke agenda voor dezelfde vierjarige periode. In de praktijk is tijd nodig voor het uitvoeren van afspraken, waardoor effecten kunnen blijven oplopen de afgesproken periode. Aangezien geen afspraken zijn gemaakt over de inhoudelijke inzet en budgettaire effecten ná de periode, is het voortzetten van investeringen en

¹¹⁰ In het bijzonder de zorg voor zintuiglijk gehandicapten, het eerstelijnsverblijf en de geriatrische revalidatiezorg.

¹¹¹ CPB (2023), Keuzes in Kaart 2025-2028.

realiseren van de besparingen afhankelijk van de afspraken in een nieuwe akkoordperiode. Deze onzekerheid wordt beperkt door de verwachtingen voor na de akkoordperiode expliciet te maken in een visie die doorloopt na de akkoordperiode.

19. Prijsbeheersing

Omschrijving

De overheid reguleert de prijzen van zorg voor sectoren of behandelingen waar de zorgverzekeraar door marktfalen onvoldoende in staat is de prijzen te beheersen. De NZa bepaalt voor deze zorg vaste of maximumtarieven.¹¹² Met deze maatregel wordt dit beleid herzien en gaat de overheid prijsregulering actiever gebruiken om te sturen op doelmatige uitkomsten. Voorafgaand aan de invoering wordt de NZa gevraagd varianten 2 en 3 nader te onderzoeken en te adviseren over de optimale instrumentmix. Bij variant 1 is onderzoek door de NZa onderdeel van de maatregel.

1. De overheid gaat de bestaande tariefregulering herzien. Hierbij gaat de overheid de wenselijkheid van het (her)invoeren van tariefregulering onderzoeken voor sectoren waar de prijsstelling momenteel vrij wordt gelaten, maar waar aanwijzingen zijn dat machtsposities zijn ontstaan of de uitgavengroei hoger is dan verwacht zonder duidelijke verklaring. Tegelijk gaat de overheid het vrijlaten van tarieven onderzoeken voor sectoren waar tarieven momenteel worden gereguleerd, maar de wenselijkheid van tariefregulering niet recent is onderzocht.
2. De overheid past de totstandkoming van tarieven aan om actiever te sturen op verbetering van de doelmatigheid van de zorg waarvoor de prijzen zijn gereguleerd. Hiervoor zijn drie varianten: a) benchmarking om de hoogte van tarieven te baseren op de gemiddelde kosten van de best presterende zorgaanbieders, in plaats van de gemiddelde kosten van alle onderzochte zorgaanbieders, b) het bijstellen van tarieven op basis van de ontwikkeling van productiviteit in de zorg, waarbij tarieven jaarlijks neerwaarts worden bijgesteld voor de mate waarin met dezelfde mensen en middelen meer zorg kan worden geleverd, c) het vaker bijstellen van tarieven in sectoren of voor zorgproducten waar aannemelijk is dat kosten relatief snel dalen door innovaties.
3. De overheid gaat met de tarieven sturen op substitutie van verrichtingen naar de meest doelmatige behandelaar. Hiervoor zijn twee varianten: a) voor zorgproducten waarbij alle verrichtingen naar de eerste lijn verplaatst kunnen worden, wordt de mogelijkheid tot declaratie beperkt tot eerstelijnsaanbieders, en b) voor zorgproducten waarvoor een deel van de verrichtingen doelmatiger in de eerste lijn kan worden uitgevoerd, wordt een uniform tarief bepaald voor de eerste en tweede lijn of wordt de prestatie anderszins aangepast om declaratie in de eerste lijn te bevorderen.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel is om de beheersing door de overheid te versterken waar zorgverzekeraars onvoldoende in staat zijn doelmatige uitkomsten te realiseren. Het kan bijvoorbeeld gaan om onderdelen van de zorg waar sprake is van marktmacht bij aanbieders. Zoals beschreven in de probleemanalyse, is een mogelijkheid dat toenemende schaarste van aanbod ten opzichte van de vraag leidt tot een groei van het aandeel van de zorg waar sprake is van marktmacht bij aanbieders. De overheid kan onderzoek uitvoeren om te bepalen of de huidige tariefregulering nog aansluit bij de marktontwikkeling. Waar de overheid ingrijpt in de tariefstelling, neemt de overheid een deel van de rol van de verzekeraar over. De overheid stuurt nog beperkt op het bevorderen van doelmatigheid met deze tarieven.

Uitvoerbaarheid

Voor alle maatregelen geldt dat de uitvoering kan vragen om een uitbreiding van de capaciteit van de NZa als uitvoeringsorganisatie. Het uitgaande kabinet heeft besloten tot de maatregel 'Sturing op doelmatigheid via de tarieven', waaraan nog invulling moet worden gegeven. De invulling kan leiden tot nieuwe inzichten over de uitvoerbaarheid van de hier beschreven varianten. Maatregel 1: Het uitbreiden van de tariefregulering is uitvoerbaar. De NZa kan met een aanwijzing worden verzocht de tariefsoort aan te passen. De NZa voert onderzoek uit naar de gewenste

¹¹² Een veelvoorkomende vorm is ook het max-maxtarief. De maximumtarieven uit de tariefbeschikking kunnen maximaal met 10% worden verhoogd als hiervoor een schriftelijke overeenkomst tussen de betreffende zorgaanbieder en ziektekostenverzekeraar is. Hiermee kan aanvullende tariefruimte voor innovatieve zorg of kwaliteitsverbetering worden geboden.

tariefsoort voor verschillende zorgsoorten. De NZa kan worden verzocht eerder onderzoek naar de gewenste tariefsoort voor verschillende zorgsoorten te updaten en zich hierbij te richten op onderdelen van de markt waar de ontwikkeling van marktmacht bij zorgaanbieders aanleiding kan geven tot herziening van de bestaande regulering. Een voorbeeld hiervan kan zijn de tertiaire medisch-specialistische zorg. Zie uitvoeringsvariant 20.

