



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

# Dialognota Ouder Worden

2020 - 2040





# Introductie en focus

We worden allemaal ouder. We leven nu veel langer dan vroeger. Er zijn bijvoorbeeld meer honderd jarigen dan ooit. Meer mensen worden ook ouder: het aantal ouderen neemt toe tot 2050 - daarna hebben we blijvend met een gemiddeld oudere bevolking te maken. Ouderen vormen een zeer belangrijke groep in onze samenleving. Zo hebben ouderen veel levenservaring, wijsheid, daardoor kunnen zij bijvoorbeeld fungeren als opleider, mentor, oppas en vrijwilliger.

We worden ook vaak in behoorlijke gezondheid ouder. Maar dat geldt niet voor iedereen. Met de groei van het aantal ouderen neemt tegelijkertijd het aantal ouderen met zorgvragen de komende decennia toe. Dit stelt ons voor de vraag hoe we de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de ouderenzorg ook voor komende generaties kunnen borgen. De coronacrisis heeft nog eens te meer laten zien dat de druk op ons zorgstelsel hoog is.

In deze nota worden hiervoor mogelijkheden aangedragen. De focus van deze nota ligt op ouder worden zorg en ondersteuning voor ouderen, thuis, in de wijk, in het verpleeghuis of een andere woonvorm. Dus op wat oudere zelf kan en doet in eigen omgeving of zorgomgeving. Dat betekent dat de netwerkzorg rondom ouderen, inclusief de huisarts wel wordt meegenomen in dit verhaal, maar bijvoorbeeld de medisch specialistische zorg niet.

Dit document is geen visie van het kabinet. Het is ook geen visie van VWS. Het bevat zelfs geen standpunten en er worden geen keuzes gemaakt.

Dit document is een “menukaart” van maatregelen die bij kunnen dragen aan de kwaliteit, toegankelijkheid en/of betaalbaarheid. Het document bevat ook niet alleen maar maatregelen waarover wij enthousiast worden; het document bevat ook een aantal pijnlijke maatregelen. Wellicht zijn ook zulke maatregelen nodig om de zorg voor ouderen ook in de toekomst te kunnen blijven bieden.

Tot medio maart willen we met u in dialoog. Wat is er nodig? Wat is urgent? Wat moet in ieder geval geregeld worden? Wat wordt in de aangeboden

beleidsopties nog gemist? Waar moeten we beginnen? In Maart ronden we het document af, zodat het mogelijk input geeft voor de vorming van het Regeerakkoord van een volgend kabinet.

Na het afronden willen we de gesprekken met u vervolgen om samen tot de goede uitwerking van een beleidsagenda te komen. Dit is namelijk niet alleen een verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid; daar is iedereen voor nodig!

Alleen samen maken we de ouderenzorg toekomstbestendig!





## Doelstelling Dialoognota ouderen

- Het starten van een brede maatschappelijke dialoog over ouder worden en wat er nodig is om gezond en fijn oud te worden. Er moet fundamenteel anders gedacht en zo goed mogelijk gehandeld gaan worden over ouder worden gezien de beperkingen aan de houdbaarheid van het huidige stelsel (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid onder druk).  
Met deze brede maatschappelijke dialoog wordt de start gemaakt om anders handelen op gang te brengen. Aanreiken van beleidsopties die combineerbaar zijn tot een pakket aan maatregelen die de basis is voor de agenda voor de komende jaren.
- Formuleren van inhoudelijke ambities voor de verschillende fasen van de 'reis' van een oudere van vitaliteit, naar hulpbehoevend en uiteindelijk kwetsbaar. Ambities die bovendien mogelijk zijn in de context van demografische realiteit en grenzen aan beschikbare financiële middelen en menskracht.
- Voorbereiding van een visie op de toekomst van wonen, welzijn, ondersteuning en zorg aan ouderen (scope tot 2040).

## Verhouding andere trajecten

De discussienota 'Zorg voor de Toekomst' is een nota met brede voorstellen om de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg te waarborgen. De precieze opgave verschilt per zorgdomein, waarbij de discussienota zich qua perspectief richt op alle domeinen en de verbindingen daartussen. Het betreft drie grote thema's: (1) preventie en gezondheid; (2) organisatie en regie; (3) vernieuwing en werkplezier. Op vijf domeinen zijn inmiddels nadere uitwerkingen uitgewerkt of in wording

- Aanpak preventie
- Visie zorglandschap GGZ
- Houtskoolschets acute zorg
- Dialoognota Ouderenzorg 20-40 (deze nota).

Uiteraard raken deze elkaar en zitten er overlappende thema's in alle nota's namelijk de 'juiste zorg op de juiste plek'. Tevens zijn er ook specifieke opgaven. U zou deze discussienota's het best zo kunnen zien.





## Bij het opstellen....

- We kijken vooruit naar 2040, terwijl de vergrijzing zich nu al doet voelen. Er is een dringende behoefte om snel maatregelen te nemen.
- We moeten leren omgaan met schaarste en dat zijn we niet gewend.
- Terwijl we moeten omgaan met schaarste, moet de capaciteit fors omhoog. Dat is een dubbele boodschap.
- Nu inzetten op genoeg capaciteit voor over enkele jaren in plaats van afwachten tot de vraag komt, vraagt een behoorlijke mentale stap. En wie is dan verantwoordelijk ?
- Wat mogen ouderen verwachten van de ondersteuning en zorg? En andersom: wat mogen we van ouderen verwachten?
- Er is fors meer behoefte aan woonruimte voor ouderen, wie gaat deze bouwen? Die is daarvoor verantwoordelijk? Hoeveel extra locaties zijn nodig en hoeveel extra andere plaatsen zijn nodig? Hierover is geen duidelijkheid, maar er zijn wel veel meningen.
- In welke mate zal technologie behulpzaam zijn? Dat technologie een voorname rol zal spelen ligt voor de hand, maar wat de bijdrage zal zijn, is niet duidelijk.
- Aanpassen van de wetten en daarmee het stelsel kan de complexiteit in de uitvoering verminderen. Tegelijkertijd zijn stelselwijzigingen tijdrovend, trekken alle aandacht naar zich toe, en het duurt lang voordat deze tot resultaten leiden. Is deze tijd er nog wel?

## Leeswijzer

Wij hebben geen traditionele beleidsnota geschreven, maar hebben een doorklikbaar document gemaakt. U hoeft deze niet van A tot Z te lezen, maar kunt doorklikken naar de onderwerpen en beleidsopties die uw belangstelling hebben. Ook wordt ingegaan op het consultatieproces en de maatschappelijke dialoog die voor de komende periode zijn voorzien.



## > OUDEREN

Reis van de ouderen

**Cijfers:  
trends en ontwikkelingen**

Conclusies

**NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG**

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

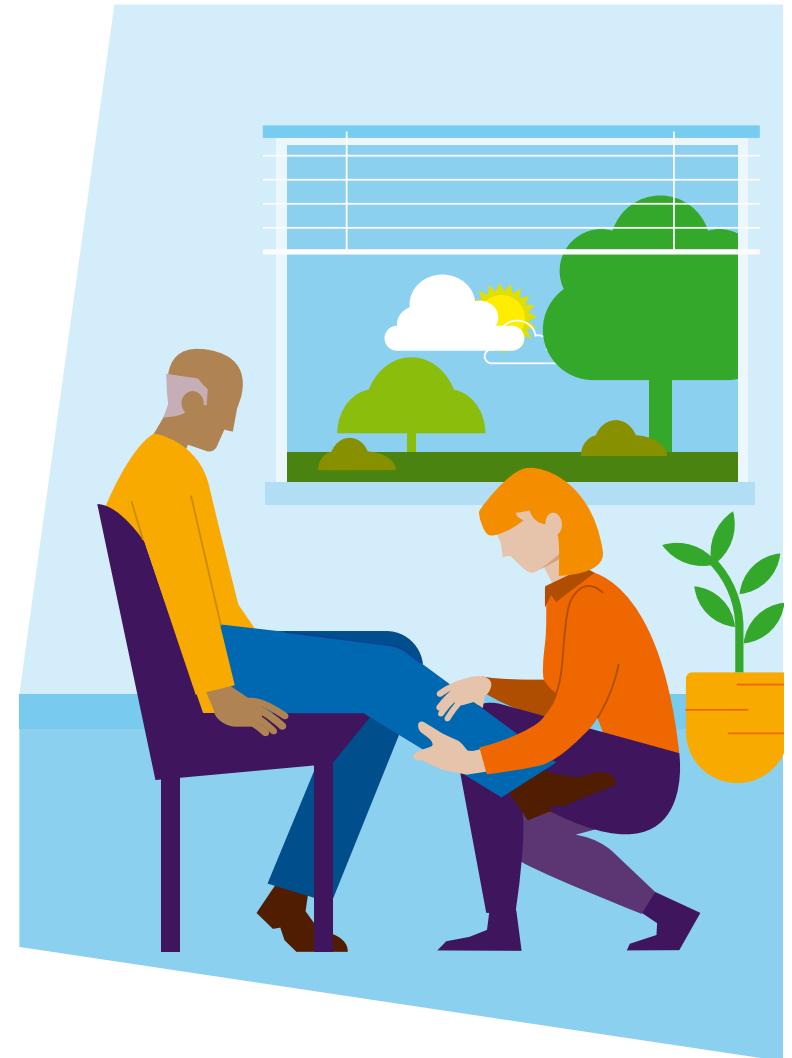
# Ouderen

Het aantal ouderen neemt sterk toe. Met ouderdom komen ook kwaaltjes en neemt de kwetsbaarheid toe. De druk op de zorg zal hierdoor flink toenemen. De vraag is hoe we desondanks de kwaliteit, toegankelijkheid, bemensbaarheid en de betaalbaarheid kunnen borgen.

Gelukkig zijn ouderen meer dan potentiële zorgvragers. Zo zien ouderen zichzelf (liever) niet en zij zijn zelf ook niet voortdurend georiënteerd op hun gezondheid en gezondheidsrisico's. De toekomstige generatie ouderen zijn anders dan de huidige als we kijken naar opleidingsniveau, financiële ruimte en ervaring met technologie.

De vergrijzing is een belangrijk vraagstuk van de zorg. Maar het gaat niet alleen over de zorgsector. Het gaat ook over wonen, vervoer, en sociale zekerheid. De leefomgeving (in de breedste zin) moet veilig en prettig zijn voor ouderen zodat zij zich uitgenodigd voelen om mee blijven doen in de samenleving.

We nemen u mee op een reis die ouderen maken en zullen met behulp van cijfers van trends en ontwikkelingen laten zien dat de ouderenzorg een noodzakelijke herziening nodig heeft.





## OUDEREN

### > Reis van de ouderen

Vitale ouderen

Hulpbehoevende ouderen

Kwetsbare ouderen

**Cijfers:  
trends en ontwikkelingen**

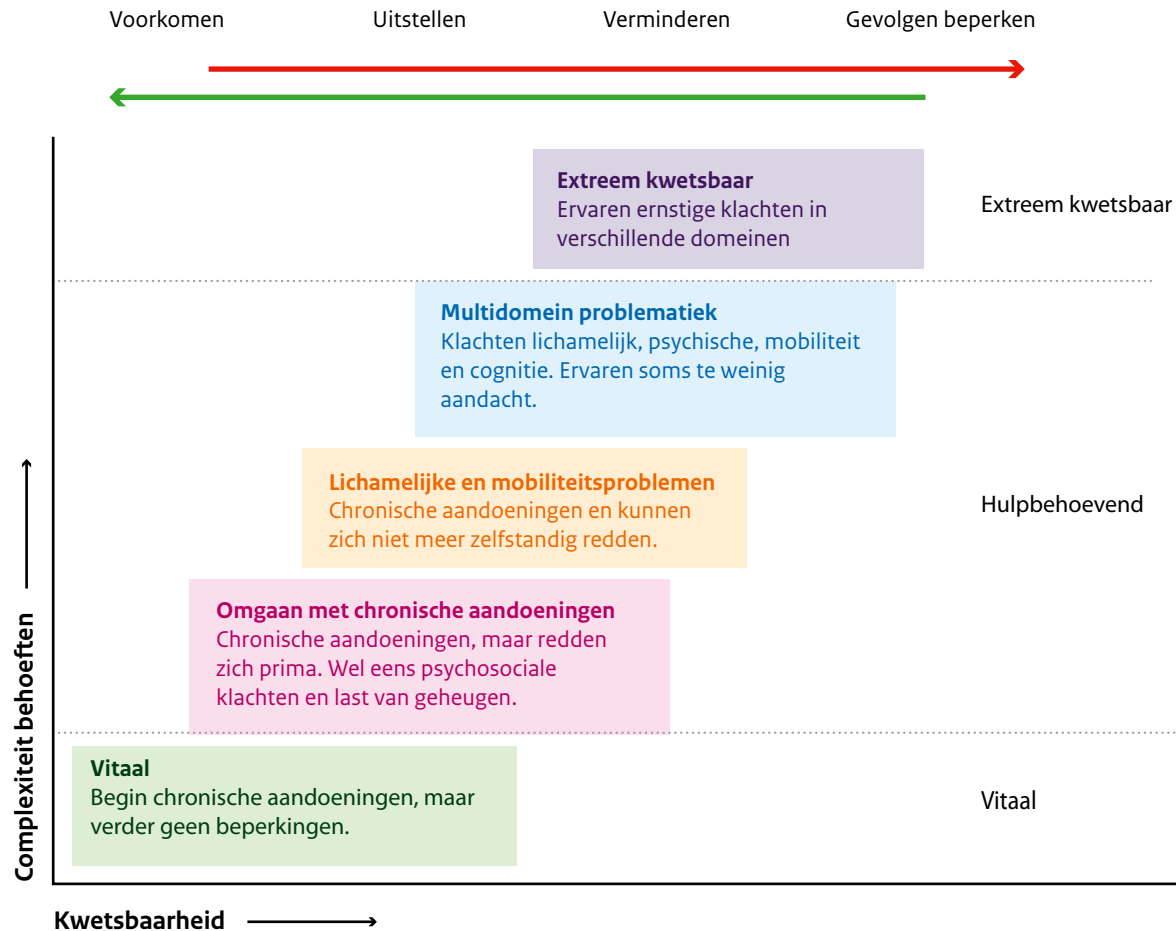
**Conclusies**

**NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG**

**BELEIDSOPTIES**

**VERVOLG OP DIALOOGNOTA**

## Verschillende fasen van ouder worden





## OUDEREN

### > Reis van de ouderen

Vitale ouderen

Hulpbehoevende ouderen

Kwetsbare ouderen

Cijfers:  
trends en ontwikkelingen

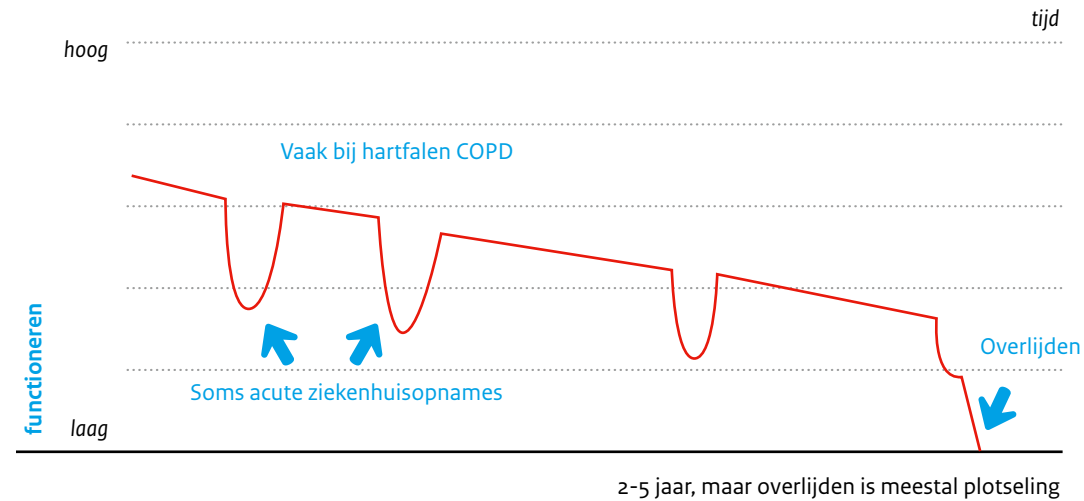
Conclusies

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Zorg en ondersteuning bewegen mee met behoefte



- Ouderen maken vaak de 'reis' van vitaal, naar hulpbehoevend, naar zeer kwetsbaar
- Wenselijk is dat ondersteuning, zorg en wonen aansluiten op deze reis (fasen).
- De fasen zijn niet met een schaarje te knippen, gaan veelal met schokken gepaard. Dat vraagt meebewegen in de ondersteuning en zorg.



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

#### > Vitale ouderen

#### Hulpbehoevende ouderen

#### Kwetsbare ouderen

#### Cijfers: trends en ontwikkelingen

#### Conclusies

#### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Reis van ouderen

## Vitale ouderen

“Als ik straks op leeftijd ben, is het mijn wens om zo lang mogelijk zelfredzaam te blijven, in mijn eigen omgeving. Ik let daarom op mijn eigen conditie en sociale contacten: ik zorg dat ik veel blijf bewegen en actief betrokken blijf bij sociale activiteiten. Gewoon omdat het leuk is, en ja in je achterhoofd denk je dan ook wel: dan ben ik later minder eenzaam. Ook mijn huisvesting heb ik tijdig aangepast: we zijn kleiner gaan wonen nadat de kinderen het huis uitgingen, en onze nieuwe woning is goed toegankelijk. Mijn partner en ik wonen graag tussen mensen van allerlei leeftijden, en we passen ook nog wel eens op de kleinkinderen of kinderen uit de buurt. Maar sommige van onze vrienden zijn verhuisd naar een wooncomplex waar ze met andere ouderen gemeenschappelijk wonen. Dat vinden ze gezellig en de bewoners letten een beetje op elkaar.”

### En, hoe doen we het?

71% van de ouderen ervaart regie over het eigen leven

81% van de ouderen ervaart de huidige woning als geschikt

143 gemeenten hebben in hun prestatieafspraken aandacht voor ouderen huisvesting (niet zijnde verpleeghuizen)

### In de gewenste situatie geldt voor deze ouderen dat

- zij zich bewust zijn van het ouder worden (incl. de komende kwaaltjes en beperkingen).
- zij weten van mogelijkheden om zich voor te bereiden op ouder worden: vitaal blijven, werken aan zelf/samenredzaamheid.
- Zij voorbereidingen treffen (verhuizen, inzetten sociale netwerk, end of life vraagstukken, levenstestament, woningaanpassingen).
- Zij weten wanneer het leven voor hen zinvol is.
- Zij open staan voor advies (bijvoorbeeld zelfmanagement van de chronische ziekte, medicatietrouw, enz).

- Zij partner zijn in zorg en ondersteuning: wordt met hen gesproken, niet over hen/tegen hen.
- Zij balans zoeken tussen behandeling gericht op genezing en welbevinden.
- Zij hulp en ondersteuning verlenen aan anderen (wederkerigheid).







## OUDEREN

### Reis van de ouderen

Vitale ouderen

> Hulpbehoevende ouderen

Kwetsbare ouderen

**Cijfers:  
trends en ontwikkelingen**

**Conclusies**

**NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG**

**BELEIDSOPTIES**

**VERVOLG OP DIALOOGNOTA**

# Reis van ouderen

## Hulpbehoevende ouderen

”Ik zie dat het voor sommige ouderen helaas niet meer gaat zonder permanente thuiszorg. Die krijgen bezoek van een wijkverpleegkundige om te helpen bij medische zorg. Dan lukt het vaak toch nog wel om zelfstandig te blijven wonen, zeker als de zorg goed samenwerkt met de mantelzorger. Wel zie je ook veel dat het vaker opeens misgaat. Een dame bij ons in de straat viel laatst. Op de spoedeisende hulp (SEH) is gecheckt of er een breuk was. Dat was gelukkig niet het geval, maar enigszins in de war en met stevige kneuzingen kon ze snel worden opgenomen bij een logeerverzorging. Daar werd zij tijdelijk verzorgd en inmiddels is zij blij dat ze weer in haar eigen appartement terug is. Er zijn wel wat drempels in haar woning weggehaald, en ze heeft nu van die beugels in de badkamer. Ze denkt nu wel na of ze niet naar een vorm van gemeenschappelijk wonen wil verhuizen.”

### En, hoe doen we het?

89% van de mantelzorgers ervaart goede aansluiting met de formele zorg.  
49% van de regionale coördinatiefuncties voor tijdelijk verblijf voldoet aan alle eisen.

### In de gewenste situatie geldt voor deze ouderen dat

- Zij zelfstandig wonen (evt. met hulp van het netwerk). Dit kan ook in een woonvorm zijn tussen ‘thuis’ en verpleeghuis. Immers, de meeste ouderen blijven zelfstandig wonen.
- Zij in de eigen omgeving kunnen blijven, omdat hun leefomgeving zo is georganiseerd:
- Zij een sociale basis hebben : eigen netwerk, vrijwilligersinzet, sociaal werk, ondersteuning mantelzorgers (apart), dementievriendelijkheid, individuele begeleiding, respijtzorg (waaronder logeerszorg).
- Zij een fysieke omgeving hebben waarin: woning geschikt als er kwalen zijn en technologie beschikbaar is (eHealth Thuis als norm).
- Zij afgestemde eerstelijnszorg/ondersteuning hebben: samenwerking kernteams huisarts, wijkverpleging en thuiszorg, sociaal wijkteam (+optioneel paramedici en specialist ouderengeneeskunde) zijn op de hoogte en ondersteunen. Er is een duidelijk aanspreekpunt voor dementie/casemanagement en domeinoverstijgende regie op de samenwerking van zorgverleners (incl. toegang tot Wmo, Zvw en Wlz).
- Zij een actueel “zorgplan” hebben, waarbij aandacht is voor Advanced Care Planning (ACP).
- Zij gegevens kunnen uitwisselen met zorgprofessionals. professionals onderling en met de informele zorg zorgverleners / “helpers”, die ook onderling gegevens uitwisselen.
- Zij voldoende geclusterde woonvoorzieningen tot hun beschikking hebben.



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

Vitale ouderen

Hulpbehoevende ouderen

> Kwetsbare ouderen

**Cijfers:  
trends en ontwikkelingen**

Conclusies

**NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG**

**BELEIDSOPTIES**

**VERVOLG OP DIALOOGNOTA**

# Reis van ouderen

## (zeer) Kwetsbare ouderen

Als je naar het verpleeghuis moet...

“Je denkt er liever niet aan, maar je sterft het liefste in je eigen omgeving, in je eigen bed. Maar je ziet ook wel gebeuren dat het in de laatste fase gewoon niet meer gaat en dat het niet verantwoord is om iemand thuis te laten blijven. Dan is het ook een veilig idee dat je kan worden opgenomen in het verpleeghuis. Liefst niet te ver weg, dan komen burens en bekenden nog op bezoek. En het is fijn als je al bekend bent bij het verpleeghuis, zodat de opname een beetje normaal gaat en niet in grote paniek als het eigenlijk al te laat is.”

**In de gewenste situatie geldt voor deze ouderen dat**

- Zij verpleegzorg krijgen, thuis of in de tussenvorm voor het verpleeghuis of in het verpleeghuis. Hierbij zetten ook hun verwanten/sociale netwerk zich actief in.
- Er toezicht op ze wordt gehouden, waar mogelijk via digitale middelen.
- Zij de mogelijkheid hebben tijdelijk opgenomen te worden bij acute verslechtering, gericht op terugkeer naar huis.
- Zij verhuizen naar een verpleeghuis als dat nodig is: dan met behoud van dezelfde zorgverleners, goede gegevensuitwisseling, respect voor levenskeuzen.
- Zij in beeld zijn bij het zorgkantoor.
- Zij niet met problematische wachttijden te maken hebben.





## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Cijfers en ontwikkeling

- De zorg komt de komende jaren voor grote(re) uitdagingen te staan.
- Dit komt doordat we allemaal steeds ouder worden, maar ook door andere maatschappelijke ontwikkelingen.
- Dit heeft gevolgen voor de:

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

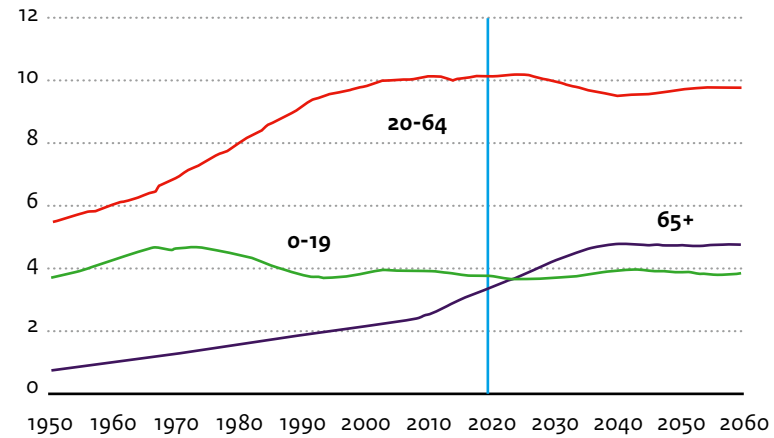
## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Meer ouderen (1)

- De vergrijzing is eigenlijk nu pas echt goed op stoom
- en stopt pas rond 2038

### Vergrijzing

(in miljoenen)



Bron (nidi 2019)

### Aantallen ouderen

65-80 : nu 2,5 mln → 2038 3,2 mln  
→ 2053 2,0 mln



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

#### Zorgvraag

#### Capaciteit

#### Betaalbaarheid

#### Bemensbaarheid

#### Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Meer ouderen (2)

In 2020 is circa **1 op de 5** mensen een 65-plusser.



In 2040 is circa **1 op de 4** mensen een 65-plusser.



In 2020 is circa **1 op de 21** mensen een 80-plusser.



In 2040 is circa **1 op de 12** mensen een 80-plusser.



Uit deze sheet blijkt dat de beroepsbevolking daalt ten opzichte van het aantal ouderen.



## OUDEREN

Reis van de ouderen

Cijfers:  
trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

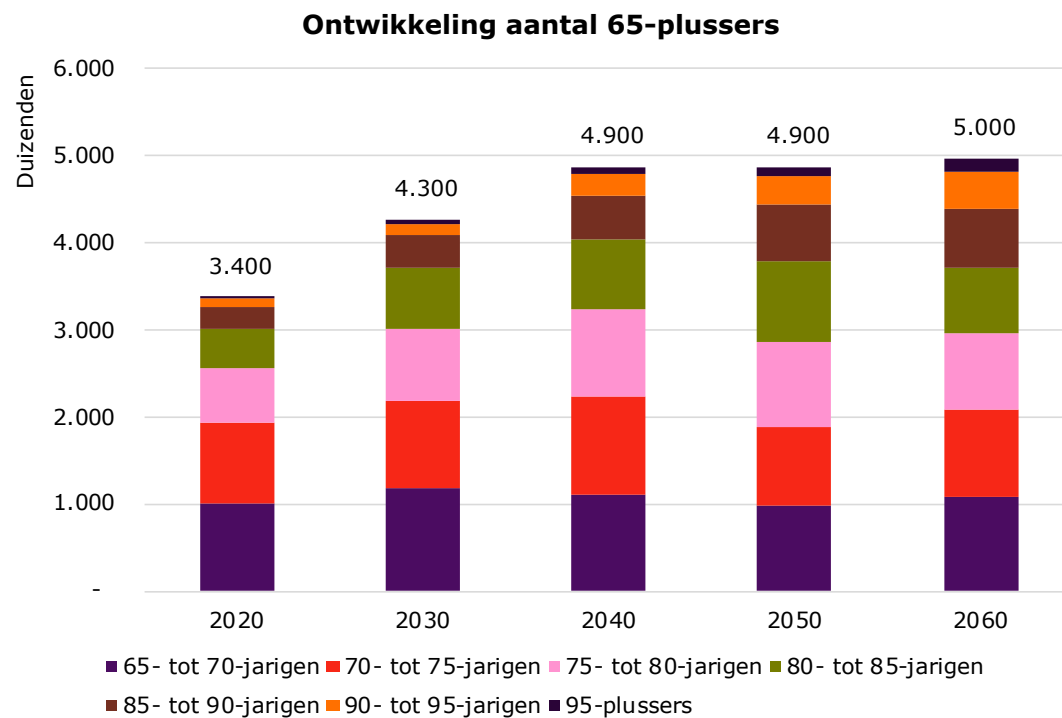
Conclusies

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Ontwikkeling aantal 65-plussers



We worden steeds ouder en dat is iets waar we trots op mogen zijn.

Met name in de komende 20 jaar neemt het aantal ouderen sterk toe.

Ontwikkeling 2020-2040:

- 20- tot 65-jarigen: -1%
- 65-plussers: +43%
- 80-plussers: +96%



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

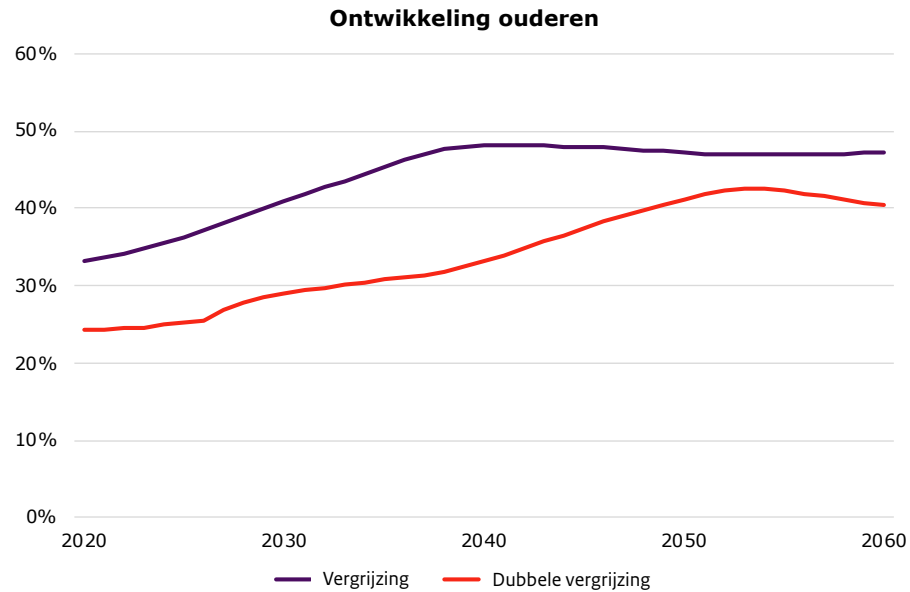
### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Sterke vergrijzing



Grijze druk (CBS)

Vergrijzing: verhouding aantal 65-plussers t.o.v. aantal 20 tot 65-jarigen.

De ontwikkeling van de grijze druk laat zien dat er per 65-plusser steeds minder mensen in de werkende leeftijd zijn.

Dubbele vergrijzing: aandeel 80-plussers van aantal 65-plussers.

Binnen de groep 65-plussers neemt het aandeel 80-plussers sterk toe.



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

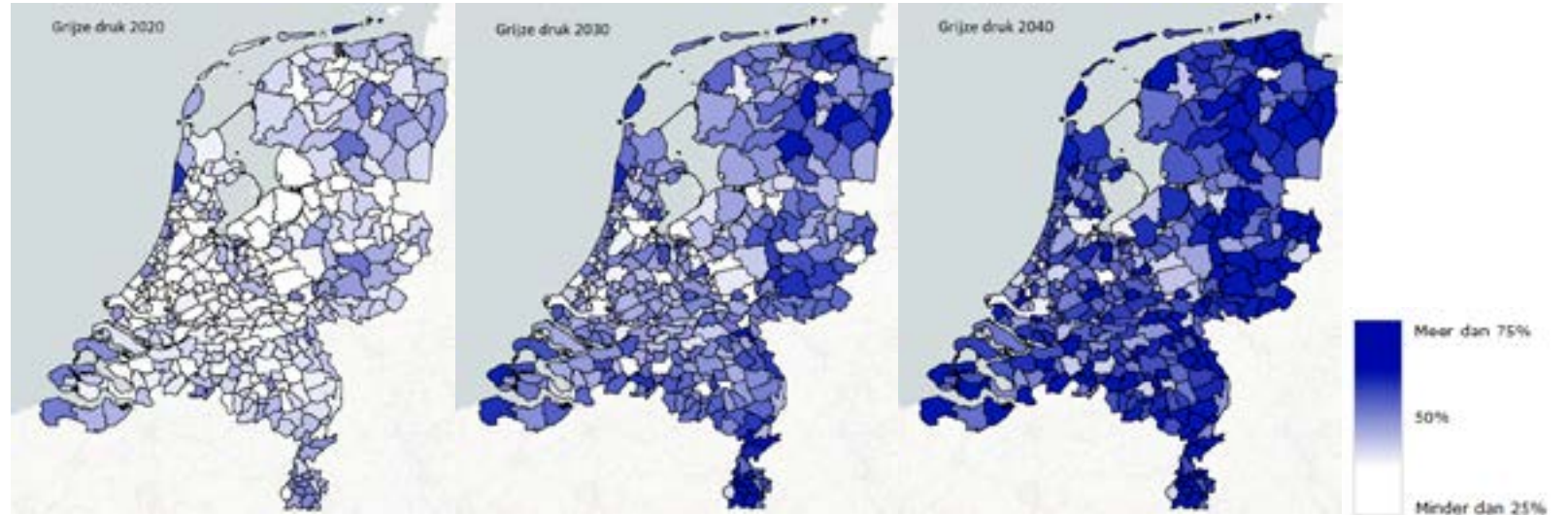
### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Vergrijzing geografisch in beeld



Grijze druk is het aantal 65-plussers in verhouding tot het aantal 20-64 jarigen

In 2020 hebben relatief weinig gemeenten te maken met een hoge grijze druk.

In 2040 is dit een heel ander verhaal; in alle regio's neemt de grijze druk toe.





## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

#### > Zorgvraag

#### Capaciteit

#### Betaalbaarheid

#### Bemensbaarheid

#### Mantelzorg

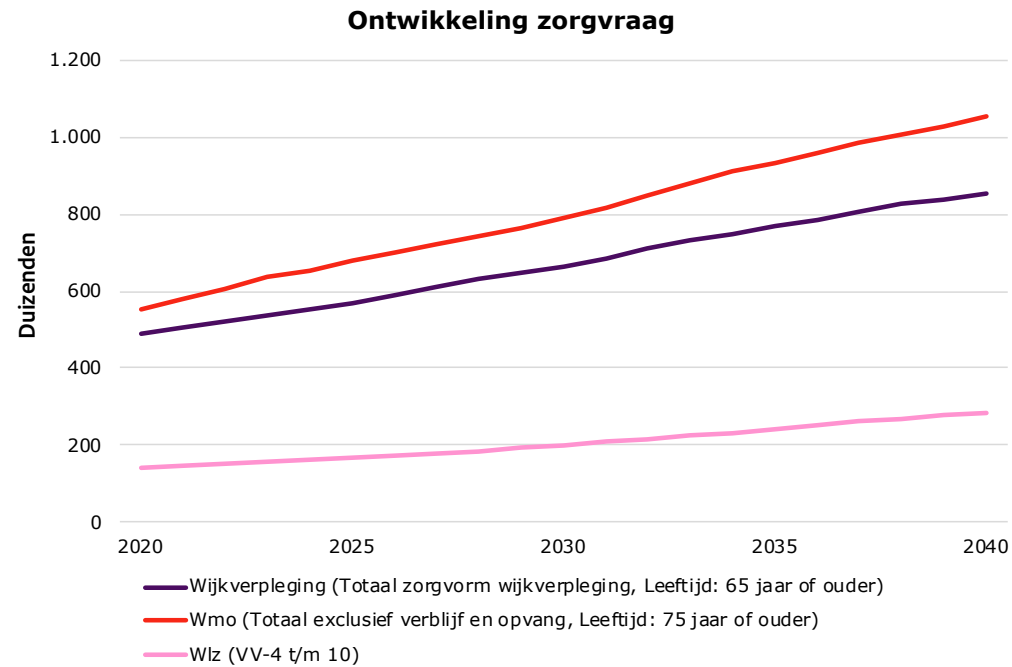
### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Stijging zorgvraag



De zorgvraag, zowel de thuis als in het verpleeghuis, stijgt.

Mensen wonen langer thuis, waardoor er meer zorg aan huis komt.

In de toekomst zijn er waarschijnlijk minder mantelzorgers beschikbaar en zal o.a. de prevalentie van dementie toenemen, waardoor ook de vraag naar verpleeghuiszorg verder zal toenemen.



## OUDEREN

Reis van de ouderen

Cijfers:  
trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

> Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

Conclusies

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

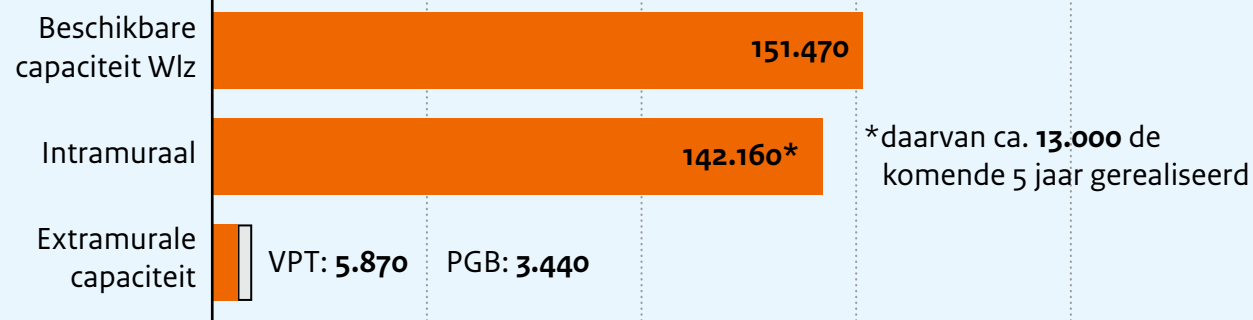
BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

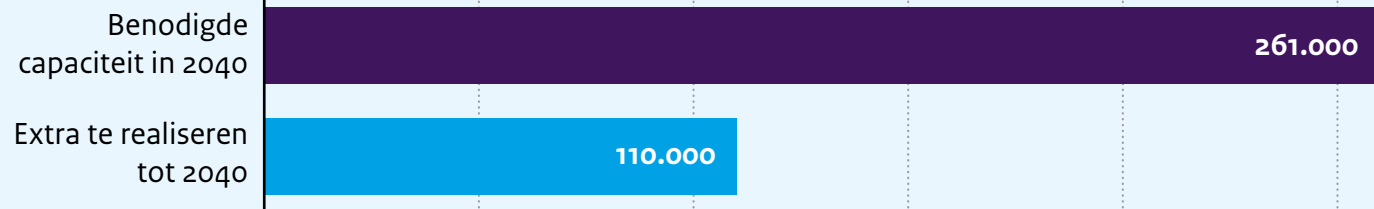
## Capaciteit verpleegzorg en bouwopgave



### Beschikbare plekken verpleegzorg (2020)



### Verpleegzorg 2020



\* VPT - Volledig Pakket Thuis

\* PGB - Persoons Gebonden Budget



## OUDEREN

Reis van de ouderen

**Cijfers:  
trends en ontwikkelingen**

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

Conclusies

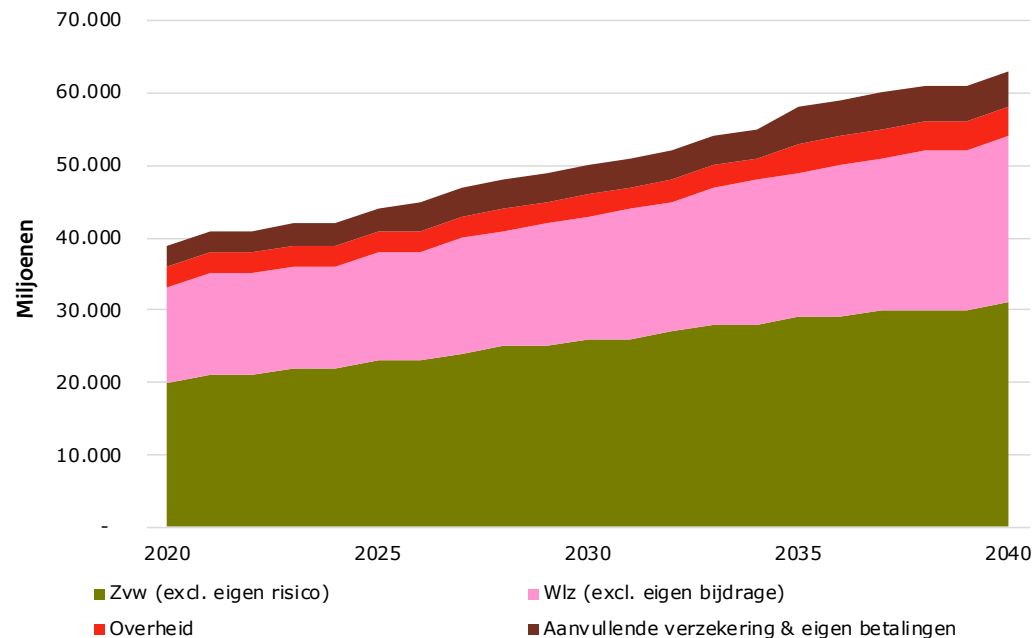
**NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG**

**BELEIDSOPTIES**

**VERVOLG OP DIALOOGNOTA**

## Stijgende zorguitgaven

### Ontwikkeling zorgkosten 65-plussers



De oplopende zorgvraag gaat gepaard met een stijging van de zorguitgaven. Door de vergrijzing nemen de kosten in zowel de Wlz als Zw kosten.

De zorgkosten van 65-plussers als aandeel van het bbp nemen toe:

4,9% in 2020

5,7% in 2030

6,5% in 2040

Dit zorgt voor oplopende druk op zowel de collectieve uitgaven als de solidariteit van het zorgstelsel.



## OUDEREN

Reis van de ouderen

Cijfers:  
trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

> Bemensbaarheid

Mantelzorg

Conclusies

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Trends beroepsbevolking

Aandeel 20-64 jarigen  
in de bevolking daalt



in procenten

2020

58,8

2040

52,3

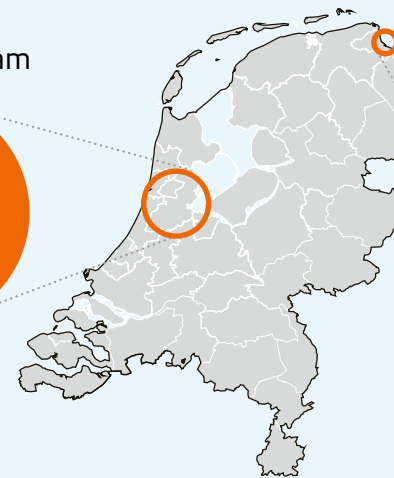
Behoorlijke variatie tussen regio's

in procenten  
Groot Amsterdam

55,9

Delfzijl

47,3



pm: bron toevoegen



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

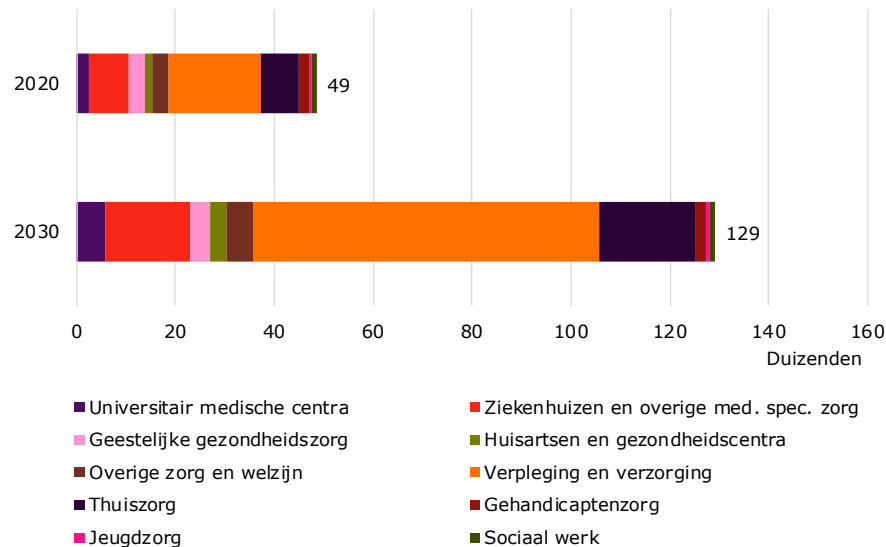
### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Arbeidsmarkt tekort per branche



Pm: nadere toelichting geven

Het arbeidsmarkttekort is het verwachte aantal werknemers dat ontbreekt om invulling te geven aan de arbeidsvraag, waarbij een minimale vacaturegraad wordt aangehouden.

Het arbeidsmarkttekort neemt het snelst toe in de branches Verpleging en Verzorging en Thuiszorg.

Het prognosemodel Zorg en Welzijn kijkt naar de periode tot 2030. Demografische ontwikkelingen laten zien dat in de periode 2030 tot 2040 de potentieel werkende beroepsbevolking (20- tot 64-jarigen) zal krimpen, terwijl het aantal 80-plussers nog zal stijgen. Dit zorgt voor oplopende druk op de arbeidsmarkt.



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

### Conclusies

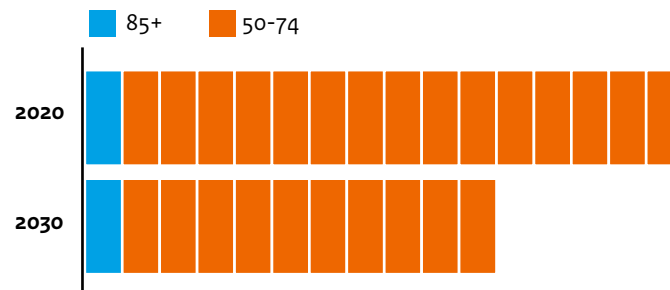
### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

### BELEIDSOPTIES

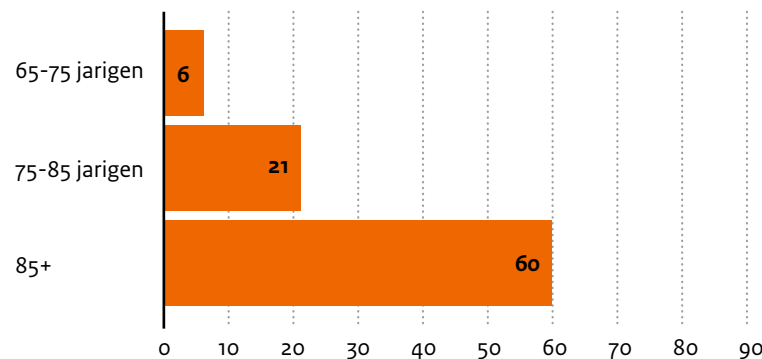
### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Cijfers mantelzorg

50-74 jarigen tov een 85-plusser  
als indicatie potentiële mantelzorger

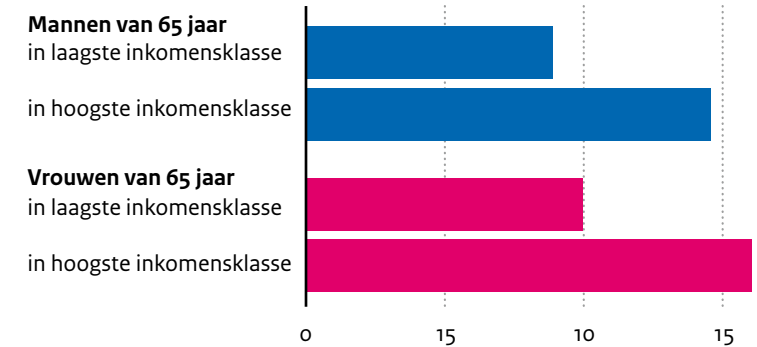


Structureel afhankelijk van verzorging en verpleging  
(in procenten)



Bron: rapport commissie Bos

Levensverwachting in goed ervaren gezondheid  
(in jaren)



In 2019 gaf ongeveer 35% van de 16-plussers mantelzorg aan bekenden.

Dit komt neer op **5 miljoen** mantelzorgers, waarvan **830 duizend** langdurig (meer dan 3 maanden) en intensief (meer dan 8 uur per week).

Vrouwen geven vaker mantelzorg dan mannen, en ook de leeftijdscategorie van 46-65 jaar geeft vaak mantelzorg.

Mantelzorgers geven **gemiddeld 7 uur per week** mantelzorg, gedurende 5 jaar. De **mediaan** ligt op **3 uur per week**.

De verhouding tussen 50-74 jarigen en de 85 plussers verslechtert waardoor er minder mantelzorgers beschikbaar zijn (van 14,5 in 2020 naar 6,3 in 2040).



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

### > Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Conclusies

## Cijfers: trends en ontwikkelingen

### Zorgvraag

- Het aantal ouderen neemt proportioneel toe, maar dit gebeurt in Nederland niet overal in dezelfde mate: krimpregio's vergrijzen sneller.
- Daarbij worden Nederlanders steeds ouder.
- Dus er is sprake van een dubbele vergrijzing.
- Daarmee gaat ook een significante stijging van de zorgvraag gepaard.

### Zorgcapaciteit

- Er is een gat tussen de beschikbare capaciteit en benodigde capaciteit in verpleegzorg (intramuraal en extramuraal).
- Er is een grote bouwopgave tot 2040.

### Betaalbaarheid

- Stijgende zorgvraag gaat gepaard met een snelle en aanzienlijke stijging van de zorguitgaven.
- Dit zorgt voor oplopende druk op de solidariteit van het zorgstelsel, maar ook op de collectieve uitgaven.

### Bemensbaarheid

- De ontwikkeling van de vergrijzing laat zien dat er per 65 plusser steeds minder mensen in de werkende leeftijd zijn.
- Bij krimpende beroepsbevolking wordt het steeds lastiger om zorgverleners te vinden.
- Dit verhoogt de concurrentie met andere sectoren.

### Mantelzorg

- De verhouding tussen 50-74 jarigen en de 85 plussers verslechtert waardoor er minder mantelzorgers beschikbaar zijn (van 14,5 in 2020 naar 6,3 in 2040)



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

#### Zorgvraag

#### Capaciteit

#### Betaalbaarheid

#### Bemensbaarheid

#### Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Disclaimer (1) – Demografie en zorgvraag

Om de demografische ontwikkelingen weer te geven is gebruik gemaakt van bevolkingscijfers (2019 en 2020)<sup>1</sup>, de bevolkingsprognose 2020-2060<sup>2</sup> en de regionale prognose 2020-2050<sup>3</sup>, allen van het CBS.

Voor de zorgvraagprognoses (afgerond op 5.000) is gekeken naar:

- Wijkverpleging en Wmo: De demografische ontwikkeling gebaseerd bevolkingsprognose 2020-2060<sup>2</sup> van het CBS.
- Wijkverpleging en Wmo: Gebruikscijfers per leeftijdscategorie voor wijkverpleging<sup>4</sup> en Wmo<sup>5</sup> van het CBS. Dit betreffen jaarcijfers; cliënten met wijkverpleging en/of Wmo-ondersteuning hoeven niet een volledig jaar gebruik te maken van deze zorg of ondersteuning. Er is verondersteld dat de zorgvraag per leeftijdscategorie constant is.
- Wlz: De prognose is gebaseerd op de prognose incl. veranderende Oldest Old Support ratio (OOSR) en stijgende levensverwachting uit het TNO-rapport “Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg fase II”<sup>6</sup>. De OOSR is de verhouding tussen het aantal 50- tot 74-jarigen en het aantal 85-plussers. Dit getal geeft een indicatie van de beschikbaarheid van mantelzorgers; als er minder mantelzorgers zijn, is de behoefte aan verpleeghuiszorg groter. Daarvan is sprake. Ook is er rekening gehouden met de stijgende levensverwachting; we overleven meer aandoeningen die vroeger fataal waren. Daardoor zal de prevalentie van dementie toenemen, wat leidt tot een grotere vraag naar verpleeghuiszorg. Dit wordt versterkt omdat de verblijfsduur van iemand met dementie langer is dan bij somatische aandoeningen.