Maatregel 2: Het is mogelijk om de NZa een aanwijzing te geven om de manier waarop zij haar tarieven bepaalt aan te passen. De NZa is verantwoordelijk voor het vaststellen van ten minste redelijkerwijs kostendekkende tarieven voor die sectoren of behandelingen waar gereguleerde tarieven gelden. De NZa stelt de maximumtarieven vast door periodiek kostenonderzoek. Momenteel stelt de NZa deze tarieven vast op basis van het gemiddelde van de uitgevraagde kosten. Een andere bepalingswijze dan op basis van de gemiddelde kosten is zonder wijziging van wet- of regelgeving mogelijk, zolang ook voor deze bepalingswijze kan worden onderbouwd dat deze leidt tot redelijkerwijs kostendekkende tarieven. De juridische uitvoerbaarheid is daarmee afhankelijk van de onderbouwing die kan worden opgesteld voor de betreffende zorg.

Maatregel 3: Het is mogelijk om declaratiemogelijkheden aan te passen zoals beschreven. Hiervoor is mogelijk een wetwijziging nodig om de bevoegdheden van de NZa uit te breiden. Voor de uitvoerbaarheid van de beoogde substitutie is relevant of de 'ontvangende' zorg voldoende capaciteit heeft om de zorg uit te voeren. Daarnaast is aanvullend onderzoek nodig voor een goede onderbouwing voor welke verrichtingen in welke mate zorg kan worden verplaatst.

Financiële effecten

Het financiële effect is afhankelijk van de exacte invulling en kan worden gekwantificeerd op basis van onderzoek door de NZa.

Maatregel 1: Prijsbeheersing kan leiden tot hogere doelmatigheid wanneer zorgaanbieders onvoldoende prikkel ervaren om doelmatig te werken. Waar marktfalen niet in de weg staat zorgen verzekeraars voor deze prikkel. Het reguleren van prijzen in een goed functionerende deelmarkt kan overbodig zijn of zelfs averechts werken, omdat de gereguleerde prijs een 'anker' kan vormen voor de zorginkoop. Daarom is gerichte herziening wenselijk om een positief financieel effect te borgen.

Maatregel 2 en 3: Het actief sturen op doelmatigheid leidt tot gemiddeld lagere tarieven en uitgaven. Voor deze zorg wordt aangenomen dat al sprake is van tariefregulering. Aanpassen van de bepalingswijze van het tarief is daarmee geen nieuwe afruil met de beheersing door verzekeraars. De omvang van het effect is afhankelijk van de mate waarin tarieven op de genoemde gronden kunnen worden bijgesteld, waarbij deze nog steeds een redelijkerwijs kostendekkende vergoeding bieden.

Maatregel 3: hiervoor is eerder een kwantificering opgenomen in de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen.¹¹³ Het uitgaande kabinet heeft besloten tot de maatregel 'Sturing op doelmatigheid via de tarieven', die raakvlakken heeft met de hier beschreven mogelijkheden. De invulling van deze maatregel is echter nog niet bekend, waardoor nog niet vaststaat of en in welke mate de beschreven varianten additioneel zijn op voorgenomen beleid.

Overige effecten

Zoals benoemd in de probleemanalyse, is een reële mogelijkheid dat het zorgaanbod op korte en middellange termijn achterblijft op de zorgvraag, door het ontbreken van voldoende personeel om het zorgaanbod te organiseren. In deze situatie wordt de toegankelijkheid van zorg mede bepaald door de doelmatigheid. Het verbeteren van de doelmatigheid van zorg kan dan een positief effect hebben op de toegankelijkheid, doordat met beperkt personeel meer zorg wordt geleverd of de juiste zorg op de juiste plek geleverd kan worden.

¹¹³ Ministerie van Financiën (2020), Brede Maatschappelijke Heroverwegingen.

Voor alle maatregelen geldt dat het onderbouwen van tarieven vraagt om kostprijsonderzoeken, waarvoor informatie inzichtelijk moet worden gemaakt. Dit kan leiden tot meer administratieve lasten. Anderszins kunnen administratieve lasten uit de inkoop door verzekeraars vervallen.

20. Versterking beheersing tertiaire medisch-specialistische zorg

Omschrijving

De overheid versterkt de beheersing van tertiaire medisch-specialistische zorg (MSZ). Hiertoe kan de overheid twee maatregelen nemen:

- a) Het ontwikkelen van een aangepast beheersingsmodel om te sturen op doelmatigheid;
- b) Het aanpassen van de beschikbaarheidsbijdrage academische zorg (BBAZ) om te sturen op een gewenst niveau van voorzieningen.