<sup>1</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37325/table?dl=477F1>

<sup>2</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84646NED/table?dl=477F5>

<sup>3</sup> <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/84527NED/table?dl=477FB>

<sup>4</sup> <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40052NED/table?dl=477FD>

<sup>5</sup> <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83262NED/table?dl=477FC>

<sup>6</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2020/07/28/prognose-capaciteitsontwikkeling-verpleeghuiszorg-fase-ii>





## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemikbaarheid

Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Disclaimer (2) – Betaalbaarheid

Voor de betaalbaarheidsprognose (afgerond op 1 miljard euro) is gekeken naar:

- De demografische ontwikkeling gebaseerd op de bevolkingsprognose 2020-2060<sup>1</sup> van het CBS.
- De stijgende levensverwachting<sup>2</sup> (CBS).
- De verdeling van zorgkosten naar leeftijdscategorie, gebaseerd op de Kosten van Ziekte 2017<sup>3</sup> van het RIVM. Voor de definitie van zorg is gekozen voor het bruto Uitgavenplafond zorg. De zorgkosten uit 2017 zijn opgehoogd met factor 1,10 om de zorgkosten in prijspeil 2019 uit te drukken. Aanvullend is er gecorrigeerd voor:
  - De oploop in beschikbare middelen voor het kwaliteitskader verpleeghuiszorg.
  - De per 2019 overgehevelde Wmo/Jeugd-budgetten naar het gemeentefonds.
  - De verwachte economische groei gebaseerd op de vergrijzingsstudie<sup>4</sup> van het CPB.

Aangezien er bij de betaalbaarheidsprognose uitsluitend is gekeken naar demografische ontwikkelingen, geeft dit de minimale ontwikkeling weer.

- De zorguitgaven stijgen echter door meerdere factoren dan alleen demografie. Het CPB rekent met 5 componenten: 1) prijsontwikkeling bbp, 2) stijging van reële lonen en prijzen (prijzen in de zorg groeien namelijk sneller dan de algemene inflatie), 3) demografie, 4) inkomensgroei per hoofd en 5) overige groei (gebaseerd op historische decompositie van zorguitgaven en is gelijk aan de groei van de zorguitgaven die niet toe te wijzen valt aan factoren 1 t/m 4). Zie voor meer toelichting MLT zorg 2022-2025<sup>5</sup> van het CPB.

<sup>1</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84646NED/table?dl=477F5>

<sup>2</sup> <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84647NED/table?dl=47899>

<sup>3</sup> <https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50050NED/table?dl=478A8>

<sup>4</sup> <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Vergrijzingsstudie-2019-Zorgen-om-morgen.pdf>

<sup>5</sup> <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Middellangetermijnverkenning-zorg-2022-2025-nov2019.pdf>



## OUDEREN

### Reis van de ouderen

### Cijfers: trends en ontwikkelingen

Zorgvraag

Capaciteit

Betaalbaarheid

Bemensbaarheid

Mantelzorg

### Conclusies

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Disclaimer (3) – Bemensbaarheid en mantelzorg

De prognoses m.b.t. arbeidsmarkt zijn overgenomen uit het Prognosemodel Zorg en Welzijn<sup>1</sup>.

- Het Prognosemodel Zorg en Welzijn geeft inzicht in de verwachte ontwikkeling van de vraag naar arbeid (arbeidsvraag) en het aanbod van arbeid (personeelsaanbod) tot 2030. Prognoses zijn beschikbaar voor alle branches, zowel landelijk als voor de 28 RegioPlus-arbeidsmarktregio's en de 43 zorgkantoorregio's. De prognoses zijn doorberekend voor verschillende scenario's, waaronder twee corona-gerelateerde scenario's.
- De gepresenteerde cijfers volgen uit het corona-basisscenario. Meer toelichting over de verschillende scenario's is te vinden op de website van het Prognosemodel Zorg en Welzijn<sup>2</sup>.
- De gehanteerde definitie is totaal zorg en welzijn smal; dit is de samenstelling van de branches die het terrein van zorg en welzijn beschrijven zonder de branche kinderopvang<sup>3</sup>.

De gegevens over mantelzorg zijn overgenomen uit het rapport "Blijvende bron van zorg"<sup>4</sup> van het SCP.

<sup>1</sup> <https://www.prognosemodelzw.nl/>

<sup>2</sup> <https://www.prognosemodelzw.nl/over-het-prognosemodel/scenarios> (2019/2020)

<sup>3</sup> <https://prognosemodelzw.databank.nl/dashboard/dashboard-branches/totaal-zorg-en-welzijn--smal/>

<sup>4</sup> <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2020/12/09/blijvende-bron-van-zorg>



# Noodzakelijke herziening ouderzorg: menukaart aan beleidsopties

Gezien de gewenste soepele cliëntreis voor ouderen (zo lang mogelijk in goede gezondheid, met juiste zorg en ondersteuning in woonomgeving) is een fundamentele herziening van de ouderenzorg nodig.

De ouderenzorg is nu geregeld in drie wetten. Aanpassing van de ene wet heeft invloed op andere wetgeving. Dit vraagt altijd een consistentie check van het geheel van zorg en ondersteuning voor ouderen. Hierna wordt een aantal beleidsopties voorgesteld voor aanpassing van de wetten. Daarbij geldt dus ook dat in het licht van een beleids optie het geheel bekeken moet worden op consequenties. De beleidsopties zullen daarmee nog niet volledig of voldoende samenhangend zijn. Die samenhang zal in de dialoog en consultatie verder worden besproken en uitgewerkt.

Dit houdt in dat:

Er een noodzakelijke verschuiving van de huidige focus genezen van ziekte, naar een focus op gezondheid en welzijn van ouderen nodig is.

- Er is een bereidheid om (grote) stelselvraagstukken onder ogen te zien. Het stelsel schiet namelijk tekort om de juiste zorg en ondersteuning op de juiste tijd en plaats te bieden.

- Voor een fundamentele herziening van de ouderenzorg zijn verschillende beleidsopties denkbaar Deze beleidsopties zijn een nadere uitwerking van de ouderenzorg op basis van:
  - Discussienota Toekomst van de zorg; <https://www.internetconsultatie.nl/zorgvoordetoekomst>
  - Zorgkeuzes In Kaart fiches; <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>
  - Brede Maatschappelijke Heroverwegingen, <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/moties/detail?id=2020Z07213&did=2020D15415>
  - Het advies van Expertiseteam van de VNG over de reikwijdte van de WMO (Het verschil durven maken); <https://vng.nl/publicaties/het-verschil-durven-maken-advies-expertiseteam-reikwijdte-wmo>
  - Het rapport van de commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (commissie Bos); [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2020Z13254&did=2020D28103](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2020Z13254&did=2020D28103)



# Stelsel, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit

## Stelsel

Ondersteuning en zorg (en wonen) voor ouderen zijn georganiseerd in verschillende domeinen (Wmo, Wlz, Zvw), kennen verschillende inkopende partijen (Gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars), zijn geschoeid op een verschillende sturingsfilosofie en worden binnen verschillende geografische gebieden uitgevoerd.

Dit kan tot ongewenste uitkomsten leiden. Gemeenten en zorgverzekeraars worden niet beloond voor het voorkomen of uitstellen van zwaardere zorgvragen (preventie). Ouderen ervaren dat zorg en ondersteuning niet altijd goed op elkaar zijn afgestemd als deze uit meerdere domeinen wordt geleverd. Ook de overgang van het ene naar het andere stelsel bij een zwaardere zorgvraag verloopt niet vloeiend. Zorgaanbieders en professionals ervaren forse administratieve lasten.

Om deze en andere ongewenste effecten aan te pakken schetsen wij twee wegen:

1. Het verminderen van het aantal stelsel waar ouderen mee te maken krijgen in de reis van het ouder worden (stelselwijziging);
2. Het maken van landelijke en regionale afspraken over de organiseerbaarheid van zorg.

Deze wegen zijn niet absoluut, maar moeten worden gezien als een schaal. Stelselwijzigingen vergen ook afspraken met de sector, bijvoorbeeld over implementatie, financiële kaders etc. Landelijke en regionale afspraken over samenwerking zullen wettelijk en financieel gefaciliteerd moeten worden.

## Betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit

De toename van de zorgvraag als gevolg van de vergrijzing maar ook de toenemende mogelijkheden door bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen leiden tot een toename van de zorgkosten voor 65+ ers. Deze zorgkosten worden gemaakt om de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg te kunnen borgen.

In 2020 bedragen de zorgkosten bijna 40 miljard. Bij ongewijzigd beleid zijn deze kosten in 2040 gestegen tot meer dan 60 miljard. De oplopende zorgkosten leiden tot verdringing van andere collectieve uitgaven voor bijvoorbeeld onderwijs en infrastructuur en zetten de solidariteit onder druk. Om de groei van de zorgkosten te beperken kunnen maatregelen worden genomen waarbij ouderen zelf een grotere financiële bijdrage leveren aan zorg en ondersteuning, waarbij het verzekerd pakket (de aanspraak) wordt ingeperkt of waarbij de toegang tot (dure) zorg wordt beperkt voor zwaardere zorg- en ondersteuningsvragen dan nu het geval is. Per maatregel is eveneens aangegeven wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de bemensbaarheid van de zorg.

**Hier** treft u maatregelen gericht op het verbeteren van de betaalbaarheid en de maatregelen gericht op het verminderen van domeinen en het maken van (landelijke) afspraken.



OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

> Stelsel

3 Kernvragen

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Stelsel

- > Verzekerd pakket versmallen
- > Beperk WLZ tot zwaardere zorg
- > Verzeker alleen gepast gebruik van bewezen effectieve zorg
- > Meer eigen betalingen / inkomensafhankelijkheid
- > Alle ouderenzorg onderbrengen in één domein
- > Scheiden wonen en zorg
- > Reikwijdte WMO beperken
- > Zorg op maat
- > VPT als alternatief pgb wooninitiatieven
- > Omslagpunt zorg thuis
- > Toegang preventie en welzijn
- > Prikkels voor gemeenten
- > Weeg de sociale context mee bij het bepalen van de toegang tot de WLZ





## Verzekerd pakket versmallen

### Achtergrond

Tot 2040 groeit het aantal ouderen dat zorg en ondersteuning nodig heeft harder dan het aantal werkenden in de bevolking. Dit zorgt voor extra druk op de financiële- en arbeidscapaciteit in de zorg. Het is daarom van groot belang om na te gaan voor welke zorg en ondersteuning ouderen redelijkerwijs zelf de verantwoordelijkheid kunnen dragen en welke zorg verzekerd moet blijven. De vergoeding van bijvoorbeeld kosten van huisvesting, maaltijden en schoonmaken van de woning moet zoveel mogelijk beperkt worden. Wanneer ook kosten die zelf gedragen kunnen worden uit het verzekerd pakket verdwijnen, betekent dit bijvoorbeeld dat alle ouderen ook zelf gaan betalen voor hun mondzorg. Voor een beperkte groep is het mogelijk wenselijk dat de overheid wel alle zorg en ondersteuning regelt. De vraag is hoe die groep afgebakend moet worden.

### Doel

Het verzekerde pakket zoveel mogelijk beperken tot noodzakelijke zorg waarvan de kosten niet door ouderen zelf gedragen kunnen worden, zodat de noodzakelijke zorg toegankelijk en betaalbaar blijft. Voor een beperkte groep kwetsbare ouderen zal de overheid wellicht de regie (deels) moeten overnemen.

### Tijdshorizon

Sommige stappen kunnen al de komende regeerperiode worden gezet. Voor wetwijzigingen is een langere termijn nodig, maar hiermee kan in de komende regeerperiode wel een begin worden gemaakt.

### Aannames

- Burgers kunnen zelf meer eigen verantwoordelijkheid dragen voor zorg, welzijn en leven. Voorwaarden zijn:
  - de meeste ouderen kunnen de lasten dragen voor de benodigde voorzieningen op ten minste een basisniveau;
  - er is tijdig voldoende aanbod van collectieve of generatiebewuste woningen;
  - er is voldoende aanbod van private ondersteunende voorzieningen.
- Er is compensatie mogelijk voor ouderen die de basisvoorzieningen en ondersteuning niet zelf kunnen betalen.

### Realisatie

Het is aan VWS om samen met veldpartijen de inhoud van het verzekerde pakket te bepalen en vast te stellen wat noodzakelijke zorg is waarvan men niet kan verwachten dat ouderen de kosten hiervoor zelf dragen. Stappen die op korte termijn gezet kunnen worden zijn:

- schrappen huishoudelijke hulp uit de Wmo;
- scheiden van de kosten van wonen en zorg voor nieuwe Wlz-verzekerden.

Voor verdergaande versmalling van het verzekerde pakket zijn wijzigingen nodig van Zvw en Wlz.

Overheden zullen samen met veldpartijen in het sociale- en zorgdomein de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van ouderen moeten stimuleren en faciliteren. Bewustwordingscampagnes kunnen bevorderen dat ouderen tijdig anticiperen op een nabije toekomst waarin ze meer behoefte zullen hebben aan ondersteuning en zorg.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kwaliteit kan afnemen doordat de samenhang vervalt tussen zorg en de daaraan gekoppelde activiteiten die geen zorg zijn: degene die het eten verzorgt is niet meer degene die het eten geeft. Door zorgkosten die zelf gedragen kunnen worden niet meer te vergoeden, kunnen ouderen zorg gaan mijden of uitstellen. Mensen die mondzorg uitstellen, zullen een slechter gebit krijgen en vervolgens aangewezen zijn op zwaardere zorg.
- **Toegankelijkheid:** Voor wonen, welzijn en ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, kan de toegankelijkheid voor minder draagkrachtige ouderen afnemen.
- **Betaalbaarheid:**
  - Optie 1: Deze maatregel leidt tot lagere zorguitgaven, maar dit effect is (deels) onzeker en nog niet gekwantificeerd. De lagere zorguitgaven worden voornamelijk gerealiseerd door een verschuiving van lasten van publiek naar privaat.
  - Als basisvoorzieningen efficiënter gerealiseerd kunnen worden binnen in het private domein kunnen ook besparingen gerealiseerd worden ten opzichte van de totale zorguitgaven.
  - Optie 2: Deze maatregel leidt tot lagere zorguitgaven, met name wanneer intramurale zorg vervangen kan worden door extramurale zorg. Het effect is nog niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- Optie 3: Door de effectiviteit en bijhorende kosten van zorg beter in beeld te brengen en niet of minder effectieve zorg niet meer te vergoeden kunnen potentieel grote besparingen gerealiseerd worden (zie als voorbeeld curatieve zorg BMH fiches 2-7). De lagere zorguitgaven zijn nog niet gekwantificeerd.

### Bemensbaarheid

Optie 1: Indien huisvesting en ondersteunende diensten efficiënter georganiseerd kan worden buiten het pakket kan het een positief effect hebben.

Optie 2: De groep die geen aanspraak meer maakt op instellingszorg, zal uitwijken naar andere zorgvormen. Het effect op de bemensbaarheid is onzeker.

Optie 3: Niet effectieve interventies kunnen worden uitgesloten en daar hoeft geen menskracht meer op. Daarnaast is extra aandacht noodzakelijk voor de effectiviteit en kosten van bijvoorbeeld hulpmiddelen en organisatie van zorg, waardoor minder professionele zorgverleners ingezet hoeven te worden.

De beperking van het pakket heeft een positieve invloed op kwaliteit, toegankelijkheid, betaalbaarheid en bemensbaarheid van de noodzakelijke zorg die in het pakket blijft.

### Overwegingen

Uitsluiting van huishoudelijke hulp uit het verzekerde pakket kan ertoe leiden dat deze hulp vaker 'zwart' geregeld wordt.



## Beperk de Wlz tot zwaardere zorg

Beperk de toegang tot de Wlz voor mensen, waarvoor het noodzakelijk is dat de overheid de regie overneemt

### Achtergrond

Tot 2040 groeit het aantal ouderen dat zorg en ondersteuning nodig heeft harder dan het aantal werkenden in de bevolking. Dit zorgt voor extra druk op de financiële- en arbeidscapaciteit in de zorg. Een van de mogelijkheden om die druk te verlichten is het beperken van instellingszorg vanuit de Wlz tot mensen met een zwaarder zorgprofiel. In de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen en in Zorgkeuzes in Kaart is het voorstel gedaan dit te doen via het schrappen van zorgprofiel 'Verpleging en Verzorging (VV): Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging' (ZZP AWBZ 4VV).

In dit voorstel, wordt een alternatieve aanpak voor een mogelijke herijking van de toegang tot de Wlz voor ouderen verkend. Om te kunnen beslissen welke ouderen toegang moeten houden tot de Wlz en welke ouderen zorg en ondersteuning vanuit de Zvw en Wmo kunnen krijgen, moet een aantal vragen beantwoord worden: Moet een grens gebaseerd zijn op zorginhoudelijke criteria of dienen ook andere factoren – zoals persoonlijke context, betaalbaarheid en financiële draagkracht – in de beoordeling betrokken te worden? Kan de grens gelegd worden bij wilsonbekwame cliënten of bij het ontbreken van eigen regie?

### Doel

De toegang tot de Wlz zo af te bakenen dat voor de groepen, waarvoor het noodzakelijk is dat de overheid de regie overneemt de noodzakelijke en effectieve zorg en ondersteuning toegankelijk en betaalbaar blijft.

### Tijdshorizon

Beperking van de toegang tot de Wlz tot specifieke cliëntgroepen vergt wijziging van wet- en regelgeving. Hiermee kan een begin gemaakt worden tijdens de komende regeerperiode.

### Aannames

Door de groep cliënten die aanspraak maakt op (dure) integrale instellingszorg verder te beperken, worden de kosten voor de zorg en ondersteuning lager. Ook komen de kapitaallasten dan niet meer ten laste van het Fonds langdurige zorg. Daar staat tegenover dat de groep die geen aanspraak meer kan maken op instellingszorg nog steeds is aangewezen op 24-uurs zorg. Dit levert alleen een kostenbesparing op indien deze zorg efficiënter buiten de instelling gegeven kan worden.

### Realisatie

VWS kan, samen met de veldpartijen aan de hand van de cliëntportretten ouderen (verwachte oplevering door HHM in maart 2021), onderzoeken welke cliëntgroepen in welke situaties, niet in een Wlz-instelling zouden hoeven worden opgenomen. Hiernaast dient er consensus te worden gecreëerd over de eisen waaraan de zorg en ondersteuning buiten een instelling minimaal moeten voldoen. Naast het aanpassen van zorginhoudelijke criteria kan er ook aan gedacht worden om bij de indicatiestelling ook persoonlijke- en contextuele factoren, zoals financiële draagkracht of de mate van het ontbreken van eigen regie te betrekken.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Voor de mensen met zwaardere zorgprofielen die toegang houden tot instellingszorg kan de kwaliteit ervan mogelijk in stand gehouden worden, doordat deze zorg specifiek op hen wordt ingericht. Voor degenen die geen aanspraak meer zullen maken op instellingszorg is het de vraag of in de thuissituatie of in een geclusterde woonvorm 24-uurs zorg geboden kan worden die voldoende is, zodat mensen veilig en verantwoord zorg kunnen krijgen.
- **Toegankelijkheid:** Voor cliënten, waaruit blijkt dat deze in een instelling opgenomen moeten worden, blijft de toegankelijkheid van de zorg behouden op het huidige niveau. Voor cliënten, waarvan dit niet het geval is, maar wel een 24-uurs zorgbehoefte heeft, neemt de toegankelijkheid van instellingszorg af. Om een indruk te geven van het minst zware ZZP: In 2018 hadden ongeveer 35.000 mensen een indicatie voor ZZP AWBZ 4VV. Van hen was circa een derde 90 jaar of ouder en verbleven ruim 23.000 mensen in een instelling. Van de ruim 11.000 mensen die niet in een instelling verbleven, stonden er een geschatte 5000 wel op de wachtlijst voor opname.





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- **Betaalbaarheid:** Door deze beleids optie zal de Wlz-instellingszorg beter betaalbaar worden. Daar staat tegenover dat de zorg voor een grotere groep cliënten extramuraal geregeld moet worden, met bijkomende kosten en inzet van mantelzorg. Uit onderzoek is gebleken dat de kosten van de professionele zorg voor de groep met zorgprofiel ZZP AWBZ 4VV) extramuraal over het algemeen lager zijn dan die bij verblijf in een instelling.
- **Bemensbaarheid:** De groep die geen aanspraak meer maakt op Wlz-instellingszorg, zal uitwijken naar zorg thuis, op basis van Zvw en Wmo. Het effect op de bemensbaarheid is mede afhankelijk van de vraag hoe efficiënt die zorg verleend kan worden. Het is mogelijk dat er vanwege verlies van efficiëntie juist meer zorgverleners nodig zijn, doordat mensen langer thuis blijven wonen en zorgverleners meer tijd kwijt zijn aan reistijd.

### Overwegingen

Mogelijk is er een risico van overdiagnostiek: er zouden andere indicaties gesteld kunnen worden, zodat ouderen toch in aanmerking komen voor zorg vanuit de Wlz.



## Verzeker alleen gepast gebruik van bewezen effectieve zorg

### Achtergrond

Tot 2040 groeit zowel het absolute aantal ouderen als hun aandeel in de bevolking. In de verwachte zorgbehoefte zal niet te voorzien zijn op de wijze waaraan we nu gewend zijn. Eén van de manieren om de kwaliteit van zorg te verbeteren en tegelijkertijd de stijging van zorgkosten aan te pakken, is binnen de Zvw en Wlz alleen zorg te verzekeren die aantoonbaar effectief is gebleken.

Van veel zorg voor oudere cliënten is de effectiviteit niet aangetoond. Op basis van onderzoek naar de effectiviteit van zorg en ondersteuning bij ouderen, kan samen met ouderen bepaald worden welke zorg zinnig en passend is. Zorg waarvan is aangetoond dat ze niet effectief is – in termen van klinische uitkomsten, functioneren of kwaliteit van leven – wordt niet meer aangeboden. Dit vraagt naast onderzoek ook om inzet op implementatie van deze kennis.

### Doel

Een door Zvw en Wlz verzekerd pakket van zorg en behandelingen voor ouderen dat alleen bewezen effectieve zorg omvat, zodat de verzekerde zorg effectief is en toegankelijk en betaalbaar blijft.

### Tijdshorizon

Met het opzetten van onderzoek dat nodig is om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van zorg- en ondersteuningsinterventies in de ouderenzorg kan direct begonnen worden.

### Aanname

De effectiviteit van een substantieel deel van de verschillende vormen van zorg en ondersteuning kan in beeld worden gebracht.

### Realisatie

Om inzicht te krijgen in de effectiviteit van zorg is onderzoek nodig en moet ingezet worden op implementatie van kennis over effectiviteit van zorg. Dat vraagt een verschillende aanpak voor de ouderenzorg binnen de Wlz en de Zvw.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kwaliteit van de vergoede zorg neemt toe doordat niet aantoonbaar effectieve zorg van het pakket wordt uitgesloten en doordat bewezen effectieve zorg gepast kan worden ingezet.
- **Toegankelijkheid:** De toegankelijkheid van zorg die niet aantoonbaar effectief is neemt af.
- **Betaalbaarheid:** Op dit moment is van een groot deel van de zorg voor ouderen de effectiviteit onbekend. Door de effectiviteit van deze zorg beter in beeld te brengen en niet of minder effectieve zorg niet meer te vergoeden kunnen potentieel besparingen gerealiseerd worden.
- **Bemensbaarheid:** Door inzicht in effectiviteit kan beter de afweging gemaakt worden voor welke zorg mensen het best kunnen worden ingezet. Extra aandacht is nodig voor de effectiviteit van bijvoorbeeld hulpmiddelen en organisatie van zorg, waardoor minder professionele zorgverleners ingezet hoeven te worden.



## Meer eigen betalingen / inkomensafhankelijkheid

### Achtergrond

Ons zorgstelsel kent een hoge mate van solidariteit. Iedereen in Nederland heeft toegang tot kwalitatief goede, betaalbare zorg. Daar betaalt iedereen aan mee via belastingen en premies. Ook betalen gezonde mensen mee aan de zorg voor zieken en kwetsbaren, betalen jongeren mee aan de zorg voor ouderen en betalen hoge inkomens meer dan lage inkomens.

Mensen betalen ook zelf mee als ze zorg nodig hebben. Dat doen ze via verschillende eigen bijdragen en het eigen risico in de Zvw en de eigen bijdrage in Wlz en Wmo. Het aandeel van eigen betalingen in de totale zorguitgaven is met 10,4% in Nederland één van de laagste van de hele OECD.<sup>1</sup> Er lijkt dus ruimte te zijn voor verhoging van de eigen betalingen.

Eigen betalingen zorgen voor medefinanciering van zorg, dragen bij aan het kostenbewustzijn van zorggebruikers en komen soms in de plaats van kosten die mensen zonder zorg ook zelf zouden betalen. Hogere eigen betalingen kunnen helpen de zorg in de toekomst betaalbaar te houden. Als ze inkomensafhankelijk zijn, dragen ze ook bij aan de inkomenssolidariteit.

Voor elk wettelijk domein (Zvw, Wmo, Wlz) geldt een ander systeem van eigen betalingen. Voor wijkverpleging betalen zorggebruikers geen eigen bijdrage of eigen risico, voor ondersteuning uit de Wmo betalen ze een vast laag abonnementstarief en in de Wlz betalen ze een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. De eigen bijdrage kan in de Wlz fors hoger zijn dan in Wmo en Zvw.

Het verschil in eigen betalingen kan als beloning worden gezien voor gewenst gedrag: het stimuleert meer eigen verantwoordelijkheid en voorkomt onnodige doorstroom naar de zware en dure institutionele zorg van de Wlz. De eigen betalingen zijn het laagst als mensen zich laten ondersteunen vanuit Wmo en Zvw, wat hoger in de extramurale Wlz en het hoogst in de intramurale Wlz. Dat laatste is ook logisch, omdat de aanspraak in dat geval behalve zorg, ook verblijf en hotelmatige kosten (zoals eten/drinken en schoonmaak) omvat.

Het verschil in eigen betalingen heeft ook een nadeel. Cliënten kunnen uit financiële overwegingen wachten met het aanvragen van een indicatie bij het CIZ. Zo kan een oudere met een grote zorgbehoefte de doorstroom naar de Wlz of

van extramurale zorg naar zorg in een geclusterde setting of intramurale zorg te lang uitstellen. Daar zit dus een spanning met het streven naar meer kostenbewustzijn.

Het ligt voor de hand om eerst te bepalen welke zorg in de toekomst nog collectief gefinancierd wordt en in welk domein, en daarna pas te bepalen welke eigen betalingen daarbij passen. Pakket en eigen betalingen zijn communicerende vaten. Als het pakket wordt versmald, neemt de ruimte om de eigen betalingen te verhogen af, omdat mensen dan mogelijk al meer moeten betalen voor zaken die niet langer in het pakket zitten.

### Doel

Verhogen van eigen betalingen kan bijdragen aan de macrobetaalbaarheid van de zorg.

Harmoniseren van eigen betalingen kan belemmeringen wegnemen bij de keuze van een cliënt voor zorg uit een bepaald domein of voor een bepaalde leveringsvorm.

### Tijdshorizon

Eenvoudige aanpassingen van eigen bijdragen kunnen vaak binnen één à twee jaar doorgevoerd worden. Invoering van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor wijkverpleging of van domeinoverstijgende eigen bijdragen is veel lastiger. De implementatie duurt langer als het CAK de uitvoering op zich neemt. De komende vier jaar is het namelijk niet mogelijk om zo'n taakverzwaring bij het CAK te leggen.

### Ingrijpendheid

Eigen betalingen hebben effecten op het inkomen. Die kunnen soms heel groot zijn. Invoering van nieuwe eigen bijdragen kan ook ingrijpend zijn door de complexiteit van de uitvoering.

<sup>1</sup> volgens OECD-definitie, waar Wmo niet in zit



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Realisatie

Verschillende varianten zijn denkbaar.

*Invoeren eigen bijdrage wijkverpleging Zvw.* Doordat er nu voor het gebruik van wijkverpleging geen eigen bijdrage of eigen risico geldt, is er ook geen prikkel om geen onnodig beroep op deze zorg te doen. Dit probleem wordt prangender als de extramurale Wlz-zorg ook ondergebracht zou worden in de Zvw, omdat het beroep op de wijkverpleging dan fors zal stijgen. Qua vormgeving is een vaste eigen bijdrage van bijvoorbeeld € 5,- per uur het meest eenvoudig. Daarmee komt echter de toegankelijkheid van de wijkverpleging voor mensen met een laag inkomen (en een grote zorgvraag) in gevaar vanwege de zeer forse inkomenseffecten. Een inkomensafhankelijke eigen bijdrage doet meer recht aan de draagkracht van cliënten en is daarom realistischer (al zijn de inkomenseffecten nog steeds groot), maar invoering daarvan is ingewikkelder en duurt langer. Zie ZIK 68, waarin verschillende opties zijn uitgewerkt.

Voordeel: meer kostenbewustzijn, kleiner verschil in eigen bijdrage met Wlz.

Nadeel: zeer forse inkomenseffecten.

*Verhogen eigen bijdrage Wmo.* Dit kan bijvoorbeeld door het verhogen van het abonnementstarief (zie ZIK 76) of het herintroduceren van inkomensafhankelijkheid in de eigen bijdragen (zie ZIK 70). Bij de Wmo is het ook mogelijk om de toegang tot ondersteuning alleen toegankelijk te maken voor lagere inkomens.

Voordeel: verkleint het verschil in eigen bijdragen met de Wlz.

Nadeel: het herintroduceren van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo verhoogt de complexiteit en vermindert de transparantie.

*Verhogen eigen bijdrage Wlz.* Dit ligt minder voor de hand, want lage en middeninkomens betalen al relatief veel in verhouding tot het inkomen. Hoge inkomens kiezen al vaker voor de relatief goedkopere vormen van zorg. Indien er aanspraak op intramurale zorg blijft bestaan (en wonen en zorg financieel dus niet gescheiden worden), is het goed verdedigbaar dat daarvoor een hogere eigen bijdrage geldt dan voor andere vormen van zorg in de Zvw en Wmo. Mensen

krijgen daar immers veel meer voor terug en dragen zelf in principe geen woonlasten e.d. meer.<sup>2</sup> Wel zou nagedacht kunnen worden over de rol van vermogen bij de berekening van de eigen bijdrage in de Wlz. Vermogen telt via de grondslag sparen en beleggen mee in de hoogte van de eigen bijdrage, maar relatief beperkt (de VIB is gelijk aan 4%) (zie ZIK 70). Ook kan gedacht worden aan het meetellen van de overwaarde van het eigen huis in de berekening van de eigen bijdrage (zie ZIK 71 en Wouterse, Hussem en Aalbers, 2020).<sup>3</sup> Voordeel: De berekening van de eigen bijdrage zou evenwichtiger zijn als het vermogen, naast het inkomen, er een grotere rol in zou spelen. Nadeel: Met name bij het meenemen van overwaarde van het eigen huis in de berekening van de eigen bijdrage zijn er uitvoeringstechnisch nog uitdagingen.

*Belonen van gewenst gedrag.* 'Gewenst gedrag' zou in de Wlz beloond kunnen worden, bijvoorbeeld wanneer gedeeltelijk gebruik wordt gemaakt van e-health. Nu is de eigen bijdrage wel afhankelijk van de leveringsvorm, maar niet van het aantal uren zorg dat iemand afneemt.

*Volledig harmoniseren van de eigen betalingen.* Een vergaande optie is het volledig wegwerken van de verschillen in eigen betalingen voor langdurige zorg tussen de domeinen van Zvw (wijkverpleging), Wmo en Wlz. De technische werkgroep beheersing zorguitgaven heeft deze optie in het verleden uitgewerkt. Daarnaast bevat ZIK 69 een alternatieve uitwerking voor één inkomensafhankelijk eigen risico voor de gehele Zvw, Wmo en Wlz.

Voordeel: De keuze voor een wettelijk domein wordt niet meer ingegeven door financiële motieven bij de gebruiker.

Nadeel: Zolang de aanspraken tussen de verschillende domeinen verschillen, is de vraag of deze optie wel reëel en wenselijk is.

<sup>2</sup> Standaard betalen ze een hoge eigen bijdrage. Als ze echter nog een thuiswonende partner hebben die dus nog woonlasten draagt, betalen ze een lagere eigen bijdrage.

<sup>3</sup> <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Policy-Brief-Betere-risicospreiding-van-eigen-bijdragen-in-de-verpleeghuiszorg.pdf>



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Geen direct effect. Eigen bijdragen kunnen bijdragen aan de juiste zorg op de juiste plek, maar deze ook juist verstoren.
- **Toegankelijkheid:** Verhoging van eigen betalingen kan de toegankelijkheid van zorg verminderen. Dit kan worden ondervangen door rekening te houden met draagkracht, waardoor de inkomenssolidariteit behouden blijft.
- **Betaalbaarheid:** Het verhogen van de eigen betalingen kan bijdragen aan de macrobetaalbaarheid van de zorg door collectieve uitgaven te verschuiven naar privaat. De effecten van diverse beleidsopties op het terrein van eigen bijdragen zijn uitgewerkt in Zorgkeuzes in Kaart (nrs. 68, 69, 70, 71, 76).
- **Bemensbaarheid:** Eigen betalingen remmen het zorggebruik en kunnen daardoor de bemensbaarheid verbeteren.

### Overwegingen

Het is in hoge mate een politieke keuze of en hoeveel mensen moeten betalen op het moment dat ze zorg nodig hebben.



## Alle ouderenzorg in één domein

### Achtergrond

Op dit moment zijn drie inkopende partijen verantwoordelijk voor ouderen die zorg en/of ondersteuning behoeven; zorgverzekeraars, gemeenten en Wlz-uitvoerders. Voor de cliënt zijn overgangen van domeinen en daarmee de cliëntreis niet altijd logisch en uitlegbaar. Dit biedt ruimte aan afwentelgedrag en de zorgreis kan bepaald worden door de hoogte van de eigen betalingen in plaats van welke zorg nodig en passend is. Mensen met een steeds zwaardere zorgvraag, kunnen op enig moment in aanraking komen met de Wlz. Wanneer de zorg thuis wordt ontvangen, is er bij de overgang naar de Wlz geen sprake van een wezenlijk andere invulling van de zorgvraag, terwijl er wel ineens andere spelregels gelden, waaronder hogere eigen betalingen.

Naast het feit dat de zorgreis voor cliënten met een zware zorgvraag door de verschillende domeinovergangen minder goed uitlegbaar is, zijn er ook afstemmings/coördinatie - en afwentelingsproblemen tussen de domeinen.

De afstemmings/coördinatie problemen worden onder andere veroorzaakt doordat er een zorginhoudelijke overdracht moet plaats vinden als de zorgverlening door een andere zorgverlener uit een ander domein overgenomen moet worden. Ook kan het voorkomen dat hulpmiddelen ingeleverd moeten worden en vervolgens opnieuw aangevraagd worden.

De 'afwentelingsproblemen' zitten er met name in dat zorg en ondersteuning thuis onder meerdere domeinen is gepositioneerd. Onder de Wlz kan de zorg thuis via een modulair pakket thuis of een volledig pakket thuis geleverd worden. Gemeenten en verzekeraars hebben een prikkel om af te wentelen op de Wlz en daarmee een beperkte financiële prikkel om te investeren in zorg thuis, waardoor duurdere en zwaardere zorg voorkomen of uitgesteld kan worden (bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis).

Voor met name gemeenten is het financieel niet aantrekkelijk om te investeren in preventie bij de groep meest kwetsbare cliënten. Voor deze cliënten in het overgangsgedrag richting de Wlz zouden gemeenten dan immers wel de kosten maken, terwijl de baten (in de vorm van uitstel van de Wlz-kosten) aan de Wlz-uitvoerders/zorgkantoren<sup>1</sup> toevallen. Daarbij speelt mee dat de kosten van de

cliënten met een Wlz indicatie niet meer ten laste van de gemeentelijke budgetten komen, maar ten laste van het fonds langdurige zorg. Het budget dat de gemeente krijgt, wijzigt daarmee niet, omdat deze onafhankelijk is van het aantal mensen dat in de Wlz zit. Door mogelijkheden om af te wentelen belanden er ook cliënten tussen wal en schip omdat het niet duidelijk is bij wie de verantwoordelijkheid ligt.

De positionering van de zorg en ondersteuning voor ouderen over meerdere domeinen belemmert dat schaars zorgpersoneel zo efficiënt mogelijk wordt ingezet, omdat er veel afstemming tussen de domeinen nodig is om de zorg en ondersteuning rondom de cliënt te organiseren.

### Doel

Met deze beleids optie wordt de ouderenzorg ontschot. Gemeenten, zorgverzekeraars of zorgkantoren zijn hiermee in staat om met minder bureaucratie meer maatwerk en betere zorg te leveren. Er ontstaat ook een prikkel om te investeren in preventie. Hiermee wordt de cliëntenreis onthobbeld (ontdaan van domeinovergangen) en worden verschillen in eigen betalingen die door de huidige overgang van het ene naar het andere domein ontstaat weggenomen. Daarnaast worden perverse prikkels binnen de ouderenzorg weggenomen.

Er zal een afweging gemaakt moeten worden tussen de omvang van de afstemmings/coördinatieproblemen en afwentelingsmogelijkheden versus de verstrekende gevolgen om het stelsel terug te brengen naar minder domeinen.

### Relatie reis oudere

De reis van de ouderen wordt zoveel mogelijk onthobbeld. In hoeverre het onderbrengen van alle ouderenzorg onder één domein gaat bijdragen aan het meer stimuleren van de eigen regie en verantwoordelijkheid is afhankelijk van de variant en de invulling daarvan. In een variant waar de uitvoering van de ouderenzorg als voorziening wordt vormgegeven wordt er een groter beroep gedaan op de eigen regie ten opzichte van een variant, waarin de zorg en ondersteuning in het verzekerd pakket wordt opgenomen.

<sup>1</sup> Wlz uitvoerders zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wlz. De zorginkoop is belegd bij zorgkantoren middels een constructie van mandaat en volmacht.



### Varianten

De zorg en ondersteuning voor ouderen kan op verschillende manieren onder één domein ondergebracht worden: onder de Wmo, Zvw of Wlz. Ook is een nog verdergaande variant denkbaar, waarbij ook onderdelen van de Wet publieke gezondheid (preventie) ondergebracht worden binnen dit domein. De uitvoerende partij kan integraal beleid maken door het includeren van preventie als gevolg waarvan er minder cliënten doorstromen naar duurdere voorzieningen. Omdat dit een vergaande stelselwijziging is blijft deze variant verder buiten beschouwing.

In het Advies van de Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen wordt in het rapport 'Oud en zelfstandig in 2030' gesproken over 65 plussers. Het lijkt logischer om deze zorg en ondersteuning te koppelen aan de pensioengerechtigde leeftijd. Een alternatief is dat de leeftijd niet bepalend is, maar de mate van kwetsbaarheid. De toegang tot de Wlz wordt dan beperkt tot de meest kwetsbare cliënten. Een aandachtspunt hierbij is dat er een nieuw grensvlak gecreëerd wordt. Dit leidt ook tot verschuiving van problematiek (afbakening met andere samenbindende factoren, zoals al wel oud maar ook gehandicapt, etc). Het gaat hierbij om de zorg en ondersteuning voor ouderen, zoals deze nu onder de Wmo (ondersteuning), Zvw (wijkverpleging<sup>2</sup>) en Wlz (intramurale en extramurale

- ouderenzorg) gepositioneerd is. Het gaat hierbij om:
- ondersteuning mantelzorg, respijtzorg, tijdelijk verblijf (Wmo 2015, Zvw);
- ondersteuning met het oog op zelfredzaamheid en participatie (Wmo 2015);
- Hulpmiddelen (Wmo 2015, Zvw, Wlz)
- persoonlijke verzorging (Wmo 2015, Zvw, Wlz);
- begeleiding (Wmo 2015, Wlz);
- verpleging (Zvw, Wlz);
- behandeling (SO) (Zvw, Wlz);
- Verblijf (afhankelijk van de keuze scheiden van wonen en zorg) (Wlz).

De geneeskundige zorg waaronder de medisch specialistische zorg, huisartsenzorg<sup>3</sup>, farmaceutische zorg en zowel de specialistische als de eerstelijns GGZ blijven in deze voorstellen wel onderdeel van de Zvw. Dit betekent dat de cliënt in

<sup>2</sup> De wijkverpleging is in 2015 van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw.

<sup>3</sup> Door de huisartsenzorg in de Zvw te positioneren en de wijkverpleging onder de Wmo ontstaat er een knip die zorginhoudelijk gezien niet logisch is.

alle scenario's nog steeds te maken kan hebben met de Zvw. Het grensvlak en de daarbij behorende afbakeningsvragen tussen ouderenzorg en medische zorg blijft dan ook in alle onderstaande varianten bestaan.

Het fiche is zoveel mogelijk geschreven vanuit de huidige wetten, waarbij de aanspraken ongewijzigd blijven. Wel ligt het in de rede om aanpassingen in het verzekerd pakket te doen als de zorg en ondersteuning aan ouderen anders wordt gepositioneerd. Ook als er één domein voor ouderenzorg zou komen, blijft het voorkomen van afbakenings- en afwentelingsproblemen een aandachtspunt.

Uiteraard is het ook mogelijk om binnen deze afzonderlijke wetten aanpassingen te doen met het doel om het stelsel te optimaliseren door bijvoorbeeld in te zetten op een scherpere verantwoordelijkheidsverdeling tussen domeinen of om financiële prikkels te introduceren om afwentelingsproblemen zoveel mogelijk te voorkomen. Zolang er meerdere domeinen zijn, blijven er echter afbakenings- en afwentelingsproblemen bestaan.

Hieronder worden genoemde varianten in grote lijnen geschetst. Zij behoeven nog nadere uitwerking, onder meer wat betreft de juridische haalbaarheid.

#### 1) De 'ouderenzorg' wordt gepositioneerd binnen de Wmo 2015.

De Wmo 2015 regelt de verantwoordelijkheid van gemeenten voor ondersteuning van inwoners om hun zelfredzaamheid te bevorderen, te participeren in het maatschappelijk leven, of opvang of een beschermde woonomgeving te bieden. De mate waarop de ondersteuningsvraag wordt ingevuld is afhankelijk van de sociale context van de cliënt.

De gemeente kan deze ondersteuning regelen via een algemene of een maatwerkvoorziening (individueel). Door de ouderenzorg, zoals deze nu gepositioneerd is in de Wlz en de Zvw, over te hevelen naar Wmo 2015 wordt de verantwoordelijkheid van de gemeenten groter en is de invulling van de ondersteuning niet alleen maar gericht op het participeren en de zelfredzaamheid, maar ook om te



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

voorzien in zorg als een oudere om medische redenen behoefte aan zorg heeft. Dit is waar nu een duidelijke knip ligt t.o.v. aanspraken uit hoofde van de Zvw of de Wlz.

Gemeenten krijgen met het positioneren van de zorg en ondersteuning binnen de Wmo een prikkel om de inzet van preventieve maatschappelijke ondersteuning meer in te zetten, omdat dit naar verwachting zorgkosten in verband met ouderdom zal besparen. Ook zullen gemeenten een sterkere prikkel krijgen om in te gaan zetten op het bouwen van woonzorglocaties voor ouderen, omdat in deze locaties de zorg en ondersteuning efficiënter ingezet kan worden. Gemeenten zullen hierop (moeten) samenwerken omdat hun schaal niet altijd voldoende is om slagvaardig en doelmatig te zijn.

#### *Sterkte:*

- De Wmo 2015 probeert waar mogelijk cliënten zelf de regie te laten houden (eigen kracht/eigen netwerk). Professionele hulp is hieraan ondersteunend.
- Gemeenten zijn risicodragend. Hiermee hebben ze een prikkel tot kostenbeheersing en het vergroten van de efficiëntie en op effectiviteit.
- De Wmo 2015 geeft gemeenten een ruime opdracht – zo kan aansluiting gevonden worden bij de couleur locale.
- Door een vroegtijdige, laagdrempelige inzet van zorg en ondersteuning kunnen zwaardere vormen van zorg en ondersteuning uitgesteld of voorkomen worden.
- Gemeenten hebben nauwe contacten met woningbouwcoöperaties en hebben middels hun bestemmingsplannen veel invloed op de woningmarkt.
- Door ontbreken van sturing op pakket en prestaties veel ruimte voor innovaties (ook nog-niet bewezen innovatie)
- Gemeenten staan dichtbij bij de burger en kan taken combineren met andere taken die ze hebben in het sociale domein.

#### *Minder passend:*

- Met het onderbrengen van de zorg en ondersteuning aan ouderen onder de Wmo 2015 is er geen recht meer op ouderenzorg zoals in de Wlz en Zvw. Cliënten worden daardoor afhankelijk van de invulling van hun vraag van de gemeente waarin zij wonen. Dit betekent dat er diversiteit zal ontstaan en ook onzekerheid of de zorg- en ondersteuningsvraag wordt ingevuld en hoe deze wordt ingevuld.

- Gemeenten zijn nu volledig risicodragend voor de uitvoering van de Wmo 2015. Financiering is niet geoormerkt via het gemeentefonds. Tekorten in de Wmo moeten zij dekken met bezuinigingen op andere uitgaven of door hun belastinginkomsten te vergroten. De mogelijkheden om de belastinginkomsten te vergroten zouden dan moeten worden vergroot. De kosten voor de zorg en ondersteuning drukken zwaar op de gemeentelijke begroting als de ouderenzorg volledig wordt overgeheveld naar de Wmo 2015.
- Een inherente consequentie van verdere decentralisatie is dat gemeenten uiteenlopende voorwaarden stellen aan de uitvoering door de aanbieders met wie zij contracteren; dat zal leiden tot verhoogde administratieve lasten en onzekerheid bij aanbieders.
- Vooral kleinere gemeenten niet altijd de juiste expertise in huis hebben over bijvoorbeeld mensen met psychische en psychiatrische problemen (bv dementie).
- Er is afwenteling mogelijk op andere gemeenten wanneer cliënten met een zware ondersteuningsvraag verhuizen naar een gemeente met betere voorzieningen. Dit kan in theorie tot een “race to the bottom” leiden.
- Ontevreden burgers kunnen alleen “overstappen” naar een andere gemeente als ze verhuizen.
- Vanwege de krapte op de inkoopmarkt voor intramurale ouderenzorg, hebben zorgaanbieders veel marktmacht. Individuele gemeenten zullen nog minder inkoopmacht hebben dan zorgverzekeraars en zorgkantoren.

#### **2) De ‘ouderenzorg’ wordt gepositioneerd binnen de Zvw.**

De zorgverzekering is een schadeverzekering voor zorgkosten. Dit betekent dat er recht is op (vergoeding van) zorg waar kort door de bocht gezegd om medische redenen behoefte aan is en waar de cliënt qua inhoud en omvang op aangewezen is. Om welke zorg het gaat, is vastgelegd in het basispakket, meestal door middel van globale, functionele omschrijvingen. De belangrijkste vormen van zorg zijn “geneeskundige zorg” (huisarts, medisch specialisten etc.), farmaceutische zorg, hulpmiddelenzorg en verpleging en verzorging.





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Door ouderenzorg volledig onder te brengen in de Zvw is er voor die zorg minder samenwerking met het sociale domein noodzakelijk, waardoor het minder belangrijk wordt om samenwerking lokaal (per regio) beter structureel te verankeren. Zowel de zorg als ondersteuning vallen in deze variant namelijk onder de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar.

Hieronder worden niet limitatief enkele sterke punten van deze optie genoemd alsmede een aantal aspecten die minder goed passen.

#### *Sterkte:*

- Met het onderbrengen van de zorg en ondersteuning onder de Zvw ontstaat voor de volledige ouderenzorg een aanspraak als onderdeel van het basispakket met landelijke uniforme kwaliteitsnormen. Ook wordt hiermee de ondersteuning een aanspraak in plaats van een voorziening.
- Zorgverzekeraars zijn concurrenten van elkaar en ze zijn risicodragend. Hiermee hebben ze een prikkel tot kostenbeheersing en het vergroten van de doelmatigheid van de ouderenzorg.
- Ontevreden verzekerden kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar.
- De aanspraak op zorg is algemeen omschreven (open instroom in het basispakket). Als specifieke zorg effectief is en behoort tot het arsenaal van de zorgverlener, maakt het automatisch onderdeel uit van het pakket.
- Zorgverzekeraars kunnen de hele keten van zorg inkopen (1e lijnszorg en 2e lijnszorg).

#### *Minder passend:*

- De Zvw is een schadeverzekering voor zorgkosten. De onderdelen van de Wlz en Wmo die gericht zijn op welzijn en wonen passen hier minder goed in. Omdat de zorgverzekering een dekking geeft voor gezondheidsrisico's zijn de mogelijkheden tot uitbreiding van het verzekerde pakket, ten aanzien van sociale motieven beperkt. De zorgverzekering is net als de Wlz gericht op een individuele aanspraak. Het onderbrengen van meer algemene/collectieve voorzieningen vraagt om aanpassing in de huidige wetgeving.
- Het tot gelding brengen van een aanspraak door een verzekerde is grotendeels onafhankelijk van de sociale context. Hierdoor kan geen dwingend beroep gedaan worden op de inzet van de omgeving en naasten voor zorg die onderdeel is van het basispakket. Er is immers recht op zorg en ondersteuning als op zorginhoudelijke gronden de behoefte is vastgesteld en de verzekerde

daar naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- In deze variant moet er een oplossing gevonden worden voor het 'Wmo-deel' waar niet automatisch uniforme kwaliteitsnormen van toepassing voor zijn. Met name omdat er onder de Zvw ook de mogelijkheid bestaat om niet gecontracteerde zorg te leveren is het van belang dat er wel duidelijkheid is over de kwaliteit van zorg, die geleverd moet worden.
- De uitvoering van de Zvw is neergelegd bij private partijen. Hiermee worden de mogelijkheden om te sturen op de betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid door de overheid op afstand gezet.
- Onder de Zvw is het mogelijk om de zorg zonder een contract met de zorgverzekeraar te leveren. Deze aanbieders leveren dan niet-gecontracteerde zorg. Verzekeraars maken dan geen afspraken over o.a. de kwaliteit van zorg of het volume.
- De beschikbaarheid van medische technologie in combinatie met het open pakket maakt dat dit een risico is voor de kostenbeheersing maar kan wel een oplossing bieden voor het personeelstekort.
- Werkgevers betalen een werkgeversheffing zorgverzekeringwet over het inkomen. Als het Zvw pakket uitbreidt leidt dit tot hogere loonkosten. Werkgevers kunnen hiervoor gecompenseerd worden door andere werkgeverslasten te verlagen. Dat kan alleen niet onbeperkt. Daarom kan dit gevolgen hebben voor de concurrentiepositie van ondernemers.
- Door de overheveling van de ouderenzorg naar de Zvw worden de risico's van zorgverzekeraars vergroot wat tot hogere solvabiliteits-eisen leidt. Voor de opbouw van extra reserves zal de Zvw-premie tijdelijk hoger moeten zijn.
- De nominale premie stijgt sterk. Dit leidt op zijn beurt tot een forse stijging van de zorgtoeslag (zowel qua bedrag als qua aantal rechthebbenden).
- Vanwege de krapte op de inkoopmarkt voor intramurale ouderenzorg, hebben zorgaanbieders veel marktmacht. Individuele zorgverzekeraars zullen minder inkoopmacht hebben dan zorgkantoren. Net als de zorgkantoren zijn zij wel gehouden aan de zorgplicht.

> [Terug naar menu](#) | [Stelsel](#)



### 3) De 'ouderenzorg' wordt gepositioneerd binnen de Wlz.

De Wlz is een volksverzekering. Dit is een publiekrechtelijke verzekering, waarvoor iedereen in Nederland verzekerd is. De Wlz geeft aan verzekerden recht op zorg als de noodzaak aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel voor de verzekerde bestaat, of als er 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig is. De Wlz beschrijft de "te verzekeren prestaties". De belangrijkste zijn verblijf in een instelling, persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging en behandeling. Onder de Wlz zijn de aanspraken functioneel beschreven.