Ad a) De overheid ontwikkelt een aangepast beheersingsmodel. De aanname is dat aanbieders van tertiaire MSZ relatief veel marktmacht hebben, met minder doelmatigheid tot gevolg. De overheid start een voorbereidingstraject van enkele jaren om te komen tot een effectieve instrumentmix. De reden voor dit traject is dat tertiaire zorg zowel zorginhoudelijk als organisatorisch moeilijk af te bakenen is. Het voorbereidingstraject moet het risico beperken dat aanpassing leidt tot perverse financiële prikkels of een ongewenste verschuiving in de rollen binnen het huidige stelsel. In het voorbereidingstraject worden in ieder geval de volgende instrumenten verkend:

1. Zorgverzekeraars kunnen meer gebruikmaken van gezamenlijke inkoop. Meer inkoopmacht kan zorgen voor lagere prijzen en meer doelmatigheid. Verzekeraars zetten gezamenlijke inkoop al in voor specifieke onderdelen van de zorg, waaronder dure geneesmiddelen, bepaalde functies in de acute zorg en het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie.
2. De overheid kan het aanmerkelijke marktmacht (AMM)-instrumentarium gericht inzetten bij de contractering van ziekenhuizen met grote marktmacht.
3. De overheid kan sturen op doelmatigheid binnen de BBAZ. De overheid financiert de tertiaire MSZ met dit instrument deels zonder tussenkomst van verzekeraars. De BBAZ bestaat uit een opslag op de kosten van geselecteerde zorgproducten voor ziekenhuizen met relatief veel complexe patiënten (70%) en een bijdrage aan onderzoek en innovatie (30%). Momenteel stuurt de overheid met dit instrument niet op doelmatigheid. De overheid kan na nadere analyse van de uitvoerbaarheid en wenselijkheid ook kiezen om de afbakening van de BBAZ aan te passen om de sturingsmogelijkheden verder te vergroten.
4. De overheid kan sturen op de capaciteitsontwikkeling van specifieke zorgfuncties, zoals behandelmogelijkheden waar concentratie zou leiden tot kwaliteit- of doelmatigheidswinst. Het gaat met name om de inzet van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) om bepaalde zorgfuncties aan te wijzen, die alleen mogen worden verricht door aangewezen zorgaanbieders. Momenteel wordt deze bevoegdheid ingezet uit kwaliteitsoverwegingen.
5. De overheid kan actiever sturen op de totstandkoming voor prijzen van deze zorg. Zie voor een beschrijving van het instrumentarium uitvoeringsvariant 19 (prijsbeheersing).

Ad b) De overheid kan met de BBAZ naast doelmatigheid (a.3) ook actiever sturen op het niveau van voorzieningen. De overheid past het budget van de BBAZ aan en benoemt welke voorzieningen de ontvangers moeten aanpassen om uit te komen met het aangepaste budget. Het kan bijvoorbeeld gaan om lagere uitgaven aan onderzoek en innovatie. In tegenstelling tot variant a.3, kiest de overheid bij deze variant dus voor een andere invulling van het verzekerde pakket.

Doel en aansluiting op aanknopingspunten

Het doel is het versterken van de beheersing van tertiaire zorgfuncties in de MSZ. Deze zorg, die met name UMC's en STZ-ziekenhuizen leveren, is de afgelopen jaren sterker gegroeid dan gemiddeld binnen de MSZ en daarmee een belangrijke kostendrijver.¹¹⁴ Het risico bestaat dat deze uitgaven en personeelsinzet basiszorg verdringen. De beheersing schiet momenteel tekort. Ten eerste zijn verzekeraars onvoldoende in staat om via de zorginkoop de ontwikkeling van het zorgaanbod te beheersen, omdat deze zorgaanbieders een dominante marktpositie hebben. Dit

¹¹⁴ Rathenau instituut (2022): *Inkomsten, onderzoek en zorg van de universitair medisch centra*.

kan leiden tot een inefficiënte marktuitskomst, zoals prijzen die boven de kostprijs liggen of het blokkeren van bredere wenselijke ontwikkelingen zoals de afbouw of concentratie van specifieke zorg. De hogere kosten van deze zorg worden in de praktijk onder andere gebruikt om kruissubsidies te verlenen voor het ontwikkelen van zeer specialistische expertise en academisch onderzoek.¹¹⁵ Deze ontwikkeling is strijdig met een bestendige politieke voorkeur om capaciteit te verplaatsen van zeer specialistische zorg naar basiszorg. Ten tweede heeft de overheid te weinig informatie en instrumenten om met de gebruikelijke instrumenten voor pakketbeheersing actieve keuzes te maken over de inhoud van het verzekerde pakket.

Uitvoerbaarheid

Ad a): De uitvoerbaarheid is onderdeel van het voorbereidingstraject, dat enkele jaren in beslag zal nemen. De implementatietermijn is afhankelijk van de uiteindelijke instrumentmix. Voor enkele maatregelen is een wetwijziging nodig. Hiervoor geldt een implementatietermijn van twee jaar. Om deze reden wordt uitgegaan van twee jaar voorbereiding en twee jaar implementatie. Per maatregel zijn er de volgende aandachtspunten bij de uitvoerbaarheid:

- **Maatregel 1:** Voor gezamenlijke inkoop door verzekeraars bestaan meerdere modellen. De afbakening van de in te kopen zorg bepaalt welk model kan worden ingezet. Het is mogelijk zonder aanpassing van regelgeving gezamenlijk in te kopen, als verzekeraars dit vrijwillig doen en zij binnen de mededingingsregels handelen. Een ander model is om inkoop in representatie te verplichten, zoals bij de acute ggz en huisartsendienstenstructuren het geval is. In dat geval bepaalt de NZa een budget per regio en is een publiek zorginhoudelijk kader over gewenste kwaliteit en toegankelijkheid nodig.
- **Maatregel 2:** Het breder inzetten van het AMM-instrumentarium vergt mogelijk een wetwijziging, afhankelijk van de nadere analyse van effectieve mogelijkheden.
- **Maatregel 3:** Het sturen op doelmatigheid binnen de BBAZ is mogelijk door normerende elementen toe te voegen aan de vaststelling van de bijdragen. De NZa krijgt de opdracht om op basis van kostenonderzoeken de bijdragen vast te stellen naar een niveau dat past bij aanbieders die de zorg relatief doelmatig uitvoeren. Het voorbereiden hiervan zal enkele jaren in beslag nemen. Daarnaast kan de afbakening van de BBAZ op specifieke onderdelen kan worden aangepast. Afhankelijk van de vormgeving van de instrumentmix en de rol hierbij van overheidsbudgettering versus inkoop in representatie kan deze afbakening groter of kleiner worden. Het aanpassen van de afbakening vraagt een gedetailleerde analyse om ongewenste financiële prikkels te beperken.
- **Maatregel 4:** Het sturen op een doelmatige capaciteitsontwikkeling vergt mogelijk aanpassing van wet- of regelgeving. In de Wet op de bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) is het mogelijk om medische verrichtingen, apparatuur en voorzieningen onder een vergunningplicht te brengen als er gewichtige belangen zijn om dat te doen. Een gewichtig belang kan bijvoorbeeld zijn het garanderen van de kwaliteit of doelmatigheid van de zorg, of omdat de financiële risico's van de investering zo groot zijn dat het zorgaanbod zonder overheidsinterventie niet tot stand komt. In het laatste geval kan een Wbmv-vergunning aan de orde zijn. Afhankelijk van de vormgeving kan bij gedwongen verplaatsing van zorg sprake zijn van eigendomsontneming en/of eigendomsregulering. Hiervoor kan dan een financiële compensatie- of transitierегeling nodig zijn voor de betrokken ziekenhuizen. Onderlinge uitruil van tertiaire zorg bij verdere concentratie kan de consequenties verminderen of wegnemen. Daarnaast dient rekening te worden gehouden dat tertiaire zorg vaak geleverd wordt door hoogspecialistische professionals, die bij verschuiving niet zonder meer vervangen kunnen worden. In de maatregel kan rekening worden gehouden met het onderscheid tussen bestaande en nieuwe zeer complexe zorg. Door sterkere overheidssturing kunnen nieuwe innovatieve dure zorgvoorzieningen, zoals bijvoorbeeld protonencentra, vanaf de introductie meer worden beheerst. Dit voorkomt

¹¹⁵ Levi e.a. (2013), *Medisch-wetenschappelijk onderzoek in Nederland*

aanbodgedreven dure zorg, en transitiekosten die bij concentratie van bestaande zorg van toepassing zijn.

- Maatregel 5: Zie uitvoeringsvariant 19 (prijnsbeheersing).

Bij b): De overheid verlaagt het budget van de BBAZ met het doel het voorzieningenniveau aan te passen. Momenteel is het inzicht beperkt in welke voorzieningen de ontvangers financieren uit de BBAZ, waardoor het niet mogelijk is in detail te sturen op welke voorzieningen worden aangeboden. Het aanpassen van het budget vraagt daarom een aanpassing van wetgeving, waarbij de overheid verduidelijkt dat wordt beoogd een normatief budget vast te stellen voor bijvoorbeeld investeringen in onderzoek en innovatie. Als de overheid in meer detail wil sturen kan een onderzoekstraject kunnen worden gestart om het inzicht te vergroten.

Financiële effecten

BUDGETTAIRE GEVOLGEN IN € MLN	2025	2026	2027	2028	STRUC.	STRUC. IN
Netto besparing variant a					-160	2030
Netto besparing variant b			-30	-65	-95	2028

Ad) Het versterken van de beheersing leidt tot lagere uitgaven. Aanbieders van tertiaire MSZ hebben relatief veel marktmacht, omdat zij zorgfuncties aanbieden die relatief vaak niet vervangbaar zijn. Dit beperkt de mogelijkheden van verzekeraars om deze zorg niet in te kopen.¹¹⁶ Het versterken van de beheersing versterkt de tegenmacht, waardoor de uitgaven kunnen dalen.