Door alle ouderenzorg over te hevelen naar de Wlz ontstaat er een recht op de volledige invulling van professionele zorg en ondersteuning, terwijl de prikkels om dit efficiënt en effectief relatief laag zijn.

#### Sterkte:

- Met het onderbrengen van de zorg en ondersteuning aan ouderen onder de Wlz blijft het recht op zorg gehandhaafd met landelijke uniforme kwaliteitsnormen.
- De Wlz is regionaal ingericht, waardoor het relatief eenvoudig is om het aanbod aan te laten sluiten bij de zorgvraag.
- Zorgkantoren hebben tov gemeenten en zorgverzekeraars de beste onderhandelingspositie tov aanbieders van intramurale ouderenzorg. Door beperkte financiële prikkels en de onderhandelingsmacht van aanbieders wordt hier beperkt op ingezet.
- De Wlz kent nauwelijks financiële prikkels die kunnen leiden tot quality skimping, zoals onderbehandeling en afwenteling en wordt daardoor gezien als de veilige haven. Als er een zorgvraag is, dan wordt deze binnen de wettelijke kaders ingevuld.
- Omdat Wlz-uitvoerders geen financieel risico lopen, kunnen Wlz-uitvoerders verantwoordelijkheid dragen voor groepen met de zwaarste zorgvragen.
- Doordat de Wlz-uitvoerders in een publiek stelsel zijn gepositioneerd, kan er meer centrale regie gevoerd worden.

#### Minder passend:

- Het recht op zorg is onafhankelijk van de sociale context. Hierdoor kan er minder makkelijk een beroep gedaan worden op de eigen verantwoordelijkheid van de betrokkene. Daarmee wordt er een beroep op professionele zorg en ondersteuning gedaan, terwijl dit eigen omgeving mogelijk ook ondersteuning kan bieden.
- Wlz-uitvoerders zijn niet risicodragend, waardoor er geen financiële prikkels zijn voor een efficiënte, doelmatige en effectieve zorginkoop.

### 4) De 'ouderenzorg' wordt gepositioneerd binnen de Zvw en de Wmo.

In dit scenario wordt de zorg en ondersteuning aan ouderen, zoals dit onder de huidige Wlz is opgenomen, gepositioneerd binnen de Zvw en de Wmo 2015. De verblijfszorg, die noodzakelijk is voor de behandeling, de persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling vanuit de Wlz wordt overgeheveld naar de Zvw en de begeleiding en een deel van de persoonlijke verzorging vanuit de Wlz naar de Wmo.

De verpleeghuiszorg die intramuraal geleverd wordt, wordt in deze variant overgeheveld naar de Zvw.

Als er echter gekozen wordt voor het verder extramuraliseren van de zorg, dan kan een deel van de huidige verblijfszorg (maaltijden, huishoudelijke hulp, begeleiding en persoonlijke verzorging) onder de Wmo 2015 worden gebracht. De persoonlijke verzorging, verpleging, en behandeling wordt dan als extramuraal zorg onder de Zvw gepositioneerd.

Deze oplossingsrichting biedt een oplossing voor een soepelere patiëntreis door het aantal domeinen te beperken maar wel de krachten van de verschillende stelsels zoveel mogelijk te benutten.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### *Sterkte:*

- De krachten vanuit de Zvw en de Wmo worden gebundeld. De zorgbehoefte wordt als een recht vormgegeven maar daarnaast wordt er zoveel mogelijk een beroep op de eigen verantwoording en zelfredzaamheid gedaan.
- Gemeenten krijgen meer prikkels om de zorg- en ondersteuningsvraag zoveel mogelijk te voorkomen omdat de ondersteuningsvraag op de Wlz niet langer afgewenteld kan worden.
- Met name wanneer het scheiden van wonen en zorg wordt doorgevoerd hebben gemeenten een prikkel om het woningaanbod voor ouderen aan te passen aan de vraag.
- Zorgverzekeraars kunnen de ouderenzorg voor de hele keten in gaan kopen. Hierdoor zijn er efficiëncy voordelen te halen.
- De innovatiekracht bij zorgaanbieders zal in een meer private omgeving beter van de grond komen.
- Het biedt een kans om de ouderenzorg verder te professionaliseren en daarbij ook te kijken naar effectiviteit van de zorg.

#### *Minder passend:*

- Tussen de Wmo 2015 en de Zvw moeten samenwerkingsafspraken komen om de zorg en ondersteuning meer op elkaar af te stemmen.
- Zorgverzekeraars en gemeenten werken niet op hetzelfde niveau. Zorgverzekeraars werken landelijk, waar de gemeenten lokaal werken. Hierdoor kan de samenwerking bemoeilijkt worden.

De hierboven beschreven varianten, zijn uiterste varianten. Uiteraard zijn er ook combinaties mogelijk waarbij de ouderenzorg gepositioneerd wordt binnen drie domeinen, waarbij bijvoorbeeld alleen de extramurale zorg (MPT, PGB, en het ongeclusterd VPT) wordt overgeheveld naar de Zvw en de wmo 2015. De Wlz wordt dan voor de ouderenzorg een institutionele wet, waarbij er alleen toegang is tot de Wlz als iemand in een instelling opgenomen moet worden. Hierbij is de belangrijkste vraag, wie er bepaalt dat de cliënt opgenomen moet worden in een verpleeghuis. Kan de cliënt hier dan nog zelf een keuze in maken of wordt een opname een verplichting en komt hiermee het recht op zorg thuis te vervallen? Een andere variant is dat niet alleen de extramurale zorg wordt overgeheveld naar de Zvw en Wmo maar dat daarnaast het recht op intramurale zorg verder wordt

aangescherpt door bijvoorbeeld ZP 4 te extramuraliseren of op grond van zorginhoudelijke criteria de aanspraak op de Wlz verder te versmallen door het extramuraliseren van (delen van) zorgzwaartepakketten. Hier wordt in andere fiches verder op ingegaan.

#### **Tijdshorizon**

Het betreft een ingrijpende stelselwijziging, die tijd nodig zal hebben voor aanloop (analyse), wetgeving en een goede implementatie (met partijen).

#### **Ingrijpendheid**

De mate van ingrijpende hangt wel af van de optie, die verder uitgewerkt moet worden. Het is mogelijk is om het gewenste eindperspectief gefaseerd te implementeren

#### **Realisatie**

Het betreft grote stelselwijzigingen, waarvan de consequenties en de juridische risico's goed in beeld moeten worden gebracht.

#### **Effecten op de publieke waarden**

Wanneer het aantal domeinen verminderd wordt (alleen in de laatste variant komt er een domein bij), zal ook de afstemming tussen de verschillende domeinen beperkt worden. Wel zullen er altijd afwentelings- en afbakeningsproblemen ontstaan.

Hierdoor kan het schaarse zorgpersoneel ingezet worden op de directe zorgverlening in plaats van onderlinge afstemming en overdracht. Afhankelijk van de optie zal daarnaast meespelen dat er mogelijk een verschuiving plaatsvindt van het verzekerde pakket naar een voorziening. Wanneer een deel van ondersteuning vanuit het verzekerd pakket wordt overgeheveld naar een voorziening en er daarmee een groter beroep wordt gedaan op de eigen mogelijkheden om de hulpvraag in te vullen, heeft dit positieve effecten op de publieke waarden. De druk op de professionele zorgverlening zal hierdoor afnemen, waardoor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van het verzekerde pakket beter geborgd kan worden. Hier staat tegenover dat er een groter beroep wordt gedaan op de eigen zelfredzaamheid en er meer verschillen gaan ontstaan tussen hetgeen burgers aan zorg en ondersteuning krijgen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Ten aanzien van de betaalbaarheid zijn in Zorgkeuzes in Kaart<sup>4</sup> de financiële effecten en de transitiekosten verder uitgewerkt.

### Overwegingen<sup>5</sup>

Uit internationale vergelijking blijkt dat er niet een stelsel is dat op alle fronten beter scoort dan het andere. Het is dus hoofdzakelijk een politieke keuze welke sturingsfilosofie het meest aanspreekt.

Als het de voorkeur heeft om het stelsel opnieuw in te richten, dan moet ook goed nagedacht worden waarop we willen sturen en welk stelsel hierbij het beste past.

In onderstaande tabel worden de kernelementen, waarop de verschillende domeinen verschillen inzichtelijk gemaakt. Een deel van de plussen en minnen is beleidstheorie, die niet altijd uitgekomen. Dit komt ook voort uit het aanbod van de zorg en de organisatie er omheen.

Verschillen tussen stelsels	Wmo 2015	Zvw	Wlz
Verschillen tussen verzekering en (regionale) voorziening			
Beleidsvrijheid inkopende partij	+	0	-
Beroep op eigen verantwoordelijkheid	+	0	-
Uniform recht op zorg (niet afhankelijk van lokale invulling)	-	+	+
Doelmatigheid			
Prakkels tot kosten effectiviteit	0	+	-
Onderhandelingspositie richting zorgaanbieders	-	0	0
Risicodragend	+	+	-
Lage administratieve lasten (aantal contracten)	-	0	+
Kwaliteit			
Prakkels tot bevorderen effectieve/zinnige zorg	-	+	-
Toezicht IGJ	-	+	+
Toegankelijkheid			
Geen prakkels tot risicoselectie	0	-	+
Geen prakkels tot verschraving van zorg/ondersteuning	-	0	+
Geen prakkels tot afwenteling	--	-	+
Geen pakketbeperkingen	+	-	+
Niveau van organisatie (regionaal)			
Mogelijkheden om lokaal samen te werken (met bijvoorbeeld woningbouwcoöperaties)	+	-	0
Invloed op de keten van zorg (huisartsenzorg, ELV, MSZ)	0	+	0

<sup>4</sup> Kamerstuk 2968 nr 1075

<sup>5</sup>



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

### BELEIDSOPTIES

#### > Stelsel

#### 3 Kernvragen

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Naast deze verschillen zijn er verschillen met betrekking tot het stellen van de indicatie en de eigen betalingen.

	Wmo 2015	Zvw	Wlz
Indicatiestelling	De gemeente	De zorgprofessional	Het CIZ
Eigen betalingen	Abonnementstarief	Eigen risico en bijbetalingen	Inkomensafhankelijke bijdrage

Overwegingen die bij de positionering van de ouderenzorg een rol spelen:

- Ten aanzien van een overheveling van het verzekerd pakket naar een voorziening:
  - Willen en kunnen burgers zelf verantwoordelijkheid nemen?
  - Ontstaat er mijdingsgedrag: zoals schoonmaak versus vervuiling, uitstel hoorapparaat waardoor sociale contacten verminderen en cognitieve achteruitgang versneld
  - Uitstel van zorg waardoor duurdere zorg op een later moment is aangewezen.
  - Zwaardere diagnoses, zodat mensen de zorg eerder vergoed krijgen.
  - Ontstaat er een verschuiving van het witte naar het zwarte circuit bij bijv. inzet huishoudelijke hulp?
  - Zorgt aanpassing voor (een grotere kans op) misbruik van kwetsbare cliënten?
  - Wat zijn de gevolgen van keuzes op positieve gezondheid?
  - Wat is de invloed van SES en gezondheidsverschillen. Dragen keuzes in potentie bij aan het vergroten of verkleinen van verschillen in gezondheid en welbevinden tussen de groepen?
  - In hoeverre leidt de beleidsvrijheid van gemeenten tot dusdanig grote verschillen dat burgers zich genoodzaakt voelen om te verhuizen?
  - Kunnen de gemeenten de verantwoordelijkheid dragen om alle zorg en ondersteuning in te kopen voor ouderen?

2. Ten aanzien van onderbrengen van het verzekerd pakket inclusief verblijfszorg in een private verzekering versus een publieke verzekering:

- Private verzekering (Zvw):
  - Verzekeringstechnisch: Ouderenzorg is te verzekeren. Het is wel de vraag in hoeverre ondersteuning, vanuit sociale motieven meegenomen kunnen worden onder de Zvw.
  - Als het Zvw pakket wordt uitgebreid leidt dit tot hogere loonkosten. Werkgevers kunnen hiervoor gecompenseerd worden door andere werkgeverslasten te verlagen. Dat kan alleen niet onbeperkt. Daarom kan dit gevolgen hebben voor de concurrentiepositie van ondernemers. Zorg vanuit de Wlz moet echter ook betaald worden.
  - Het leidt tot een stijging van de nominale premie. Dit leidt op zijn beurt tot een forse stijging van de zorgtoeslag (zowel qua bedrag als qua aantal rechthebbenden).
- Publieke verzekering (Wlz):
  - Praktisch: Ontzorgen/overnemen regie kwetsbare ouderen die het thuis met behulp van sociale netwerk, Wmo-ondersteuning en Zvw-zorg niet langer redden.
  - De overheveling van de ouderenzorg van naar de Wlz is een verzwaaring van het recht op zorg en vraagt om een intensivering van de zorgverlening. Dit draagt niet bij aan de houdbaarheid van het stelsel.



## Scheiden Wonen en Zorg

### Achtergrond

Scheiden wonen en zorg houdt kortweg in dat het wonen en de zorg in de langdurige zorg (Wlz) apart gefinancierd wordt. Cliënten sluiten daarmee een aparte huurovereenkomst af en kunnen zo nodig in aanmerking komen voor huursubsidie. Ze betalen ook zelf de kosten voor maaltijden. Huishoudelijke hulp valt ook niet onder 'zorg'.

### Doel

Het idee is dat mensen zelf beter kunnen beslissen over hun woning en pakket van diensten. Dit geeft aanbieders een prikkel om hier op in te spelen en zou (kunnen) leiden tot een ander aanbod.

### Tijdshorizon

Omdat de regeling in principe alleen uitvoerbaar is als deze geldt voor nieuwe initiatieven zal er een hele lange overgangperiode zijn. Hier zal een dertig jaar mee gemoeid zijn. De wetswijziging zal 2 tot 3 jaar vergen.

### Ingrijpendheid

De wijziging is zeer ingrijpend. Als de kosten van deze diensten geheel naar de burger worden doorgeschoven, leidt dat bij hen – afhankelijk van inkomen en vermogen - tot hoge(re) extra kosten.

Ook aanbieders van intramurale zorg zullen hun dienstverlening moeten aanpassen. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat zij minder inkomsten krijgen doordat de huur en hotelkosten in de huidige Zorgzwaartepakketten hoger zullen zijn dan wat veel mensen zullen gaan betalen. De compensatie kan daarmee door aanbieder en/of bewoner te compenseren. Hierbij zal rekening mee moeten worden gehouden dat de extra kosten inkomens- en vermogensafhankelijk zijn.

### Realisatie

Bij dit fiche wordt ervan uitgegaan dat scheiden van wonen en zorg als volgt wordt vorm gegeven: een aanbieder van elk nieuw (getransformeerd) woonzorg-complex krijgt alleen vergoeding voor de zorg die daar geleverd wordt. De aanbieder krijgt geen vergoeding meer voor inkomsten voor huur en hotelkosten en zal deze zelf moeten innen. Gekeken moet worden of/op welke wijze aanbieders en/of bewoners kunnen worden tegemoet gekomen ivm de hogere kosten die deze bewoners hebben tov huidige situatie.

Bekeken moet worden of de cliënten van nieuwe woonzorgcomplexen alleen de mogelijkheid hebben van verzilvering van hun Wlz via een VPT / MPT of pgb. De overgangperiode zal lang zijn. Investeringsbeslissingen voor woonzorgcomplexen worden vaak genomen voor 30 jaar.

### Effecten op Toegankelijkheid / Kwaliteit / Betaalbaarheid / Bemensbaarheid

- Ten opzichte van huidige situatie zijn er grote inkomensgevolgen en gevolgen voor de inkomsten voor aanbieders van intramurale zorg. Waar mensen nu een eigen bijdrage voor intramurale zorg betalen moeten ze straks huur (- evt huursubsidie) en de eigen bijdrage voor extramurale zorg betalen. De vergoeding die aanbieders nu krijgen voor de huur en hotelkosten is aanzienlijk hoger dan die ze kunnen krijgen van (in ieder geval) mensen met lager en middelhoge inkomens.
- De compensatieregeling is ingewikkeld. Rekening zal moeten worden gehouden met ongelijkheid van de kosten van mensen die dezelfde zorg hebben in de vorm van zorg in natura, en ook met de mensen die eerder gekozen hebben voor VPT of pgb.
- Afhankelijk van de hoogte van de kosten van het service-pakket, en de hoogte en vormgeving van de compensatie, kan de toegankelijkheid onder druk komen te staan voor lage – en middeninkomens.
- Gevolgen voor kwaliteit zijn verschillend: er zal – afhankelijk van vormgeving compensatie – een directere link tussen huur/bijdrage aan hotelkosten en de keuze voor een appartement/service-pakket. Er is ruimte voor meer maatwerk. De wijziging kan ook betekenen dat voor mensen met lagere inkomens minder middelen beschikbaar zijn en het pakket aan diensten zal wordt ingeperkt.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- Hogere inkomens kunnen een voordeel hebben: zij betalen vaak een hoge eigen bijdrage. Voor lage inkomens is er juist een nadeel te verwachten. Zij zullen huur en hoteldiensten (eten/drinken etc) niet/moeilijk van bijvoorbeeld de AOW kunnen betalen. Hiervoor zullen deze inkomens moeten worden gecompenseerd en anders een beroep moeten doen op de bijzondere bijstand. In principe zullen mensen er vooral op achteruit gaan: mensen hebben nu zelf reeds de mogelijkheid om scheiden en wonen vorm te geven door de wlz te verzilveren via een VPT of PGB.

### Overwegingen

Het is de vraag voor wie scheiden van zorg veel oplevert. Mensen die dit reeds willen, kunnen reeds dmv VPT zelf zorg voor een scheiding tussen wonen en zorg. Dit is vooral voor mensen met midden- hoge inkomens / veel vermogen van belang omdat die een hoge eigen bijdrage moeten betalen. Er heeft hiermee al deels een vrijwillige toename van scheiden wonen en zorg plaats gevonden (waarbij wel een vraag is of het wenselijk is dat dit mogelijk vooral gebruikt wordt om de hoge eigen bijdrage te ontlopen).

Zeker voor mensen met een zorgzwaartepakket (ZZP) 5 en hoger is wonen en zorg zo met elkaar verweven dat de vraag is in hoeverre mensen echt kunnen kiezen tussen woonzorgvormen en zelf invloed kunnen hebben op hoe de woonzorgvorm eruit ziet. Aan andere kant moeten mensen wel veel meer zelf gaan regelen/kiezen. Ook voor ZZP 4 zal dit overigens vaak zo zijn.

Ook met extramuraliseren van delen van de Wlz (overhevelen delen naar de Wmo/Zvw) wordt een scheiding gebracht tussen wonen en zorg voor deze delen, zoals eerder voor ZZP 1-3. Voor ZZP 4 zou dit meest voor de hand liggen, met notie dat extramuraliseren ZZP 1-3 heel veel weerstand opleverde.



## Reikwijdte Wmo beperken

### Achtergrond

Gemeenten moeten ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. De ondersteuning thuis is geregeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De Wmo dreigt o.a. vanwege het toenemend aantal ouderen onbetaalbaar te worden, wat ten koste kan gaan van de ondersteuning van de meest kwetsbare cliënten.

Hiervoor wordt één van de volgende opties overwogen (optie 3 kan mogelijk ook i.c.m. 1 en 2 worden ingevoerd):

1. Financiële draagkracht als onderdeel van 'eigen kracht' mee laten wegen bij de toegang tot de Wmo.
2. Herinvoering van een inkomensafhankelijke bijdrage die ervoor zal zorgen dat ouderen uit de midden en hoge inkomensgroepen meer bij betalen aan ondersteuning uit de Wmo en minder snel een beroep doen.
3. Hervorming van de huishoudelijke hulp, waarbij wordt ingezet op reablement en signalering. Het structureel overnemen van schoonmaaktaken wordt niet meer vergoed op grond van de Wmo. Gemeenten creëren vanuit hun minima-beleid een route om schoonmaak van het huis (deels) te vergoeden voor minima.

### Doelen

Betaalbaarheid Wmo 2015 wordt vergroot waarmee toegang tot Wmo-voorzieningen voor de meest kwetsbare burgers wordt geborgd, er wordt meer verantwoordelijkheid neergelegd bij (financieel) zelfredzame cliënten.

### Relatie reis oudere (per optie)

1. Een deel van de cliënten komt op basis van het onderzoek (keukentafelgesprek) niet meer in aanmerking voor financiering van ondersteuning op grond van de Wmo. Voor financieel draagkrachtige cliënten kan de gemeente wel ondersteunen in het organiseren van de gewenste ondersteuning.
2. Cliënten met midden en hoge inkomens zullen meer moeten gaan bijbetalen aan Wmo ondersteuning
3. Cliënten met midden of hoge inkomens zullen de kosten voor het overnemen van schoonmaaktaken in het huishouden zelf moeten dragen. Zij ontvangen wel meer dan nu advisering bij de herinrichting van het huishouden waarmee een

deel van cliënten toch (weer) zelfstandig het huishouden kan blijven doen. Tot die advisering behoort ook, indien dit vanuit het perspectief van de cliënt nodig en gewenst is, scholing of cursussen. De kosten voor het overnemen van schoonmaaktaken voor midden en hoge inkomens zal, in gevallen waarbij een cliënt ook met advies/scholing/cursussen niet alles kan blijven doen, naar verwachting tientallen tot honderden euro's per maand bedragen.

De mate van compensatie van deze kosten voor de laagste inkomens zal afhangen van het nog op te stellen convenant tussen Rijk en gemeenten en de nadere besluiten die gemeenten nemen bij de inrichting van hun minimabeleid. Het huis vervuult voor cliënten die er niet in slagen het huishouden met advisering/scholing/cursussen zelfstandig uit te blijven voeren en ook geen alternatief kiezen voor het wegvallen van de publiek-gefinancierde huishoudelijke hulp. Dit heeft mogelijk – op termijn – negatieve effecten op de gezondheid. Mogelijk ander effect is dat personeelstekorten in de verpleeghuiszorg en ziekenhuizen deels kunnen worden teruggedrongen vanuit de vrijgevallede capaciteit in de huishoudelijke hulp, waarmee wachtlijsten hier teruggedrongen worden. De mate waarin dit slaagt, hangt af van de wijze waarop deze maatregel ingevoerd wordt. Het terugdringen van personeelstekorten in de verpleeghuiszorg en ziekenhuiszorg heeft vanzelfsprekend een positief effect op de cliëntreis. Cliënt ontvangen hierdoor sneller de zorg die zij nodig hebben.

### Tijdshorizon (per optie)

1. Aanscherpen van bestaande toegangscriteria 'eigen kracht' kan via aanpassingen van de AmvB. Invoering per 1 januari 2023.
2. Dit vergt een wetswijziging. Invoering per 1 januari 2024.
3. Dit vergt een wetswijziging. Invoering per 1 januari 2024. Nadat de wetswijziging is doorgevoerd, wordt voorgesteld een invoeringstermijn van 2 jaar te hanteren, zodat gemeenten de beoogde hervorming zorgvuldig en in nauw overleg met hun inwoners kunnen doorvoeren.





### Ingrijpendheid (per optie)

1. Door het mee laten wegen van financiële draagkracht zal een deel van de huidige Wmo-populatie zelf verantwoordelijk worden voor het betalen van de ondersteuning. Dit zal ook gevolgen hebben voor aanbieders.
2. Door herinvoering van de inkomensafhankelijke bijdrage in de Wmo zal de stapeling van zorgkosten toenemen (eigen risico Zorgverzekeringswet + eigen bijdrage Wmo + eventuele zorgkosten op de particuliere markt). Vooral voor mensen met midden en hogere inkomens pakt dit duurder uit. Een deel van hen zal ervoor kiezen om zelf ondersteuning te regelen, een deel gaat wellicht zorg mijden. Naar verwachting geldt dit met name voor de huishoudelijke hulp en de hulpmiddelen. Herinvoering van de inkomensafhankelijke bijdrage in de Wmo maakt de systematiek complexer. Hierdoor weten cliënten vaak vooraf niet of onvoldoende welke bijdrage ze gaan betalen voor Wmo-ondersteuning. Er zal opnieuw een inkomensstoets moeten worden ingebouwd, hetgeen zorgt voor inbreuk op de financiële privacy van burgers.
3. Voor veel cliënten moet de huishoudelijke hulp als voorziening opnieuw worden ingericht. Aanbieders van huishoudelijke hulp moeten hun dienstverlening herinrichten. Daarnaast zal dit consequenties hebben voor de arbeidsmarkt van huishoudelijke hulpen.

### Realisatie (per optie)

1. Financiële draagkracht wordt als onderdeel van de eigen kracht opgenomen in de regelgeving. Gemeenten kunnen in deze gevallen wel ondersteunen bij het organiseren van maatschappelijke ondersteuning.
2. Invoering van een inkomensafhankelijke bijdrage kan op verschillende manieren:
  - Herinvoering conform de oude systematiek voor de eigen bijdrage. Vanaf een bepaald inkomen neemt de bijdrage dan toe.
  - Introduceren van een getrappt abonnementstarief. Naast het lage abonnementstarief van € 19 euro geldt er dan vanaf een bepaald inkomen een hoog tarief (en eventueel ook een middentarief). Het hoge abonnementstarief zal in ieder geval boven de kostprijs van de maandelijkse kosten voor reguliere hulp in het huishouden moeten liggen. Dit om te voorkomen dat mensen met hoge inkomens te makkelijk gebruik maken van deze voorziening terwijl ze zelf ook de huishoudelijke hulp kunnen betalen. Het voordeel van een getrappt abonnementstarief is dat ouderen beter kunnen inschatten wat Wmo-ondersteuning hen gaat kosten.

Voor beide varianten zijn inkomensgegevens nodig op basis waarvan een bijdrage opgelegd kan worden. Dit vergt dus een koppeling met de belastingdienst. De uitvoering kan – net als nu – worden belegd bij het CAK, zodat de anticumulatie met wlz/beschermd wonen bewaakt kan worden. Herinvoering van een vorm van inkomensafhankelijkheid vraagt aanpassing van de systemen bij het CAK. Hiervoor dient ruim de tijd te worden genomen. Alternatief is om de uitvoering bij gemeenten te beleggen. Het voordeel hiervan is dat de verantwoordelijkheid voor de daadwerkelijke zorg en ondersteuning én de vaststelling en inning van de eigen bijdrage bij één partij zijn belegd. Wel is het de vraag of uitvoering door individuele gemeenten voldoende doelmatig is (ten opzichte van uitvoering door het CAK).

3. Gemeenten krijgen vanuit de Wmo 2015 en Participatiewet de mogelijkheid een genuanceerdere afweging te maken in de toekenning van huishoudelijke hulp, waarbij nadrukkelijk wordt bekeken wat iemand wel/niet meer kan, of met cursussen/advies/scholing nog verbetering van de zelfredzaamheid mogelijk is (reablement) en welke financiële mogelijkheden een burger heeft. De gemeentelijke afweging kan dan grosso modo het volgende pad volgen:
  - Er wordt eerst bekeken of een hulpbehoevende inwoner het huishouden weer zelfstandig uit zou kunnen voeren met behulp van tijdelijk advies/een cursus. Als dit kansrijk wordt geacht, wordt ingezet op reablement.
  - Als reablement gezien de omstandigheden van een inwoner niet mogelijk is, beziet de gemeente of het wenselijk is dat de cliënt advies ontvangt bij het regelen van huishoudelijke hulp. Deze afweging gaat niet over de vraag of een inwoner het financieel zelf kan betalen, maar over de vraag of de inwoner en diens naasten het zelf kunnen regelen. Ook bespreekt de gemeente met de cliënt hoe in dat geval periodiek contact wordt gehouden (signaleringsfunctie);
  - Enkel in gevallen waarin mensen huishoudelijke hulp niet zelf kunnen betalen, springt de overheid financieel bij (via het minimabeleid). In een op te stellen landelijk convenant tussen Rijk en gemeenten wordt een minimaal inkomensgroep vastgesteld waarvoor de gemeente in ieder geval bijspringt. Voor de mate waarin de gemeente bijspringt en de afwegingscriteria hierbij wordt aansluiting gezocht bij de geldende criteria vanuit de Participatiewet en lokale verordeningen.



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Huishoudelijke hulp in zijn huidige vorm wordt op basis van het bovenstaande als voorziening hervormd. Daarbij wordt de voorziening opgeknipt in twee delen.

- Deel 1: Een vorm van huishoudelijke hulp waarbij enkel wordt ingezet op reablement en een signaleringsfunctie. Deze vorm van huishoudelijke hulp blijft een voorziening binnen de Wmo 2015. Reablement: Voorgesteld wordt dat gemeenten preventief periodiek contact leggen met hun oudere inwoners om te bespreken of er hulp nodig is om het huishouden zelfstandig te kunnen blijven uitvoeren. Op het moment dat blijkt dat een oudere het huishouden niet meer zelfstandig kan uitvoeren, wordt eerst reablement overwogen. Daarbij wordt de oudere geholpen bij het weer zo veel mogelijk zelfstandig uitvoeren van het huishouden. Als voorbeeld wordt hierbij naar het Deense stelstel van ouderenzorg gekeken, waarin reablement als leidend principe is verankerd in de wet.
- Deel 2. Het structureel overnemen van schoonmaaktaken. Dit onderdeel van huishoudelijke hulp in zijn huidige vorm wordt niet meer vergoed op grond van de Wmo 2015. Om dit te realiseren wordt de definitie van 'algemeen gebruikelijke voorziening' in de Wmo 2015 zodanig geconcretiseerd dat helder is dat het overnemen van schoonmaaktaken niet binnen de scope van de Wmo 2015 valt. Gemeenten creëren vanuit hun minimabeleid een route om schoonmaak van het huis (deels) te vergoeden voor minima.
- Voor de invoering van bovenstaand voorgestelde knip wordt een ruime invoeringstermijn gehanteerd. Dit wordt voorgesteld zodat gemeenten, aanbieders en cliënten ruim de tijd hebben om de voorgestelde hervorming van de huishoudelijke hulp zorgvuldig in te regelen. Deze periode kan tevens worden benut om te bezien welke huishoudelijke hulpen (indien nodig met opleiding en training) kunnen/willen doorstromen naar (nieuwe) functiegroepen in de zorg waar grote tekorten bestaan.

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** Met optie 1 en 2 wordt een drempel gecreëerd waardoor een aanzienlijke groep ouderen met midden en hoge inkomens zal afzien van zorg via de Wmo.
- **Kwaliteit:** Een verbeterde financiële houdbaarheid komt ten goede aan de kwaliteit van de ondersteuning voor de mensen die het niet zelf kunnen regelen of betalen. Er kunnen ook negatieve gevolgen zijn voor de groep die zich niet meer meldt of niet in aanmerking komt voor ondersteuning, zoals vervuiling, minder zicht achter de voordeur (preventie), vereenzaming, etc
- **Betaalbaarheid:** Afhankelijk van de variant leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven wat een positieve impact kan hebben op de financiële houdbaarheid van de Wmo.
- **Bemensbaarheid:** Doordat er minder vaak een beroep op de Wmo zal worden gedaan, zullen er minder mensen nodig zijn voor uitvoering van Wmo-ondersteuning (m.n. de huishoudelijke hulp). Een deel van de vraag om ondersteuning zal zich verplaatsen naar de particuliere markt, ook kan een deel van de capaciteit worden vrijgespeeld om personeelstekorten in de verpleeghuiszorg en ziekenhuizen terug te brengen.

### Overwegingen

Om de betaalbaarheid van de zorg en de organiseerbaarheid van de zorg te borgen moet worden geprioriteerd in de inzet van beschikbare financiële middelen en personeelscapaciteit. Om de Wmo betaalbaar en toekomstbestendig te houden zijn verschillende maatregelen denkbaar. De komende periode wordt in een gezamenlijke werkgroep van VWS, BZK, FIN en de VNG/gemeenten maatregelen uitgewerkt die bijdragen aan een betere beheersbaarheid in de wmo. De genoemde maatregelen zullen daar in meer detail en variantie terug komen.

### Gerelateerd

Reablement, organiseerbaarheid Wlz-zorg, cao VVT, cao Schoonmaak- en Glazenwassersbedrijf, financiën, SZW-beleid (participatiewet), fiche meer ruimte en tijd voor zorgprofessional.



## Zorg op Maat

### Achtergrond

Ouderen die 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben, kunnen hun zorg bekostigen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen deze ouderen ervoor kiezen om hun zorg zelf in te kopen via een persoonsgebonden budget (pgb). Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de toekenning en vaststelling van pgb's van de zorgvragers in hun regio. Zorgkantoor Menzis werkt bij deze toekenning met een pgb op maat: 'Zorg op Maat' (ZoM). Deze ZoM-werkwijze wijkt op een aantal onderdelen af van de reguliere werkwijze bij andere zorgkantoren. Een evaluatie van ZoM toont positieve resultaten:<sup>1</sup> de werkwijze leidt tot een pgb dat preciezer is afgestemd op de zorgvraag en tot efficiëntere inzet van zorggeld. Deze beleidsoptie zet daarom in op implementatie van ZoM bij alle 31 zorgkantoren.

### Reguliere werkwijze

In de reguliere werkwijze beoordeelt een zorgkantoor of de zorgvrager (budgethouder, eventueel met gewaarborgde hulp<sup>2</sup>) in staat is het pgb te beheren. Het zorgkantoor controleert ook of de zorg die de verzekerde wil inkopen verantwoord en doelmatig is en checkt of de zorgovereenkomst, -beschrijving en het budgetplan hierbij passen. Als deze zaken naar het oordeel van het zorgkantoor afdoende geregeld zijn, krijgt de zorgvrager het budget toegekend zoals dat hoort bij het door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geïndiceerde zorgprofiel. Dit gebeurt via een grotendeels financieel-administratief proces. Zorgkantoren kunnen het budget verhogen als een budgethouder *meer* zorg nodig heeft dan het beschikbare budget in het zorgprofiel. Andersom is het niet altijd zo dat het zorgkantoor het budget verlaagt als blijkt dat de budgethouder *minder* budget nodig heeft. Van een pgb op maat is dus maar ten dele sprake.

### Zorg op Maat werkwijze

Genoemde ZoM-werkwijze van Menzis geldt voor nieuwe zorgvragers die een pgb-aanvraag in de Wlz doen. Bij de toekenning van het budget staat de zorgvraag centraal. Het zorgkantoor gaat daarbij uit van het door de budgethouder (eventueel met gewaarborgde hulp) opgestelde budgetplan. Het bedrag dat gekoppeld is aan het geïndiceerde zorgprofiel is minder leidend; het biedt enkel de financiële kaders. Bij ZoM kent Menzis in specifieke gevallen *meer* of juist *minder* budget toe. Het zorgkantoor hanteert een marge van 5-10% aan extra budget. Hiermee is tijdelijk extra zorg mogelijk, bijvoorbeeld bij een tijdelijke ziekte, zoals griep. Meer zorg dan het vaste bedrag is mogelijk door de Extra Kosten Thuis (EKT)-regeling, zonder een EKT formulier in te vullen. Zo kan direct tot maximaal 125% van het budget uit het zorgprofiel worden toegekend.

Naar aanleiding van positieve resultaten uit de evaluatie van ZoM heeft de minister van VWS de Kamer toegezegd om pilots met deze werkwijze te starten bij andere zorgkantoren.<sup>3</sup> Deze pilots worden binnenkort opgestart door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De inzet voor de volgende kabinetsperiode is om deze werkwijze landelijk te implementeren.

### Doel

Het doelmatiger inrichten van het pgb op een manier die preciezer aansluit bij de zorgvraag ('op maat') en die de uitvoeringspraktijk rond de toekenning van (extra) budgetten vereenvoudigt.

### Tijdshorizon

De inschatting is dat een landelijke invoering van de werkwijze voor de nieuwe budgethouders in 2021-2023 kan plaatsvinden. Voor bestaande budgethouders is naar verwachting een langere transitieperiode nodig, omdat deze zorgvragers rechtsbescherming genieten en hier mogelijk sprake is van overgangsrecht in gevallen waarin zij bijvoorbeeld minder budget krijgen toegekend in de ZoM-werkwijze.

<sup>1</sup> Bureau HHM (15 juni 2020), *Evaluatie werkwijze Zorg op maat van Menzis. Onderzoek naar de consequenties van een nieuwe werkwijze met het pgb-Wlz*. Enschede.

<sup>2</sup> Een persoon die de budgethouder helpt bij het voldoen aan de pgb-verplichtingen en die het budget namens de budgethouder beheert. Bij een aantal zorgprofielen is een gewaarborgde hulp verplicht.

<sup>3</sup> Ministerie van VWS (20 juli 2020), *Aanbieding Rapport 'evaluatie werkwijze Zorg op Maat'*. 1715648-207273-LZ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/07/20/kamerbrief-resultaten-evaluatie-werkwijze-zorg-op-maat>



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Ingrijpendheid

In de rapportage brede maatschappelijke heroverwegingen (BMH) is over de besparingen die voortkomen uit ZoM gecommuniceerd naar de Kamer. Het is niet duidelijk hoe politieke partijen hier in staan. Wel is duidelijk dat Per Saldo de ZoM-werkwijze bestempelt als een bezuiniging. Andere bezwaren zijn volgens Per Saldo dat zorgkantoren bij ZoM een taak op zich nemen die bij het ClZ zou thuishoren (voor een maatwerkindicatie) en dat de werkwijze zou leiden tot hogere administratieve lasten doordat aanpassing van het budgetplan (en de zorgovereenkomst) nodig is bij grote wijzigingen. Verder is Per Saldo van mening dat in de evaluatie de ervaringen van budgethouders te beperkt zijn meegenomen.

### Realisatie

- Via ZN worden binnenkort de eerste stappen gezet voor het starten van pilots met ZoM (voor nieuwe budgethouders) bij meerdere zorgkantoren. Enkele zorgkantoren hebben zich daarvoor al proactief aangemeld.
- Deze pilots kunnen de opmaat vormen naar de landelijke uitrol van de werkwijze, waarbij ZN een trekkersrol kan vervullen. VWS kan het proces op afstand monitoren en de minister hier zo nodig over adviseren.
- De Regeling langdurige zorg (Rlz) biedt al de mogelijkheid voor deze werkwijze en behoeft dus geen aanpassing. Als de EKT-regeling wordt afgeschaft bij de vormgeving van de werkwijze, vraagt dit wel aanpassing van regelgeving. Voor bestaande budgethouders die overgaan van de reguliere werkwijze naar ZoM is bovendien een overgangsregeling noodzakelijk.

### Effecten op

- **Zorgkantoren:** De werkwijze vraagt van zorgkantoren een meer intensieve relatie met de budgethouder. De werkwijze vraagt enige aanpassing van werkprocessen, meer nadruk op gespreksvaardigheden en meer kennis van het lokale/regionale zorgaanbod.
- **Budgethouders (en hun gewaarborgde hulp):** De werkwijze neemt het budgetplan als uitgangspunt. Van budgethouders vraagt dit daarom om een heldere vertaling van de zorgvraag naar een budgetplan. Dat is in de huidige situatie ook al zo, maar het belang ervan neemt met ZoM toe. In specifieke gevallen kan ZoM bovendien leiden tot minder budget dan het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel.
- **Betaalbaarheid:** Mogelijk leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd. Zie ook BMH 29 (Zorg op maat voor nieuwe pgb-Wlz budgethouders).
- **Bemikbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd, maar naar verwachting is het te verwachten effect klein.

### Overwegingen

We willen de ouderenzorg op termijn betaalbaar en kwalitatief hoogwaardig houden. Binnen de Wlz maken ca. 43.000 zorgvragers gebruik van een pgb, waaronder veel ouderen. De werkwijze ZoM stelt de kwaliteit van zorg, via een pgb op maat, voorop. Tegelijkertijd draagt de werkwijze bij aan een gerichte inzet van middelen. Interne cijfers (2019) van Menzis, die niet breder zijn gecommuniceerd, laten zien dat de werkwijze ZoM een onderuitnutting (c.q. besparing) van ongeveer € 62 mln heeft opgeleverd, wat neerkomt op een extra onderuitnutting van ruim 20%, naast de reguliere onderuitnutting van 6%. Interpretatie van deze cijfers vraagt enige voorzichtigheid, maar geven wel een indicatief beeld.

### Gerelateerd aan

- Omslagpunt thuis wonen en wonen in een instelling.



## VPT als alternatief pgb wooninitiatieven

### Achtergrond

Ouderen die 24/7 zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben, kunnen hun zorg bekostigen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Met een indicatie voor Wlz-zorg kunnen deze ouderen ervoor kiezen om hun zorg zelf in te kopen via een persoonsgebonden budget (pgb). Zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor de toekenning en vaststelling van pgb's van de zorgvragers in hun regio. Zorgkantoor Menzis werkt hierbij met een pgb op maat: 'Zorg op Maat' (ZoM). De ZoM-werkwijze wijkt op een aantal onderdelen af van de reguliere werkwijze bij andere zorgkantoren. Een evaluatie van ZoM toont positieve resultaten: de werkwijze leidt tot een pgb dat preciezer is afgestemd op de zorgvraag en tot efficiëntere inzet van zorggeld.<sup>1</sup> Deze beleids optie zet daarom in op implementatie van ZoM bij alle 31 zorgkantoren.

#### Reguliere werkwijze

In de reguliere werkwijze beoordeelt een zorgkantoor of de zorgvrager (budgethouder, eventueel met gewaarborgde hulp<sup>2</sup>) in staat is het pgb te beheren. Het zorgkantoor controleert ook of de zorg die de verzekerde wil inkopen verantwoord en doelmatig is en checkt of de zorgovereenkomst, -beschrijving en het budgetplan hierbij passen. Als deze zaken naar het oordeel van het zorgkantoor afdoende geregeld zijn, krijgt de zorgvrager het budget toegekend zoals dat hoort bij het door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geïndiceerde zorgprofiel. Dit gebeurt via een grotendeels financieel-administratief proces. Zorgkantoren kunnen het budget verhogen als een budgethouder meer zorg nodig heeft dan het beschikbare budget in het zorgprofiel. Andersom is het niet altijd zo dat het zorgkantoor het budget verlaagt als blijkt dat de budgethouder minder budget nodig heeft. Van een pgb op maat is dus maar ten dele sprake.

#### Zorg op Maat werkwijze

<sup>1</sup> Bureau HHM (15 juni 2020), Evaluatie werkwijze Zorg op maat van Menzis. Onderzoek naar de consequenties van een nieuwe werkwijze met het pgb-Wlz. Enschede.

<sup>2</sup> Een persoon die de budgethouder helpt bij het voldoen aan de pgb-verplichtingen en die het budget namens de budgethouder beheert. Bij een aantal zorgprofielen is een gewaarborgde hulp verplicht.

<sup>3</sup> Ministerie van VWS (20 juli 2020), Aanbieding Rapport 'evaluatie werkwijze Zorg op Maat'. 1715648-207273-LZ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/07/20/kamerbrief-resultaten-evaluatie-werkwijze-zorg-op-maat>

De ZoM-werkwijze van Menzis geldt voor nieuwe zorgvragers die een pgb aanvragen op grond van de Wlz. Bij de toekenning van het budget staat de zorgvraag centraal. Het zorgkantoor gaat daarbij uit van het door de budgethouder (eventueel met gewaarborgde hulp) opgestelde budgetplan. Het bedrag dat gekoppeld is aan het geïndiceerde zorgprofiel is minder leidend; het biedt enkel de financiële kaders. Bij ZoM kent Menzis in specifieke gevallen meer of juist minder budget toe. Het zorgkantoor hanteert een marge van 5-10% aan extra budget. Hiermee is tijdelijk extra zorg mogelijk, bijvoorbeeld bij een tijdelijke ziekte, zoals griep. Meer zorg dan het vaste bedrag is mogelijk door de Extra Kosten Thuis (EKT) regeling, zonder een EKT-formulier in te vullen. Zo kan direct tot maximaal 125% van het budget uit het zorgprofiel worden toegekend.

Naar aanleiding van positieve resultaten uit de evaluatie van ZoM heeft de minister van VWS de Kamer toegezegd om pilots met deze werkwijze te starten bij andere zorgkantoren.<sup>3</sup> Deze pilots worden binnenkort opgestart door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De inzet voor de volgende kabinetsperiode is om deze werkwijze landelijk te implementeren.

### Doel

Het doelmatiger inrichten van het pgb op een manier die preciezer aansluit bij de zorgvraag ('op maat') en die de uitvoeringspraktijk rond de toekenning van (extra) budgetten vereenvoudigt.

### Tijdshorizon

De inschatting is dat een landelijke invoering van de werkwijze voor de nieuwe budgethouders in 2021-2023 kan plaatsvinden. Voor bestaande budgethouders is naar verwachting een langere transitieperiode nodig, omdat deze zorgvragers rechtsbescherming genieten en er mogelijk sprake is van overgangsrecht in gevallen waarin zij bijvoorbeeld in de ZoM-werkwijze minder budget krijgen toegekend.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Ingrijpendheid

In de rapportage Brede maatschappelijke heroverwegingen (BMH) is over de besparingen die voortkomen uit ZoM gecommuniceerd naar de Kamer. Het is niet duidelijk hoe politieke partijen hierover denken. Wel is duidelijk dat Per Saldo – de landelijke vereniging van mensen met een pgb – de ZoM-werkwijze bestempelt als een bezuiniging. Andere bezwaren zijn volgens Per Saldo dat zorgkantoren bij ZoM een taak op zich nemen die bij het CIZ zou thuishoren (voor een maatwerkindicatie) en dat de werkwijze zou leiden tot hogere administratieve lasten doordat aanpassing van het budgetplan (en de zorgovereenkomst) nodig is bij grote wijzigingen. Verder is Per Saldo van mening dat in de evaluatie te weinig recht is gedaan aan de ervaringen van budgethouders.

De werkwijze vraagt van zorgkantoren een intensievere relatie met de budgethouders, enige aanpassing van werkprocessen, meer nadruk op gespreksvaardigheden en meer kennis van het lokale/regionale zorgaanbod.

De werkwijze neemt het budgetplan als uitgangspunt. Van budgethouders vraagt dit om een heldere vertaling van de zorgvraag naar een budgetplan. Dat is in de huidige situatie ook al zo, maar het belang ervan neemt met ZoM toe. In specifieke gevallen kan ZoM bovendien leiden tot minder budget dan het budget dat hoort bij het geïndiceerde zorgprofiel.

### Realisatie

Via ZN worden binnenkort de eerste stappen gezet voor het starten van pilots met ZoM (voor nieuwe budgethouders) bij meerdere zorgkantoren. Enkele zorgkantoren hebben zich daarvoor al aangemeld. Deze pilots kunnen de opmaat vormen naar de landelijke uitrol van de werkwijze, waarbij ZN een trekkersrol kan vervullen. VWS kan het proces op afstand monitoren en de minister hier zo nodig over adviseren.

De Regeling langdurige zorg (Rlz) biedt al de mogelijkheid voor deze werkwijze en behoeft dus geen aanpassing. Als de EKT-regeling wordt afgeschaft bij de vormgeving van de werkwijze, vraagt dit wel aanpassing van regelgeving. Voor bestaande budgethouders die overgaan van de reguliere werkwijze naar ZoM is bovendien een overgangsregeling noodzakelijk.

### Overwegingen

De ouderenzorg moet ook op termijn betaalbaar en kwalitatief hoogwaardig blijven. Binnen de Wlz maken ca. 43.000 zorgvragers gebruik van een pgb, waaronder veel ouderen. De werkwijze ZoM stelt de kwaliteit van zorg, via een pgb op maat, voorop. Tegelijkertijd draagt de werkwijze bij aan een gerichte inzet van middelen. Interne cijfers (2019) van Menzis, die niet breder zijn gecommuniceerd, laten zien dat de werkwijze ZoM een besparing van ongeveer 62 miljoen euro heeft opgeleverd, wat neerkomt op een extra besparing van ruim 20 procent, naast de reguliere 6 procent. Interpretatie van deze cijfers vraagt enige voorzichtigheid, maar ze geven wel een beeld.



## Omslagpunt zorg thuis

### Achtergrond

Ouderen met een blijvende zware zorgvraag krijgen hun zorg vanuit de Wlz.<sup>1</sup> Zij hebben 24 uur zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig en voldoen hiermee aan de wettelijke criteria voor opname in een Wlz-instelling. Indien verantwoord en doelmatig, kunnen zij hun zorg ook thuis of in een andersoortige geclusterde woonvorm organiseren op basis van de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Ouderen zonder Wlz-indicatie krijgen hun zorg en ondersteuning in de thuissituatie vanuit Zvw en Wmo.

De commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen heeft in haar REIS-advies Oud en gezond in 2030 wijkverpleegkundigen, NZa en Zorginstituut aanbevolen om een leidraad te ontwikkelen op grond waarvan wijkverpleegkundigen kunnen bepalen wanneer de noodzakelijke zorg niet langer verantwoord en doelmatig in de eigen woning van een oudere kan worden verleend en opname in een verpleeghuis noodzakelijk is. In dit fiche wordt de door de commissie benoemde overgang naar een verpleeghuis verbreed naar de overgang van individueel thuis wonen naar een vorm van geclusterd wonen, inclusief verblijf in een verpleeghuis.

Op dit moment worden er bij de overgang thuis wonen naar wonen in een geclusterde setting drie verschillende sets criteria gehanteerd:

- a. Het CIZ beoordeelt als poortwachter van de Wlz of cliënten op basis van hun zorgbehoefte toegang krijgen tot de Wlz. Voor iedere burger is deze beoordeling gelijk, ongeacht de invloed van de sociale omgeving op de uiteindelijke zorgvraag.
- b. Indien het CIZ aan cliënten een Wlz-indicatie heeft toegekend, dan kunnen zij – met inzet van mantelzorg of andere vormen van eigen inbreng – ervoor kiezen om met een vpt, mpt of pgb thuis te blijven wonen of te gaan wonen in een andere vorm van geclusterd wonen dan een Wlz-instelling, mits sprake is van doelmatige en verantwoorde zorgverlening. De belangrijkste voorwaarde is dat het beschikbare bedrag dat past bij het door het CIZ geïndiceerde zorgprofiel in de (bijna) thuissituatie niet meer mag kosten dan zorg in een instelling.

<sup>1</sup> Mensen zonder Wlz-indicatie die in de terminale fase van hun leven zware zorg nodig hebben, blijven de zorg vanuit de wijkverpleging (Zvw) en Wmo 2015 ontvangen.

Omdat er sprake is van verschillende- en bijzondere zorgsituaties die soms vragen om extra zorg, zijn er verschillende mogelijkheden voor zorgkantoren tot het verstrekken van extra budget waarbij de kosten van de zorg hoger kunnen zijn dan het zorgbudget dat beschikbaar is voor zorg in een instelling. Er is op dit moment geen eenduidig beoordelingskader om te beslissen wat hierbij (maatschappelijk) aanvaardbaar is.

- c. De wijkverpleegkundige die cliënten thuis verzorgt, beoordeelt op basis van de Zvw welke zorg in de thuissituatie nodig is, gegeven de sociale omgeving van de cliënt. Vervolgens organiseert zij de zorg efficiënt. Is er geen sprake van verantwoorde zorg volgens de richtlijnen van de beroepsgroep (normen- en begrippenkader V&VN) dan is opname in een instelling geëigend.

Door in plaats deze drie sets van criteria een eenduidige grens te definiëren die bepaalt wanneer verzekerde zorg niet meer in de individuele thuissituatie, maar alleen nog in een geclusterde woonvorm verleend kan worden, ontstaat er duidelijkheid over wat mensen redelijkerwijs mogen verlangen van collectief gefinancierde zorg. Het bepalen van die grens is ingewikkeld. Wat is maatschappelijk aanvaardbaar? Het gaat niet alleen om betaalbaarheid, maar ook om organiseerbaarheid, kwaliteit van de zorg en kwaliteit van leven. De grens kan dienen als afbakening tussen domeinen in het stelsel, maar ook binnen een domein voor het geval sprake is van overheveling van (delen van) zorg vanuit de Wlz naar Zvw en/of Wmo 2015. De grens kan ook worden toegepast op andere doelgroepen dan ouderen.