Voor de grondslag gaan we uit van de Zvw-omzet van academische ziekenhuizen.¹¹⁷ Enerzijds is dit een overschatting, omdat academische ziekenhuizen voor een deel basiszorg leveren die bij andere aanbieders kan worden ingekocht. Anderzijds is dit een onderschatting omdat een deel van de overige ziekenhuizen ook zorg levert waarvoor geen selectieve inkoop kan plaatsvinden. De aanname is dat beide effecten elkaar compenseren. De uitgaven zijn € 6,2 miljard in 2023. Extrapolatie naar 2026 brengt de grondslag naar € 6,3 miljard in 2026.

Het mogelijke effect van marktmacht op prijzen in de MSZ wordt geschat op 10%. Deze aanname is gebaseerd op twee observaties. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) constateert dat een hogere marktconcentratie kan leiden tot hogere prijzen in de orde van -5 tot meer dan 20%, en gemiddeld ongeveer 10%.¹¹⁸ Onderzoek naar tarieven binnen het wettelijk en vrijwillig eigen risico (tot 885 euro) concludeert dat academische zorg ongeveer 10% duurder is voor dezelfde behandelingen.¹¹⁹

Het beheersingsmodel zal niet leiden tot een volledig functionerende zorginkoopmarkt, waarmee de dominante marktpositie volledig kan worden weggenomen. Daarom moet een aanname worden gedaan voor de mogelijke reductie van de ondoelmatigheid. Deze kan tussen 25-50% worden gesteld. Vanwege de hoge mate van onzekerheid in de raming, wordt in de tabel uitgegaan van 25%. De structurele besparing komt daarmee uit op € 160 miljoen. Omdat voor deze maatregel uit wordt gegaan van een voorbereidingstraject van enkele jaren wordt tot t+4 nog geen financieel effect verwacht. De verwachte opbrengst kan tijdens het voorbereidingstraject in meer detail worden geraamd.

Ad b) De financiële gevolgen zijn afhankelijk van de aanpassing van voorzieningen. De BBAZ bedraagt € 965 miljoen in 2026. Dit bestaat uit een opslag op de kosten van geselecteerde zorgproducten voor ziekenhuizen met relatief veel complexe patiënten (70%) en een bijdrage aan

¹¹⁶ SAMR (2019), *Overstap verzekeren bij niet-contracteren van ziekenhuizen*

¹¹⁷ NZa (2021), *Monitor MSZ 2021*

¹¹⁸ ACM (2017), *Prijs- en volume-effecten van ziekenhuisfusies 2007-2014*.

¹¹⁹ Douven et al (2017), *Grote prijsverschillen ziekenhuiszorg, ondanks concurrentie* (ESB, 2018)

onderzoek en innovatie (30%). Voor de kwantificering wordt uitgegaan van een verlaging van het budget aan onderzoek en innovatie van 33%. Dit levert een structurele besparing op van afgerond € 95 miljoen per jaar. De aanname is dat drie jaar nodig is om een het voornemen tot aanpassing van de voorzieningen te vertalen in het beëindigen van onderzoeks- en innovatieactiviteiten.

Overige effecten

De overige effecten van maatregel a) zijn afhankelijk van de vormgeving. De verwachte effecten dienen in het voorbereidingstraject in kaart te worden gebracht. In algemene zin is de tertiaire zorg inhoudelijk, financieel en organisatorisch moeilijk af te bakenen, verweven met andere zorg en veranderlijk in de tijd. Dat maakt dat ingrijpen op de tertiaire zorg mogelijk alleen effectief is als de sturing op ziekenhuizen als geheel wordt aangepast. Daarnaast grijpen de maatregelen in op de rollen binnen het stelsel: verantwoordelijkheden verschuiven van individuele verzekeraars naar verzekeraars als collectief en de overheid. Naarmate de ingreep een groter deel van de MSZ beslaat, heeft dit grotere gevolgen voor onder meer de prikkels voor individuele zorgverzekeraars en de verwachtingen van de overheid. Gezamenlijk maakt dit dat dit het voor dit fische wenselijk is om te komen tot een gebalanceerde instrumentenmix, waarmee de beheersing wordt versterkt en perverse prikkels zoveel mogelijk beperkt. Mogelijke effecten zijn:

- Maatregel a.1: De inkoop in representatie versterkt de tegenmacht voor een dominante aanbieder door er een dominante inkoper tegenover te zetten. Dat versterkt de druk die de inkoper kan uitoefenen, maar kan ook leiden tot ongewenste resultaten. Het beperkt de prikkel voor verzekeraars om doelmatig in te kopen, omdat zij daarmee geen financieel voordeel ten opzichte van concurrenten kunnen behalen. Daarnaast wordt de ruimte voor individuele verzekeraars ingeperkt om eigen keuzes te maken in de inkoop, waardoor de prikkel tot innovatie en de keuzemogelijkheden voor verzekerden kunnen afnemen.
- Maatregel a.2: Het vergroten van de rol van de overheid om grenzen te stellen aan de contractering, beperkt de mogelijkheden van de verzekeraars en aanbieders om afspraken te maken in de contractering.
- Maatregel a.3: Het reguleren van de tarieven leidt tot het bevorderen van de allocatie van middelen voor het leveren van de zorg en het uitvoeren van onderzoek binnen de BBAZ.
- Maatregel a.4: De concentratie van zorg leidt tot bundeling van kennis en expertise binnen een kleiner aantal zorgaanbieders. Doordat de behandeling vaker wordt uitgevoerd is de veronderstelling dat kwaliteit van de behandeling wordt verhoogd en door schaalvoordelen de efficiëntie wordt vergroot. Anderzijds betekent dit ook dat het aantal zorgaanbieder wordt beperkt, en daarmee de machtspositie van de zorgaanbieders wordt versterkt. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing beschikbaar waaruit blijkt welke van de effecten doorslaggevend is in de praktijk. Deze maatregel vraagt daarom gelijktijdige inzet van maatregelen om de marktmacht van de zorgaanbieders te verminderen, om de kans op netto positieve uitkomsten te vergroten.
- Maatregel a.5: Zie uitvoeringsvariant 19 (prijsbeheersing).