### Doel

Eenduidig bepalen wanneer collectief gefinancierde zorg niet meer in de individuele thuissituatie, maar alleen nog in een geclusterde woonvorm verleend kan worden.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Tijdshorizon

2021/2022: Ontwikkelen van beleid en vervolgens van een instrument waarmee professionals kunnen vaststellen of zorg op basis van kwaliteit, organiseerbaarheid en betaalbaarheid nog in de thuissituatie kan worden geboden of dat zorg in een geclusterde setting geëigend is.

2022: Pilots.

2023: Politieke besluitvorming.

2024: Implementatie.

### Aannames

Een politiek en maatschappelijk geaccepteerde grens aan de zorg die in de individuele thuissituatie collectief gefinancierd wordt, zal bijdragen aan de bewustwording bij ouderen dat het nodig is tijdig stappen te zetten naar passende woon-zorgvoorzieningen. Voor gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en andere partijen zal het een stimulans zijn om te voorzien in een voldoende passend (regionaal) woon-zorgaanbod.

### Realisatie

Het Zorginstituut kan worden gevraagd om samen met wijkverpleegkundigen, NZa en overige veldpartijen op basis van kwaliteit, organiseerbaarheid en betaalbaarheid een advies op te stellen over de te bepalen grens. Ook moet een bijbehorend beoordelingskader voor professionals ontwikkeld worden. De grens zal ook in wet- en regelgeving moeten worden vastgelegd.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Bij maatschappelijke- en politieke consensus over waar de zorg aan de cliënt het best kan worden geboden, kan de gewenste kwaliteit op peil blijven.
- **Toegankelijkheid:** Door zorg aan mensen met behoud van kwaliteit van leven zo efficiënt mogelijk (regionaal) te organiseren, blijft de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd.
- **Betaalbaarheid:** Het effect van deze maatregel is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Door zorg geclusterd aan te bieden waar zorg in de individuele thuissituatie teveel professionele menskracht vraagt, kan er aan meer mensen zorg worden geboden dan wanneer een ieder zijn zorg krijgt in de individuele thuissituatie.

### • Overwegingen

We staan voor een grote uitdaging om de zorg aan ouderen in de toekomst toegankelijk te houden. Het aangaan van een politiek en maatschappelijk debat over het maken van keuzes hoe dit te organiseren is onvermijdelijk. Het bepalen wanneer zorg in de individuele thuissituatie nog kan is ontegenzeggelijk een van de onderwerpen van gesprek.

Mogelijk is er weerstand tegen het stellen van een grens c.q. het verplicht stellen van verhuizen naar een geclusterde woonvorm, wanneer zorg in de individuele thuissituatie qua kwaliteit, bemensbaarheid en betaalbaarheid niet meer kan worden geboden.





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### > Stelsel

### 3 Kernvragen

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Toegang preventie en welzijn

### Achtergrond

Met het ouder worden groeit de behoefte aan ondersteuning. Idealiter is die ondersteuning laagdrempelig, dichtbij huis beschikbaar en flexibel aan te passen aan de leefsituatie van de oudere. Een goede toegankelijkheid van lichte vormen van ondersteuning op verschillende levensgebieden – bijvoorbeeld wonen, financiën of de regie over het eigen leven – is vaak al genoeg om de zelfredzaamheid te verhogen en een beroep op complexere ondersteuning en huisartsenzorg te voorkomen. Ondanks de inzet van sociale wijkteams is op dit moment die laagdrempelig toegankelijke ondersteuning in veel gemeenten echter nog niet verwezenlijkt.

### Bijvoorbeeld

Ouderen kunnen op één punt in de wijk of in het dorp terecht voor afspraken met welzijn, fysiotherapeut, diëtist, POH-er, dagbesteding en/of Wmo-consulent (hulpmiddelen, Hbh of andere Wmo-voorzieningen). Voor de betreffende oudere maakt het laagdrempeliger om lichte vormen van ondersteuning te vragen, scheelt dit een complexe planning in de agenda (waarbij vaak ook een beroep gedaan wordt op mantelzorg), voor professionals in de nulde en eerste lijn is dit een stimulans om (beter en eenvoudiger) samen te werken rondom de oudere en expertise te delen.

### Doel

Het doel is voor alle ouderen een laagdrempelige toegang tot ondersteuning te realiseren, zodat zij hun zelfredzaamheid en kwaliteit van leven op peil kunnen houden en geen beroep hoeven te doen op complexere zorg.

### Tijdshorizon

Dit beleid kan per direct worden ingezet. Het is een intensivering van beleid dat in alle gemeenten, meer of minder succesvol, al gaande is.

### Ingrijpendheid

Dit beleid vereist nieuwe bestuurlijke en financiële afspraken tussen rijk en gemeenten, mogelijk ook op wettelijk niveau. Hierbij is het van belang maximale aansluiting te vinden bij de structuren en de (fysieke) ruimte die al beschikbaar zijn.

### Realisatie

Dit beleid vereist een goed geregisseerde samenwerking van gemeenten, huisartsen en welzijnsinstellingen. Deze samenwerking kan alleen tot stand komen als de rijksoverheid de financiële zekerheden biedt voor de noodzakelijke langetermijninvesteringen in de structurele samenwerking van verschillende disciplines op lokaal niveau. Gegarandeerd toegankelijke ondersteuning vergt bestuurlijke afspraken en langjarige verplichtingen op punten als: intensivering van de samenwerking van welzijn, zorg en ondersteuning op wijk- en dorpsniveau; inrichting van herkenbare punten in wijk of dorp ('65+ centrum' of 'Gezond Oud centrum'), waar zowel welzijnsactiviteiten, eerstelijns gezondheidszorg als gemeentelijke activiteiten (Wmo, schulddienstverlening, mantelzorgactiviteiten etc.) laagdrempelig toegankelijk zijn; automatische inschrijving als 70-plusser bij het 'wijkteam' en daaraan gekoppelde dossiervorming, zodat niet steeds opnieuw gesprekken nodig zijn; front offices van nulde en eerste lijn combineren binnen één centrum; realisatie van het no wrong door principe (als mogelijk neveneffect).

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Goed gecoördineerde ondersteuning op alle levensgebieden bevordert de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen.
- **Toegankelijkheid:** Goed toegankelijke lichte ondersteuning vermindert de druk op complexere ondersteuning en zorg en verhoogt de toegankelijkheid daarvan. Daarnaast werkt dit ook door op andere doelgroepen (niet alleen ouderen).
- **Betaalbaarheid:** Tegenover de investeringen die nodig zijn om toegankelijke ondersteuning te garanderen staan besparingen ten gevolge van de grotere zelfredzaamheid van ouderen.



## Prikkels voor gemeenten

### Achtergrond

Gemeenten hebben de wettelijke taak om ouderen te ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te blijven, maar hebben er tegelijkertijd financieel belang bij dat kwetsbare mensen uit de Wlz worden bekostigd. Een gemeente die investeert in het voorkomen en uitstellen van een Wlz indicatie wordt daar financieel niet voor beloond; de baten slaan neer in de Wlz. De gemeente blijft zitten met hogere kosten doordat het Wmo-budget gelijk blijft, maar het aantal ouderen dat gebruik maakt van voorzieningen hoger is.

Bovendien zorgt afwenteling van zorgkosten voor ouderen op de Wlz tot een ondoelmatige situatie. Bij een verhoogde uitstroom zal het (benodigde) budget voor de Wlz toe moeten nemen om zorgkantoren voldoende zorg in te kunnen laten kopen. Tegelijkertijd neemt het budget voor gemeenten niet af, maar blijft volgens de systematiek van het gemeentefonds gelijk. Gemeenten krijgen nu namelijk een vast budget in de Wmo onafhankelijk of oudere inwoners onder zorg op grond van de Wmo of de Wlz ontvangen.

In de praktijk leidt dit tot situaties waarbij adviesbureaus gemeenten aanbieden het Wmo bestand door te lichten om te bezien wie in aanmerking zou kunnen komen voor een Wlz-indicatie.

### Doelen

Deze maatregel beoogt financiële prikkels voor gemeenten om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, zwaardere zorg (indicaties voor de Wlz) uit te stellen/te voorkomen. Gemeenten krijgen extra (minder) middelen als er minder (meer) mensen in de Wlz terecht komen.

### Tijdshorizon

Een wetswijziging zal 1 tot 2 jaar in beslag nemen.

### Ingrijpendheid

Een financiële prikkel in het gemeentefonds past niet bij de huidige uitgangspunten van de Financiële-verhoudingswet en vergt daarom wetswijziging. Deze aanpassing staat op gespannen voet met fundamentele principes achter de huidige systematiek van het gemeentefonds.

### Realisatie:

De Wmo-middelen van gemeenten en het Wlz-budget worden communicerende vaten. Hiertoe moet een nieuwe systematiek worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Gemeenten met een relatief lage instroom in de Wlz krijgen tov de huidige situatie extra geld. Dit sluit ook aan bij de extra mensen die vanuit de Wmo zorg en ondersteuning nodig hebben. Optioneel moeten gemeenten met een hoge instroom het met minder budget doen.

Niet eerder is geprobeerd of een dergelijke systematiek effectief te ontwikkelen is en welke onvoorziene effecten dit met zich meebrengt. Dat vergt nader onderzoek en experimenteren. Daarom kan ervoor gekozen worden om eerst enkele jaren proef te draaien om te onderzoeken wat de gevolgen zijn.

### Relatie reis

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** Investeren in het voorkomen van zwaardere zorg voorkomt een Wlz indicatie en intramuraal verblijf (of stelt deze uit). Dit komt de toegankelijkheid van intramuraal zorg ten goede.
- **Kwaliteit:** -
- **Betaalbaarheid:** efficiency wordt verhoogd omdat er meer prikkels zijn om de zorg voor ouderen vanuit de (duurdere) Wlz te voorkomen/uit te stellen (ZIK fiche 16).
- **Bemensbaarheid:** -



## Weeg de sociale context mee bij het bepalen van de toegang tot de WLZ

### Achtergrond

In de Wmo-2015 is wettelijk vastgelegd dat gemeenten bij het bepalen van de ondersteuningsaanbod mag meewegen wat de sociale context (partner, kinderen, etc.) kan doen. De ondersteuning wordt hierop aangepast.

Momenteel ontvangt 32% van de verpleeghuisbewoners informele zorg van familie en/of andere naasten<sup>1</sup>. 73% van de dagbesteding in de ouderenzorg wordt verzorgd door vrijwilligers<sup>2</sup>. Dit is heel waardevol voor de ouderen, maar ook voor de mantelzorgers en vrijwilliger. Bovendien helpt het de instelling om de bedrijfsvoering te organiseren.

Alhoewel het mantelzorgpotentieel verder daalt, o.a. door de vergrijzing<sup>3</sup> wordt het potentieel van de inzet van de sociale context nog niet volledig benut. Door of bij de indicatiestelling door het CIZ; of bij het zorgaanbod door het zorgkantoor rekening te houden met deze mogelijkheden en deze door te vertalen in de gecontracteerde zorg kan er doelmatigheidswinst (euro's en menskracht) worden gerealiseerd. De inzet van de sociale context ziet primair op begeleiding (w.o. dagbesteding) en huishoudelijke hulp

### Doel

Door de mogelijkheden van het netwerk van ouderen in de Wlz beter te benutten en het formele zorgaanbod daarop aan te laten sluiten kan de doelmatigheid van de Wlz worden verhoogd en de inzet van schaarse zorgverleners worden beperkt.

### Tijdshorizon

Dit betreft een ingrijpende stelselwijziging inclusief wijziging van wet- en regelgeving, implementatie, transitie en overgangsrecht. Hierbij wordt rekening gehouden met een termijn van vier jaar.

### Ingrijpendheid

In Zorgkeuzes in Kaart (fiche 29: De Wlz wordt een voorziening) is deze maatregel op verzoek van de Kamer uitgewerkt. De Wlz is niet langer een Volksverzekering, maar wordt een voorziening die wordt gefinancierd uit de algemene middelen op nationaal niveau. Het vraagt een andere rol (en positie) van het CIZ en/of het zorgkantoor. Ook voor zorgaanbieders is dit een ingrijpende maatregel omdat informele zorg meer als substitutie dan als complementair in hun bedrijfsvoering moet worden ingepast om meer doelmatigheid te realiseren (en een eventuele besparing te realiseren). Tenslotte heeft dit voorstel ook effect op de samenleving als geheel: hoe bieden wij potentiële mantelzorgers ook de ruimte (en hoe ondersteunen we hen) om hun taken te vervullen naast het opvoeden van kinderen, werk, vrijwilligerswerk etc. Dat is een vraagstuk dat breder is dan de zorg. De maatregel baant de weg vrij om te komen tot een zorgbreed te formuleren omslagpunt voor zorg thuis vs intramurale zorg. De mogelijkheden voor informele intramurale zorg worden beperkt door het huidige Kwaliteitskader verpleeghuiszorg.

### Realisatie

Deze maatregel vergt o.a.:

- Aanpassing van wet- en regelgeving
- Aanpassing van de bekostiging
- Aanpassing van de bedrijfsvoering van aanbieders
- Aanpassing van de rol en positie van zorgkantoren
- Aanpassing van de rol en positie van het CIZ
- Aanpassing van het kwaliteitskader verpleeghuiszorg
- Een fors implementatie- en transitietraject

<sup>1</sup> SCP; Voor elkaar (2017)

<sup>2</sup> SCP; Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen (2017)

<sup>3</sup> SCP; Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040 (2019)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### > Stelsel

##### 3 Kernvragen

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Het vervangen van formele zorgverleners door informele zorgverleners kan negatieve effecten hebben op de kwaliteit van de Wlz-zorg.
- **Toegankelijkheid:** De toegankelijkheid van zorg verbetert door een lagere instroom in de Wlz. Het vervangen van formele zorgverleners door informele zorgverleners heeft, mits succesvol, positief effect op het tekort aan zorgverleners en daarmee aan de toegankelijkheid.
- **Betaalbaarheid:** De betaalbaarheid verbetert door een lagere instroom in de Wlz. In bovengenoemd fiche is de maatregel nader uitgewerkt, maar bleken de financiële effecten (behoudens de uitvoerings- en transitiekosten) nog niet te kwantificeren.
- **Bemensbaarheid:** zie toegankelijkheid.



# Drie kernvragen voor de toekomst van ouderenzorg

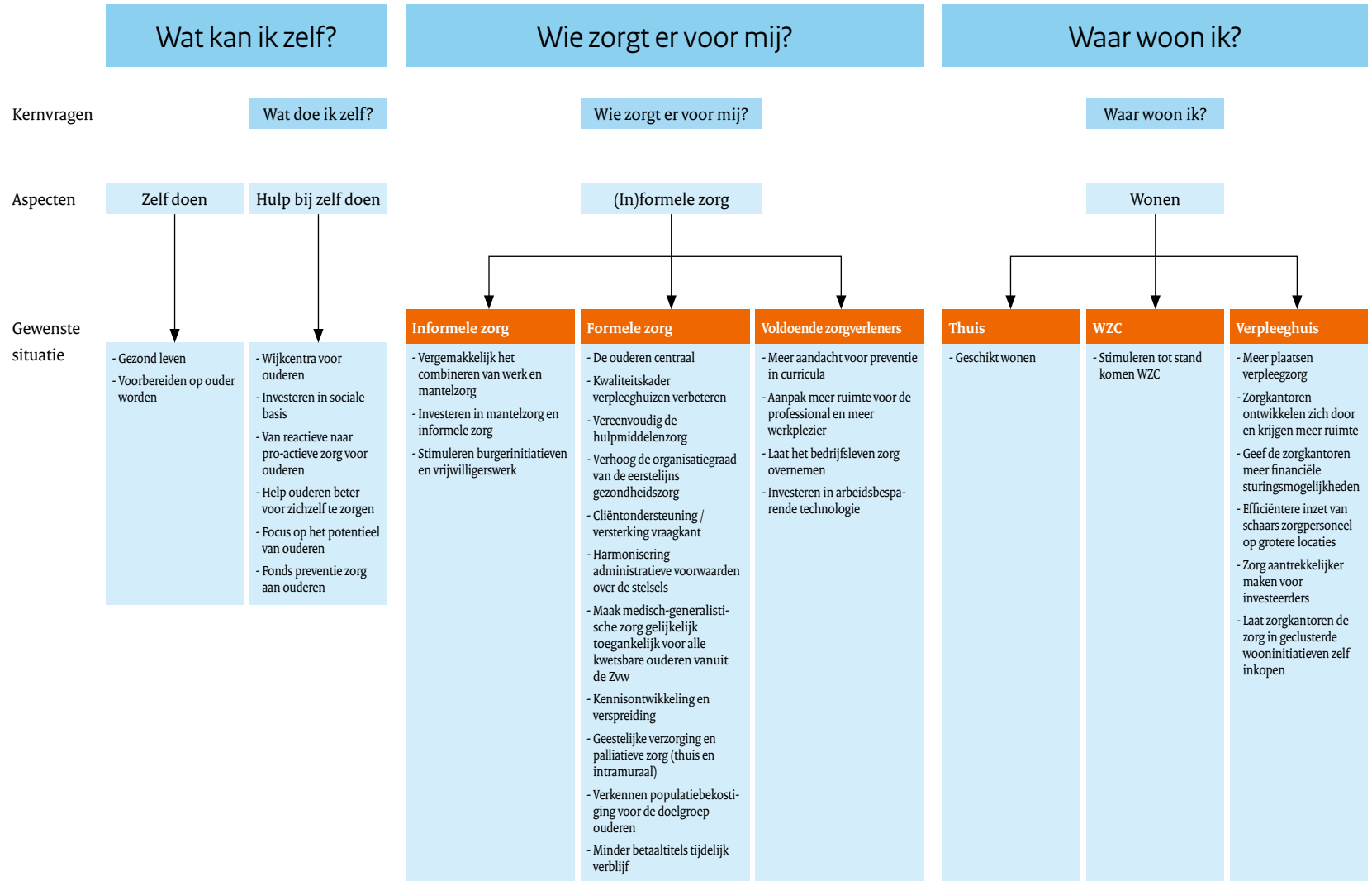
Naast voorgaande beleidsfiches zijn er beleidsfiches uitgewerkt voor drie kernvragen waar iedereen die ouder wordt mee geconfronteerd wordt:

- Wat kan ik zelf? – Hier gaat het om de vraag wat iemand zelf kan doen om zich goed voor te bereiden op het ouder worden en waar de overheid kan faciliteren indien nodig.
- Wie zorgt er voor mij? – Hier gaat het om de vraag wie zorg en ondersteuning kan bieden als iemand hulpbehoevender wordt en waar de overheid kan ondersteunen indien nodig.
- Waar woon ik? – Hier gaat het om de vraag waar ouderen kunnen wonen naarmate hun kwetsbaarheid toeneemt en hoe de zorg er dan uit kan zien.

De fiches zijn [hier](#) schematisch als volgt uitgewerkt



# Kernvragen voor de toekomst!





OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

Stelsel

3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

> Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Wat kan ik zelf?

## Zelf doen

- > Gezond leven
- > Goed voorbereiden op ouder worden

## Hulp bij zelf doen

- > Wijkcentra voor ouderen
- > Investeren in sociale basis
- > Van reactieve naar pro-actieve zorg voor ouderen
- > Help ouderen beter voor zichzelf te zorgen
- > Focus op het potentieel van ouderen
- > Fonds preventie zorg aan ouderen





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Gezond leven

### Achtergrond

Ook al zijn de meeste mensen boven de 75 nog vitaal, er komen in de toekomst steeds meer ouderen met een of meer chronische aandoeningen. Daarnaast neemt eenzaamheid onder ouderen toe. Ook het aantal mensen met dementie stijgt de komende jaren. Een op de drie ouderen van 65 jaar en ouder komt minimaal eens per jaar ten val. Dit heeft vaak grote gevolgen voor vitaliteit, kwaliteit van leven, thuis wonen en eenzaamheid.

Vitaliteit van de ouderen is belangrijk voor de kwaliteit van leven, het voorkomen of verminderen van kwetsbaarheid, en het verminderen van de zorglasten. Afhankelijk van de mate van vitaliteit kan achteruitgang worden *voorkomen*, worden *uitgesteld*, of worden *verminderd*; of kan alleen nog worden ingezet op het *beperken van de gevolgen* (zoals het optreden van steeds meer functiebeperkingen en zorggebruik). De corona crisis is van grote impact op ouderen en heeft laten zien dat vitaliteit van ouderen belangrijk is in het doorstaan van de ziekte.

Mensen zijn er in beginsel zelf verantwoordelijk voor dat ze gezond eten, voor zichzelf zorgen, voldoende bewegen en sociale contacten onderhouden. Maar niet iedereen leeft in de omstandigheden gezonde keuzes te kunnen maken en de dagelijkse verleidingen te weerstaan. Ook is er een grote groep mensen met een beperking die niet zonder meer in staat is om mee te doen in de maatschappij.

In de concepten vitaliteit en veerkracht staat een brede kijk op gezondheid centraal. Het gaat niet om wat iemand niet meer kan, maar juist om wat iemand wel kan, belangrijk vindt en eventueel wil veranderen. Bovendien gaat het niet alleen om de lichamelijke kanten van gezondheid, maar ook om het vermogen je aan te passen, om welbevinden, eigen regie, participatie en zingeving.

Interventies op het gebied van bijvoorbeeld schuldhulpverlening of arbeidsbemiddeling zijn soms een beter startpunt voor het verbeteren van de gezondheid dan een aanpak die zich alleen richt op een gezondere leefstijl.

### Doel

Door aandacht te hebben voor een gezonde leefstijl van ouderen en de rol die zij daarin zelf hebben, kan beleid ontwikkeld worden dat gericht is op het behouden en verbeteren van de vitaliteit van ouderen, zodat ze langer zelfstandig kunnen wonen. Naarmate ouderen vitaler zijn, ervaren ze een grotere kwaliteit van leven en wordt de inzet van zwaardere vormen van zorg en ondersteuning verkleind.

### Tijdshorizon

Hiermee kan men vandaag nog beginnen.

### Ingrijpendheid

Deze beleids optie is niet ingrijpend, maar is wel een belangrijk puzzelstukje naast andere voorgestelde ingrijpende (stelsel) veranderingen. Zonder oog te hebben voor het vergroten van vitaliteit van ouderen en het verkleinen van verschillen tussen ouderen op dit gebied, zal bijvoorbeeld een hervorming van de huishoudelijke hulp ook niet slagen.





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Realisatie

Om de vitaliteit van ouderen te bevorderen is het volgende:

- Uitdragen van de rol die ouderen zelf hebben en tegelijkertijd fors inzetten op de groepen die hierbij hulp nodig hebben.
- Inzet op daadwerkelijke uitvoering artikel 5a van de WPG.<sup>1</sup>
- Aandacht voor het goed in beeld krijgen van ouderen. Bijvoorbeeld door: te faciliteren bij de afstemming tussen zorgverleners; een goed systeem in te richten van vroegsignalering en –opsporing; af te stemmen tussen professionals, ouderen, mantelzorgers en vrijwilligers; aandacht te hebben voor sleutelmomenten in het leven van ouderen.
- Een gezonde leefstijl stimuleren. Dit kan met leefstijlinterventies op het gebied van bewegen, voeding, alcoholgebruik, cognitieve training en het vergroten van sociale vaardigheden, maar bijvoorbeeld ook met huisbezoeken om ouderen te informeren over veilig wonen, het voorkómen van vallen en brand- en inbraakpreventie.
- Bewustzijn onder ouderen vergroten. Bijvoorbeeld door ouderen in hun derde levensfase na te laten denken over vitaliteit, wonen en sociale contacten. De focus ligt hierbij op wat ouderen nodig hebben om zo goed en zelfstandig mogelijk te blijven functioneren.
- Ouderen nauw betrekken bij lokaal beleid, bijvoorbeeld door een ouderenraad in te stellen of te werken met lokale ouderen-netwerken.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Door aandacht te hebben voor de vitaliteit van ouderen zal hun kwaliteit van leven toenemen.
- **Toegankelijkheid:** Hoe groter de groep ouderen die vitaal is, hoe kleiner de groep die gebruik zal maken van ondersteuning en zorg. De toegankelijkheid hiervan zal daardoor toenemen.
- **Betaalbaarheid:** Hetzelfde geldt voor de betaalbaarheid.

<sup>1</sup> De gemeentelijke taak op het gebied van ouderengezondheidszorg is wettelijk vastgelegd in de Wpg en de Wmo 2015. In artikel 5a van de Wpg staat dat gemeenten zorg dienen te dragen voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Het college moet in ieder geval zorgen voor:

- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
- het ramen van de behoefte van zorg
- de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit
- het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
- het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De manier waarop dit artikel wordt uitgevoerd, verschilt sterk per gemeente.

De groeiende groep ouderen maakt het voor gemeenten belangrijker om regie te voeren en lokaal verbindingen te leggen met andere domeinen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Goed voorbereiden op ouder worden

### Achtergrond

‘Komende generaties ouderen worden anders oud. De ouderen van nu zijn anders dan die van twintig tot dertig jaar geleden. Ook verandert de rol van de overheid. De burger moet meer zelf doen, maar moet daar ook toe worden aangezet’, schrijft de Raad van Ouderen. De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving becijferde dat het aantal Nederlanders in de derde levensfase groeit van 2,4 miljoen in 2018 naar 3,2 miljoen in 2040. Tijdens de derde levensfase zullen veel dingen veranderen. Op dit moment bereiden instanties en ouderen zelf zich niet altijd voldoende voor op de laatste fase.

### Doel

Het stimuleren en faciliteren van ouderen en relevante stakeholders in het voorbereiden op ouder worden in de volle breedte, én een actief handelingsperspectief bieden. De derde levensfase is een feestje, maar waarin vaak zaken veranderen. Dat betekent tijdig nadenken en actie ondernemen op thema’s zoals werk, wonen, het sociale leven en eventuele zorgbehoeften. Door voorbereidingen te treffen zijn zaken rondom de oude dag beter geregeld. Dit kan leiden tot financiële besparingen met behoud van de gewenste kwaliteit van leven.