Ad b): Het nemen van individuele maatregelen zonder bredere herziening van de beheersing, kan ertoe leiden dat zorgaanbieders gemiste omzet compenseren door tarieven voor overige zorg of het zorgvolume te verhogen. Deze sturing is daarom effectiever wanneer deze wordt gecombineerd met sterke sturing op het beperken van de machtspositie van de betreffende zorgaanbieders.

De analyse in het hoofdrapport is gericht op de instrumenten om te kunnen sturen op een gewenste uitgavenontwikkeling. Deze bijlage bevat informatie over:

1. Het basispad van de zorguitgaven: dit is de ontwikkeling van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid. Paragraaf 1 bevat het basispad van de VWS-begroting. Hierin zijn al maatregelen van het uitgaande kabinet verwerkt. Dit pad kent verschillen met die van het CPB.
2. De besparingen die nodig zijn om op alternatieve paden te komen. Hiervoor zijn twee mogelijke paden in beeld gebracht waar de politiek voor kan kiezen.
3. Een beeld van de maatregelen waarvan de geraamde besparingen op de zorguitgaven al zijn verwerkt in het basispad van de VWS-begroting, maar die nog concreet moeten worden ingevuld om de besparingen te realiseren.
4. Verschillen tussen het basispad van de VWS-begroting en het basispad van het CPB.

1. Ontwikkeling zorguitgaven (basispad)

Bij ongewijzigd beleid stijgen de zorguitgaven in de periode 2025-2028 met ongeveer 18 miljard euro. De uitgaven aan de Zorgverzekeringswet (Zvw) stijgen met ongeveer 10 miljard euro naar 73 miljard euro. De uitgaven aan de Wet langdurige zorg (Wlz) stijgen met ongeveer 8 miljard euro naar ruim 44 miljard euro. Dit is een nominale stijging van ongeveer 5% per jaar in de Zvw en ongeveer 7% per jaar in de Wlz. Doordat de zorguitgaven sneller stijgen dan het bruto binnenlands product, zal een steeds groter gedeelte van ons bruto binnenlands product worden besteed aan de zorg.

Tabel 1: Basispad Zvw en Wlz o.b.v. cMEV 2023, uitgaven in miljarden euro's

	2024	2025	2026	2027	2028
Basispad Wlz	34,4	36,1	38,8	41,3	44,2
Basispad Zvw	60,8	63,7	66,7	69,9	73,0
-Wv. Structurele uitgaven	60,2	62,9	66,1	69,5	73,0
-Wv. Incidentele transformatiemiddelen	0,6	0,8	0,6	0,4	0

2. Alternatieve paden zorguitgaven

Wat als (financieel) houdbaar wordt gezien is een politieke keuze. Ter illustratie zijn twee alternatieve paden in beeld gebracht waarvoor politiek gekozen kan worden. Ten opzichte van het basispad vergt het aanvullende maatregelen van een nieuw kabinet om op deze paden te komen.

1. *Demografiepad:* Met dit pad wordt de groei van de zorguitgaven in lijn gebracht met de groei die voortkomt uit demografie, inflatie en de stijging van de reële lonen en prijzen in de zorg. Het demografiepad wordt berekend door de uitgaven in het basisjaar (2024) van de berekening te vermenigvuldigen met de groei die voortkomt uit demografie, inflatie en stijging van reële lonen en prijzen in de zorg. Door de vergrijzende bevolking zullen de uitgaven in dit pad een steeds groter beslag leggen op ons (nationaal) inkomen. Dit verdringt andere collectieve uitgaven tenzij de belastingen en/of de staatsschuld worden verhoogd.
2. *bbp-pad:* Met dit pad wordt de groei van de zorguitgaven in lijn gebracht met de groei van het bruto binnenlands product (bbp). Het bbp-pad wordt berekend door de uitgaven in het basisjaar (2024) te vermenigvuldigen met de groei van het bbp. De zorguitgaven leggen met deze maatstaf geen groeiend beslag op het (nationaal) inkomen. Dit betekent dat het aandeel van de netto zorguitgaven in de overheidsuitgaven gelijk blijft en andere uitgaven niet verdrongen worden. Doordat geen rekening wordt gehouden met de toenemende vergrijzing, zal geen sprake meer zijn van gelijkblijvende voorzieningen.

De alternatieve paden in de Wlz vereisen aanzienlijke aanvullende maatregelen van een nieuw kabinet. Om uitgaven in de Wlz niet sterker te laten stijgen dan de demografie zijn aanvullende maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 1 miljard euro in 2028. Om op het bbp-pad te komen, zijn meer aanvullende maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 4,3 miljard euro in 2028.

Tabel 2: Benodigde besparingen in de Wlz om op alternatieve paden te komen, in miljarden euro's

	2025	2026	2027	2028
Pad 1: Demografie	0	0,2	0,5	1,0
Pad 2: bbp	0,5	1,8	2,8	4,3

Het basispad voor de Zvw-uitgaven bestaat uit structurele zorguitgaven en incidentele transformatiemiddelen. Zoals uit tabel 1 blijkt, zijn er in de Zvw de komende jaren aanzienlijke incidentele IZA-transformatiemiddelen beschikbaar voor de bekostiging van maatregelen die moeten leiden tot een verlaging van de uitgaven op de lange termijn. Door de transformatiemiddelen zijn de uitgaven de komende jaren incidenteel hoger, waaronder in het basisjaar van de berekening. Wanneer de transformatiemiddelen in de berekening worden meegenomen, liggen hierdoor de benodigde besparingen om tot een alternatief pad te komen lager (zie tabel 3). Om op het demografiepad te komen, zijn vrijwel geen besparingen noodzakelijk. Om op het bbp-pad te komen, zijn wel aanvullende maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 2,7 miljard euro in 2028.

Wanneer wordt gecorrigeerd voor de transformatiemiddelen zijn voor 2027 en 2028 aanvullende maatregelen nodig van respectievelijk 0,3 miljard en 0,7 miljard euro om te komen op het demografiepad. Om op het bbp-pad te komen zijn meer aanvullende maatregelen nodig. Dit loopt op tot ongeveer 3,4 miljard euro in 2028. De reden om te corrigeren voor incidentele middelen is dat deze bedoeld zijn ter verlaging van de groei van de zorguitgaven. Indien niet voor deze incidentele middelen wordt gecorrigeerd, komen de alternatieve paden juist hoger uit. Door te corrigeren worden de alternatieve paden berekend over alleen de structurele zorguitgaven.

Om in 2025 en 2026 te komen tot de bbp-paden moeten de huidige IZA-akkoorden opgebroken worden. Voor zowel de oude IZA-taakstellingen als het extra groeipad, zullen dan concrete maatregelen moeten worden genomen.

Tabel 3: Benodigde besparingen in de Zvw om op alternatieve paden te komen, in miljarden euro's

	2025	2026	2027	2028
Pad 1: Demografie	0,1	0	0	0
Gecorrigeerd voor transformatiemiddelen	0	0	0,3	0,7
Pad 2: bbp	0,9	1,4	2,0	2,7
Gecorrigeerd voor transformatiemiddelen	0,7	1,5	2,3	3,4

3. Nader in te vullen maatregelen in het basispad

In het basispad van de VWS-begroting¹²⁰ zijn al diverse maatregelen van het uitgaande kabinet verwerkt om de groei te beperken, vaak met een langjarige oploop en structurele doorwerking op de zorguitgaven. De maatregelen zijn taakstellend ingeboekt en een aanzienlijk deel dient nog concreet te worden ingevuld, oplopend tot 3,7 miljard euro structureel. De maatregelen in tabel 4 zijn ambtelijk uitgewerkt, maar vragen nog besluitvorming door een nieuw kabinet. De maatregelen in tabel 5 dienen nog ambtelijk verder te worden uitgewerkt alvorens besluitvorming kan plaatsvinden. Er zijn vanuit het vorige coalitieakkoord diverse andere ombuigingen verwerkt in het basispad van de VWS-begroting, waaronder het Integraal Zorgakkoord, Passende zorg en de Hervormingsagenda Jeugd. Deze zijn niet opgenomen in de tabellen omdat de implementatie van deze maatregelen reeds is ingezet. Indien een nieuw kabinet ervoor kiest (een deel van) deze maatregelen niet te implementeren, leidt dit tot hogere zorguitgaven dan in het basispad van de VWS-begroting weergegeven.

Tabel 4: Maatregelen voorzien van ambtelijk voorstel, politiek besluit nodig, in miljoenen euro's

In miljoenen euro's	2025	2026	2027	2028	Struc.
Zvw					
Vormgeving ER	-200	-200	-200	-200	-200
A. Subtotaal Zvw	-200	-200	-200	-200	-200
Wlz					
Doorontwikkeling kwaliteitskader	-200	-350	-350	-350	-350

¹²⁰ In het basispad van het CPB zijn tevens al diverse maatregelen van het uitgaande kabinet verwerkt. Dit komt echter niet volledig overeen met het basispad van de VWS-begroting.

Meerjarig contracteren	-245	-135	-135	-135	-135
Behandeling Wlz	-170	-170	-170	-170	-170
Maatwerk PGB	-30	-60	-110	-110	-110
B. Subtotaal Wlz	-645	-715	-765	-765	-765
Gemeentefonds					
Jeugd (511 miljoen)	-500	-500	-511	-511	-511
Inkomensafhankelijke EB Wmo		-225	-225	-225	-225
C. Subtotaal Gemeentefonds	-500	-725	-736	-736	-736
Totaal tabel 4 (A+B+C)	-1.345	-1.640	-1.701	-1.701	-1.701

Tabel 5: Maatregelen nog te voorzien van inhoudelijke invulling, in miljoenen euro's

In miljoenen euro's	2025	2026	2027	2028	Struc.
Zvw					
GVS	-140	-140	-140	-140	-140
Maatregelen niet-IZA	-65	-145	-145	-145	-145
Sturing doelmatigheid via tarief	-70	-74	-74	-74	-74
Gegevensuitwisseling			-113	-227	-340
Stimulering 1,5-lijnszorg			-50	-50	-50
A. Subtotaal Zvw	-275	-359	-522	-636	-749
Wlz					
Scheiden wonen en zorg	-130	-173	-217	-257	-1.200
B. Subtotaal Wlz	-130	-173	-217	-257	-1.200
Totaal tabel 5 (A+B)	-405	-532	-739	-893	-1.949

Optelling tabel 4 en tabel 5	-1.750	-2.172	-2.440	-2.594	-3.650
------------------------------	--------	--------	--------	--------	--------

4. Verschillen met het basispad van het CPB

Er zijn verschillen tussen het basispad van het CPB en het basispad van de VWS-begroting. CPB maakt voor haar macro-economische ramingen op basis van een mesomodel (Zvw, Wlz en overige) een inschatting van de effecten van maatregelen op de zorguitgaven. Het kabinet maakt voor de VWS-begroting een inschatting van de ontwikkeling van de zorguitgaven per subsector. Tussen deze reeksen kunnen verschillen bestaan. De verschillen hangen samen met de verwerking van beleid en met het startniveau. Er zijn geen verschillen ten aanzien van de verwerking van autonome groei (loon- en prijsstijging, demografie en overige autonome groei), omdat VWS de groei daarin van het CPB overneemt.

Bij beleid betreffen verschillen deels andere inschattingen van de opbrengst, maar deels ook oningevulde taakstellingen. In de VWS-raming zijn nog niet met maatregelen ingevulde taakstellingen volledig meegenomen. Het CPB neemt als onvoldoende concreet aangemerkte taakstellingen niet of slechts deels mee. Dit leidt er toe dat het invullen van zo'n taakstelling bij het CPB tot een lagere raming kan leiden, terwijl er in de VWS-raming niets gebeurt omdat de opbrengst al was ingeboekt.

De uitgaven voor de Zvw en Wlz in het startjaar (2024) verschillen tussen de CPB-raming en de VWS-begroting. Dit komt onder andere doordat VWS voor IZA-sectoren vasthoudt aan de bedragen uit de bestuurlijke akkoorden tot realisatie, terwijl het CPB realisatiecijfers uit het verleden doortrekt naar latere jaren. Daarnaast baseert VWS zich primair op NZa-cijfers, terwijl het CPB gebruik maakt van cijfers uit andere bronnen.

Afkortingenlijst

ACM – Autoriteit Consument & Markt
AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWR – Algemene wet inzake Rijksbelastingen
BBAZ – Beschikbaarheidsbijdrage academische zorg
BBP – Bruto binnenlands product
Bbz – Bijstand voor zelfstandigen
Blz – Besluit langdurige zorg
BMH – Brede Maatschappelijke Heroverweging
BUIG – Budget gebundelde uitkering
Bv – Besloten vennootschap
Bzv – Besluit zorgverzekering
CAK - Stichting Centraal Administratie Kantoor
CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek
CEP – Centraal Economisch Plan
CIZ – Centrum Indicatiestelling Zorg
CPB – Centraal Planbureau
EVRM - Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden
Fvw – Financiële-verhoudingswet
Ggz – Geestelijke gezondheidszorg
Ghz – Gehandicaptenzorg
IAB – Inkomensafhankelijke eigen bijdrage
IBO Ouderenzorg – Interdepartementaal Beleidsonderzoek Ouderenzorg
IOAW - Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers
IOAZ - Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen
IZA - Integraal Zorgakkoord
Mbi – Macrobeheersinstrument
MLT – Middelange termijn
Mpt – Modulair pakket thuis
MSZ – Medisch specialistische zorg
NZa – Nederlandse Zorgautoriteit
OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development
OVA - Overheidsbijdrage aan de Arbeidsontwikkeling
Pgb – Persoonsgebonden budget
RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVS- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Rvz – Regeling zorgverzekering
SBR – Studiegroep Begrotingsruimte
SCP – Sociaal en Cultureel Planbureau
SPUK – Specifieke Uitkering
TAZ – Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
TWMZ – Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven
UPZ – Uitgavenplafond Zorg
UB Wmo – Uitvoeringsbesluit Wmo
UDO – Uitvoerbaarheidstoets Decentrale Overheden
VIB – Vermogensinkomensbijtelling

Vpt – Volledig pakket thuis
VVTB – Verbeteren en verbreden toets basispakket
Wet IB – Wet inkomstenbelasting
Wfsv – Wet financiering sociale verzekeringen
Wkkgz – Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wlz – Wet langdurige zorg
Wmg – Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning
WOZO – Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen
WRR – Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Wzd – Wet zorg en dwang
ZIN – Zorginstituut Nederland
Zvw – Zorgverzekeringswet
Zzp – Zorgzwaartepakket