### Tijdshorizon

Nederland vergrijsst en we worden toenemend ouder. Het aandeel van niet-werkenden in de samenleving groeit. De zorgkosten lopen op, de woonopgave groeit, en de eenzaamheid neemt toe. Dat zijn problemen die beter aangepakt kunnen worden wanneer de samenleving, inclusief de ouderen zelf, eerder bewust zijn dat deze problemen kunnen gaan spelen. Dat betekent dat de bewustwording over een ouder wordende maatschappij nu in gang moet worden gezet.

### Ingrijpendheid

Dagelijks beginnen ouderen onbewust en onvoorbereid aan ‘de derde levensfase’. Dat houdt in dat er geen gesprekken zijn gevoerd over ingrijpende thema’s die de komende jaren zullen veranderen. Misschien hadden er zelfs al stappen ondernomen moeten worden, bijvoorbeeld op het gebied van wonen of zorg. Er heerst een vraag naar onafhankelijk advies. Het tijdig ouderen positief bewust maken van de nadering van deze fase, en hen koppelen aan de juiste instanties en partijen, vergt een kleine moeite. Natuurlijk zullen de gesprekken die volgen meer tijd vragen. Maar daarmee houden we onze samenleving voor iedereen toegankelijk en dragelijk.

### Realisatie

Het maken van bestuurlijke afspraken vanuit VWS/Rijksoverheid over een aanpak voorbereiden op ouder worden waarbij het gesprek over ouder worden centraal staat en mogelijk afspraken worden gemaakt over het toesturen van een fysiek document naar elke Nederlander tussen een vastgesteld moment tussen de 60e en 70e verjaardag. Hierin wordt, met de doelgroep afgestemde, informatie verstrekt over welke voorbereidingen getroffen kunnen worden voor de naderende derde fase, en met welke instantie. Belangrijke onderwerpen van de aanpak zijn: Het pensioenmoment; informatie over hoe het gesprek te voeren is met de werkgever

- Gezondheid; de oproep met de huisarts een gesprek te voeren over welke zaken belangrijk zijn/worden de komende tijd
- Wonen; onderzoeken of de huidige woning nog geschikt is of geschikt te maken is of dat verhuizen naar een passende woning meer gewenst is.
- Sociaal en zingeving; hoe behoudt je een rijk sociaal leven en blijf je meedoen (bijvoorbeeld social skills / vrijwilligerswerk)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

> Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** Het actief voorbereiden op ouder worden kan effect hebben op de toegankelijkheid van de woningmarkt voor zowel ouderen zelf als andere woningzoekers
- **Betaalbaarheid:** Door tijdig voor te bereiden op ouder worden kan zorg worden voorkomen, bijvoorbeeld door fit en gezond te leven op de oude dag
- **Bemensbaarheid:** Door op tijd in de buurt van (klein)kinderen te gaan wonen kan de maatregel een positief effect hebben op de bemensbaarheid van de zorg (minder aanspraak op thuiszorg/wijkverpleging)

### Overwegingen

Dit betreft een geregisseerde aanpak, in nauwe samenwerking met de doelgroep, en de betrokken partijen. De precieze informatie in het document moet nauwkeurig worden afgestemd



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### > Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Wijkcentra voor ouderen

### Achtergrond

Met het ouder worden groeit de behoefte aan ondersteuning. Idealiter is die ondersteuning laagdrempelig, dichtbij huis beschikbaar en flexibel aan te passen aan de leefsituatie van de oudere. Een goede toegankelijkheid van lichte vormen van ondersteuning op verschillende levensgebieden – bijvoorbeeld wonen, financiën of de regie over het eigen leven – is vaak al genoeg om de zelfredzaamheid te verhogen en een beroep op complexere ondersteuning en huisartsenzorg te voorkomen. Ondanks de inzet van sociale wijkteams is op dit moment die laagdrempelige toegankelijke ondersteuning in veel gemeenten echter nog niet verwezenlijkt.

Goede zorg en ondersteuning in de buurt is belangrijk. We constateren een aantal tekortkomingen:

- Het vitaal houden van senioren is niet voldoende georganiseerd. Individueel of collectief. Persoonsgerichte of groepsgerichte preventie moet meer aandacht krijgen.
- Het voorbereiden op ouder worden is belangrijk waarvoor vroegtijdig het goede gesprek moet worden gevoerd.
- Er is weinig zicht op toename van kwetsbaarheid of afname van mobiliteit van senioren. Daardoor wordt er niet of laat geïntervenieerd.
- De senioren komen daardoor onnodig en daardoor te snel bij zwaardere zorg. Valongevallen is hier een voorbeeld van. Senioren komen relatief veel voor op de SEH. Veel kwetsuren of klachten van ouderen hoeven niet zonder meer in een ziekenhuis te worden behandeld.
- Het netwerk van zorg en ondersteuning rond de senioren thuis moet beter. De lijnen van zorg en ondersteuning zijn niet voldoende op elkaar aangesloten. Ook de relatie van zorgverleners met mantelzorgers is niet voldoende. Dit vraagt een goede verbinding van ode tot 2de lijnszorg in de buurt, als een goede verbinding met informele en mantelzorg.
- Welzijn is belangrijk en een welzijnsinterventie is vaak te verkiezen boven een medische. De verbinding tussen zorg en welzijn moet verbeteren.
- Artsen en welzijnswerk kennen elkaar niet of er is onvoldoende vertrouwen. Welzijn wordt niet genoeg gezien als volwaardig alternatief voor zorg.

### Doel

Een wijkcentrum voor senioren. Het doel is voor alle ouderen een laagdrempelige toegang tot ondersteuning te realiseren, zodat zij hun zelfredzaamheid en kwaliteit van leven op peil kunnen houden en geen beroep hoeven te doen op complexere zorg. Ouderen kunnen op één punt in de wijk of in het dorp terecht voor afspraken met welzijn, fysiotherapeut, diëtist, POH-er, dagbesteding en/of Wmo-consulent (hulpmiddelen, Hbh of andere Wmo-voorzieningen). Voor de betreffende oudere scheelt dit een complexe planning in de agenda (waarbij vaak ook een beroep gedaan wordt op mantelzorg), voor professionals in de nulde en eerste lijn is dit een stimulans om (beter en eenvoudiger) samen te werken rondom de oudere.

### Tijdshorizon

Dit beleid kan per direct worden ingezet. Er zijn al voorbeelden van (delen) van deze centra. Elementen van het wijkcentrum vragen wel mogelijkheden tot financiering. Die zijn nu niet altijd toereikend (2de lijn spreekuur, overleg zorg en welzijn). Het is een intensivering van beleid dat in alle gemeenten, meer of minder succesvol, al gaande is.

### Ingrijpendheid

Dit beleid vereist nieuwe bestuurlijke en financiële afspraken tussen rijk en gemeenten, mogelijk ook op wettelijk niveau. Hierbij is het van belang maximale aansluiting te vinden bij de structuren en de (fysieke) ruimte die al beschikbaar zijn.

### Realisatie

Dit beleid vereist een goed geregisseerde samenwerking van gemeenten, huisartsen en welzijnsinstellingen. Deze samenwerking kan alleen tot stand kan komen als de rijksoverheid de financiële zekerheden biedt voor de noodzakelijke langetermijninvesteringen in de structurele samenwerking van verschillende disciplines op lokaal niveau. Gegarandeerd toegankelijke ondersteuning vergt bestuurlijke afspraken en langjarige verplichtingen op punten als:

- intensivering van de samenwerking van welzijn, zorg en ondersteuning op wijk- en dorpsniveau;



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- inrichting van herkenbare punten in wijk of dorp ('65+ centrum' of 'Gezond Oud centrum'), waar zowel welzijnsactiviteiten, eerstelijns gezondheidszorg als gemeentelijke activiteiten (Wmo, schulddienstverlening, mantelzorgactiviteiten etc.) laagdrempelig toegankelijk zijn;
- automatische inschrijving als 70-plusser bij het 'wijkteam' en daaraan gekoppelde dossiervorming, zodat niet steeds opnieuw gesprekken nodig zijn;
- verder gaande optie: wijkgebonden/ populatiebepaling;
- front offices van nulde en eerste lijn combineren binnen één centrum;
- realisatie van het no wrong door principe (als mogelijk neveneffect).

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Goed gecoördineerde ondersteuning op alle levensgebieden bevordert de kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen. Eerder zicht op kwetsbaarheid, gepaste zorg en ondersteuning die zwaardere zorg voorkomt of uitstelt. Betere zelfredzaamheid door vergroten en verlengen zelfstandigheid. Het is niet ondenkbaar dat een grote beschikbaarheid om (kleine) ondersteuningsvragen dichtbij huis – en levensbreed – te bespreken en op te lossen leidt tot waardering, en een vermindering van het gevoel dat men van het kastje naar de muur gestuurd wordt ('no wrong door'). Kwaliteit van voorzieningen krijgt door handige combinaties en samenwerkingen een impuls. Vermindering druk op SEH.
- **Toegankelijkheid:** Goed toegankelijke lichte ondersteuning vermindert de druk op complexere ondersteuning en zorg en verhoogt de toegankelijkheid daarvan. Daarnaast werkt dit ook door op andere doelgroepen (niet alleen ouderen).
- **Betaalbaarheid:** Op de lange termijn gaat er een preventieve werking uit van deze werkwijze. Eerste- en tweedelijns zorg wordt minder ingezet omdat vanuit samenwerking eerder ingezet kan worden op toename van kwetsbaarheid en alternatieve vormen ondersteuning. Tegenover de investeringen die nodig zijn om toegankelijke ondersteuning te garanderen staan besparingen ten gevolge van de grotere zelfredzaamheid van ouderen.
- **Bemikbaarheid:** Het realiseren van dergelijke fysieke locaties waar verschillende expertise op locatie beschikbaar is, vergt ook in de zin van personele capaciteit beschikbaarheid.

### Overwegingen

Betreft een geregisseerde aanpak, in samenwerking met gemeenten, huisartsen, zdelijnszorg en welzijnsinstellingen. Deze samenwerking kan alleen tot stand komen als de rijksoverheid financiële zekerheden in ruil daarvoor biedt. Het vergt namelijk lange termijn investeringen (structurele lokale samenwerking tussen verschillende expertises tot stand brengen, mogelijk ook investeringen voor fysieke toegankelijkheid).



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### > Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Investeren in sociale basis

### Achtergrond

Onder de sociale basis verstaan we de laagdrempelige voorzieningen, organisaties en diensten die het mogelijk maken dat alle mensen kunnen meedoen in de maatschappij. Concrete voorbeelden hiervan zijn sociaal werk, buurthuizen, lokale steunpunten mantelzorg en bewonersinitiatieven. Een krachtige sociale basis is nodig omdat niet alle belemmeringen van maatschappelijke participatie zijn weg te nemen op individueel niveau. Een stevige sociale basis kan eenzaamheid en andere psychosociale problemen voorkomen en helpt bij het terugdringen van gezondheidsverschillen. Een sociale basis ondersteunt mensen bij wat ze nog wel kunnen door hen te laten meedoen. Zij kunnen op hun beurt vervolgens weer anderen helpen.

Een sterke sociale basis is voor iedereen van belang, maar zeker voor ouderen. Ouderen die beter verankerd zijn in een sociaal netwerk voelen zich minder eenzaam. Hun beginnende psychosociale, medische of financiële problemen worden eerder opgemerkt, zodat verergering en daarmee ook zwaardere vormen van zorg en ondersteuning worden uitgesteld of voorkomen. Activiteiten binnen de sociale basis die gericht zijn op een gezonde leefstijl kunnen de mentale en fysieke gezondheid bevorderen.

De afgelopen decennia is er veel veranderd in het lokale sociale domein, waardoor in veel gemeenten de sociale basis is verzwakt. Het klassieke welzijnswerk is deels wegbezuinigd. De gemeente werd het eerste aanspreekpunt voor zorg en ondersteuning. Er ontstonden sociale wijkteams met een veelheid aan deelnemende professionals. Het begrip zelfredzaamheid werd geïntroduceerd. In de praktijk werd er daarbij vooral de nadruk op gelegd dat inwoners waar mogelijk zichzelf moeten zien te redden, al of niet met behulp van hun netwerk. Laagdrempelige voorzieningen in gemeenten versoberden of verdwenen. De tweedeling tussen gemeenten in dit opzicht is groot: een deel van de gemeenten bezuinigt sterk op de sociale basis, terwijl andere gemeenten er juist weer in durven investeren. Door de tekorten binnen de Wmo en het uitblijven van een duidelijke wettelijke verplichting is het bestaansrecht van de sociale basis bij gemeenten wankel.

Hoewel men het erover eens is dat de sociale basis een preventieve en maatschappelijke waarde heeft, is dit lastig te onderbouwen en uit te drukken in cijfers. Recent zijn er adviezen gepubliceerd die een investering in de sociale basis

ondersteunen. Het expertiseteam reikwijdte Wmo heeft de sociale (basis) infrastructuur aangemerkt als belangrijke bouwsteen in het zorgstelsel. Een recente businesscase in Breda toont aan dat een goede triage met aandacht voor de vraag van de cliënt en voldoende passend sociaal aanbod voorkomt dat mensen onnodig een maatwerkvoorziening afnemen. Bij een investering in de sociale basis is het belangrijk om het maatschappelijk rendement van de sociale basis te blijven onderzoeken en zichtbaar te maken, zodat een investering of verschuiving van budgetten goed onderbouwd kan worden.

### Doel

Het (opnieuw) creëren en bestendigen van een sterke(re) lokale sociale basis, juist voor de meest kwetsbare ouderen. De investering in langer gezond leven leidt ertoe dat mensen mee kunnen blijven doen. Een sterke sociale basis voorkomt dat mensen met een kleine zorg- of ondersteuningsvraag meteen in een medisch of zwaarder ondersteuningstraject terechtkomen

### Tijdshorizon

Stappen ter verbetering van de sociale basis kunnen op korte termijn worden gezet. Gemeenten kunnen meer inzetten op preventie en algemene voorzieningen, en minder op maatwerkondersteuning.

### Ingrijpendheid

Inzetten op een stevige sociale basis in elke wijk of buurt vraagt zowel van de overheid als van de oudere buurtbewoners een actieve houding. Men zal anders moeten gaan kijken naar het ouder worden en zich daar tijdig op moeten voorbereiden. Er is meer aandacht nodig voor het maatschappelijk potentieel van ouderen en voor positieve gezondheid. Veerkracht en zelfredzaamheid worden zo gestimuleerd.

### Aannames

Een stevige sociale basis zorgt voor meer welzijn in wijken en buurten. Ouderen kunnen zo langer zelfstandig thuis blijven wonen en de druk op het zorgstelsel zal erdoor afnemen. Als inderdaad met welzijnsoplossingen zorgvragen worden ondervangen, zal dat leiden tot een afname van kosten. De kosten gaan echter wel voor de baten uit.

> [Terug naar menu](#) | [Wat kan ik zelf?](#)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### > Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Realisatie

Er is een andere kijk op gezond ouder worden nodig bij zowel inwoners als overheden, plus maatwerk op wijkniveau. Het uitgangspunt is dat we voor elkaar zorgen en dat ouderen kunnen blijven meedoen in onze samenleving en langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Het is aan gemeenten – in samenwerking met ouderen en hun netwerk, vrijwilligers en (non-profit) organisaties – om een goede sociale infrastructuur op te bouwen. Het Rijk en zorgverzekeraars kunnen hierin ondersteunen. Dit vraagt om:

- Een flinke *financiële investering* in de sociale basis en financieringsafspraken van zowel overheden als zorgverzekeraars. Gemeenten verschuiven budgetten voor maatwerkvoorzieningen naar die budgetten voor algemene voorzieningen. Het Rijk investeert extra in het gemeentefonds en oormerkt deze middelen voor de sociale basis. Er worden financieringsafspraken gemaakt met zorgverzekeraars. De baten van de preventieve werking van de sociale basis komen immers (deels) ten goede aan het medische domein. Om de verschuivingen van financiering goed te kunnen onderbouwen, faciliteert het Rijk *business cases* van de investeringen in de sociale basis. Dit doet het Rijk in samenspraak met gemeenten en zorgverzekeraars.
- Het organiseren van *passend aanbod* en het sturen op de kwaliteit hiervan. De gemeente organiseert laagdrempelige en toegankelijke ontmoetingsplekken: groen in de wijk, bankjes, inloophuizen nieuwe stijl. De sociale basis moet onderdeel worden van de gemeentelijke omgevingsvisie. Ook verzorgt de gemeente een breed, toegankelijk en laagdrempelig aanbod van activiteiten en ondersteuning in elke wijk of buurt zodat mensen gemakkelijker zichzelf kunnen helpen en zinvol bezig kunnen zijn. Het is belangrijk dat dit aanbod aansluit bij de vraag van de ouderen in het gebied. Gemeenten faciliteren burgerinitiatieven en de werkzame elementen van de gefinancierde activiteiten worden onderzocht. De kennis die hierbij wordt opgedaan wordt breed gedeeld. Het Rijk kan deze kennisdeling faciliteren.

- Door gemeenten georganiseerde *maatwerkondersteuning* voor ouderen voor wie de sociale basisinfrastructuur niet toereikend is.
- Investeren in *toeleiding naar het juiste aanbod*. Gemeenten zetten in op signalerende en outreachende methoden en projecten om ouderen eerder in beeld te hebben. Voorbeelden hiervan zijn Welzijn op recept en Actieve leefstijl interventies, waarbij cliënten via een samenwerking tussen de huisarts en een sociaal/welzijnswerker, naar sociale basis aanbod worden geleid. Het Rijk faciliteert en stimuleert de (kennis over de) outreachende aanpak.
- Een betere *informatievoorziening over gezond ouder worden* en het beschikbare aanbod. Gemeenten benaderen en informeren inwoners actief over het lokale aanbod en de sociale basis in de gemeente. Hierbij wordt rekening gehouden met passend advies gericht op specifieke groepen ouderen. Gemeenten creëren en stimuleren (digitale) platforms om informatie te ontsluiten en vraag en aanbod aan elkaar te koppelen. Het Rijk faciliteert hierin kennisdeling en *best practices*.

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Een stevige sociale basis bevordert de kwaliteit van het leven van ouderen.
- **Toegankelijkheid:** De druk op de formele zorg en ondersteuning vermindert, zodat deze beter toegankelijk blijft voor de mensen die ervan afhankelijk zijn.
- **Betaalbaarheid:** het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Van reactieve naar pro-actieve zorg voor ouderen

### Achtergrond

Wat alle kwetsbare ouderen gemeen hebben is de ontregeling door 'acute gebeurtenissen'. Een acuut event is een gebeurtenis die het wankele evenwicht verstoort: een plotselinge progressie in een ziektebeeld, ontregeling door medicatieaanpassing, een val, een grote wijziging in leefomgeving of in de familie. Acute events leiden tot leed en (vaak blijvend) gezondheidsverlies bij de oudere en tot hoge zorgkosten. Acute events zijn ook belastend voor zorgverleners wanneer er acuut een zorgoplossing nodig is die niet direct beschikbaar is, of lijkt. Het verminderen van acute events is daarom een belangrijk aangrijpingspunt om de kwaliteit van zorg te verhogen, de werkdruk van professionals te verminderen en de kosten van zorg te verlagen.

Om dit te bereiken is het nodig om in de zorgverlening en ondersteuning niet alleen te focussen op de situatie die zich voordoet, maar vooral ook te anticiperen op ontwikkelingen die zich zullen of kunnen gaan voordoen. Als zorgprofessionals niet alleen aandacht hebben voor de actuele zorgvraag maar ook voor de zorgvraag die te verwachten is, dan kan er gericht ingezet worden op preventie of voorgesorteerd worden op compenserende maatregelen. Door als zorgverleners onderling en met de oudere en mantelzorgers samen te bespreken hoe hun situatie zich kan ontwikkelen, en *what if* scenario's te bespreken, weet iedereen beter wat er te doen is wanneer die situatie zich daadwerkelijk voordoet of zich dreigt voor te doen. Dit leidt tot behoud van eigen regie, tot betere aansluiting van zorg op persoonlijke wensen en tot vermindering van crisissituaties en vermijdbare opnames.

Deze proactieve inzet is gewenst in elk onderdeel van de zorgketen. Het begint bij het stadium van kwetsbaarheid en wordt voortgezet tot het levenseinde. Wensen, opties en keuzes worden steeds opnieuw vastgelegd. Het gesprek met de oudere is breed georiënteerd. Het gaat niet alleen over ziekte en zorg, maar over de samenhang tussen gezondheid, woon- en leefomstandigheden, sociale contacten, participatie, zorg en ondersteuning en de kwaliteit van leven die daaruit resulteert.

### Doel

Behoud van regie en zelfredzaamheid, verhogen van persoonsgerichtheid van zorg, voorkomen van onnodige of voortijdige achteruitgang door acute events.

### Tijdshorizon

Volgende kabinetsperiode. Onderliggende principes (Advanced Care Planning en Uitkomstgerichte Zorg) zijn al in ontwikkeling. Doorontwikkeling en besteding in regelgeving en routines vragen nadere aandacht.

### Ingrijpendheid

De beleidsoptie vraagt aanpassing van werkwijzen van professionals die ondersteund en gestimuleerd kunnen worden met passende financiering. Op dit moment beoordeelt het ZIN in hoeverre een samengestelde interventie voor kwetsbare ouderen thuis al verzekerde zorg is. Een deel van de oplossing is ook afhankelijk van de snelheid waarmee zorg in te schakelen is of hulpmiddelen/woningaanpassingen gerealiseerd kunnen worden.

### Aannames

Het voorkomen van acute events en achteruitgang zorgt voor kostenbesparing op zorg die is toe te rekenen aan het event. Of deze kostenbesparingen ook leiden tot een daling van de totale kosten voor zorg aan ouderen (of alleen tot uitstel van de kosten naar een later moment in het leven) moet nader beoordeeld worden.

### Realisatie

De beleidsoptie kan gerealiseerd worden door:

- mono- en multidisciplinaire kwaliteitsstandaarden die gericht zijn op proactieve verlening van zorg en ondersteuning, persoonsgerichte zorg en uitkomstgerichte zorg;
- ontwikkeling en implementatie van lokale integrale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen, die gericht zijn op de realisatie van proactieve zorg en ondersteuning;
- een verzekerd pakket en bekostiging die ruimte bieden voor herhaalde 'vooruitblik' gesprekken met ouderen, voor multidisciplinair overleg en afstemming rond een casus en voor de organisatie van samenwerking in de wijk en de regio;
- samenwerking tussen zorgaanbieders;
- samenwerking tussen overheid en inkoopers.

> [Terug naar menu](#) | [Wat kan ik zelf?](#)





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

> Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Het voorkomen van acute events en verminderen van negatieve uitkomsten verhoogt de ervaren kwaliteit van zorg.
- **Toegankelijkheid:** De toegankelijkheid van zorg verandert niet wezenlijk, het moment waarop de zorg aangrijpt wel.
- **Betaalbaarheid:** het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd. Enerzijds verhoogt een pro-actieve inzet de investering van tijd in gespreksvoering. Anderzijds leidt dit mogelijk tot een verlaging van opnames en niet-gewenste zorg.
- **Bemensbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd. Mogelijk vinden er verschuivingen tussen domeinen plaats.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Help ouderen beter voor zichzelf te zorgen

### Achtergrond

*Reablement* is, in het Deense model, een oudere helpen om (weer) beter voor zichzelf te gaan zorgen. Enerzijds gaat het er bij *reablement* om de zelfredzaamheid van ouderen te stimuleren en het welbevinden te versterken, in plaats van professionele ondersteuning in te zetten. Het richt zich op het aanleren van vaardigheden en indien nodig ook op fysieke verbetering door een intensief revalidatietraject, met positieve effecten voor de persoon en de directe omgeving. Anderzijds vraagt *reablement* ook een andere kijk van professionals op zorg en ondersteuning aan ouderen. Meer oog voor wat ouderen en hun omgeving zelf kunnen doen en wat kan worden bevorderd door training op het gebied van leven, wonen, welzijn, gezondheid en financiën, om zo een waardevol en zelfstandig leven te kunnen (blijven) leiden, in plaats van het direct overnemen en het inzetten van professionele zorg en ondersteuning.

Het uitgangspunt bij *reablement* is dat niemand te oud is om te leren. Dat geldt al in de fase waarin een eerste beroep wordt gedaan op informele hulp en/of formele zorg. Bij ouderen die meer hulpbehoevend zijn, kan in plaats van thuiszorg een intensief revalidatietraject aangeboden worden dat erop gericht is maximaal zelfstandig te kunnen leven. Er zijn zelfs voorbeelden van *reablement* in verpleeghuizen.

In het project 'Maak de Burger Meester' wordt aan de ontwikkeling van een 'reablement programma Nederlandse stijl' al enige tijd gewerkt.

### Doel

Door in te zetten op *reablement* wordt gewerkt aan behoud van zingeving, gezondheid én eigen regie, waardoor ouderen zo lang mogelijk goed en onbezorgd maximaal zelfstandig kunnen leven, en zo onafhankelijk mogelijk zijn van professionele zorg. Hierdoor neemt het beroep op professionele ondersteuning en zorg af, wat leidt tot een afname van de druk op zorgpersoneel en middelen.

### Tijdshorizon

*Reablement* vraagt een omslag in denken en een andere kijk op ouderdom en de inzet van zorg en ondersteuning.

### Ingrijpendheid

Uitkomsten van experimenten met *reablement* laten een afname zien van zorg en ondersteuning. Een aandachtspunt is wel de op de loer liggende eenzaamheid bij ouderen.

### Aannames

Mensen krijgen grip op hun leven. Dit leidt tot versterking van de zelf- en samenredzaamheid van ouderen en levert een positieve bijdrage aan het gevoel van zingeving en de kwaliteit van leven.

Het sociale netwerk kan vroeg signaleren als het minder goed gaat met iemand.

*Reablement* draagt ertoe bij dat ouderen langer thuis kunnen wonen, verlicht de inzet van mantelzorgers en vertraagt de instroom naar zwaardere zorg.

De medewerkerstevredenheid van zorgverleners stijgt omdat ze meer tegemoet kunnen komen aan de behoeften van ouderen. Mogelijk trekt een benadering als deze ook een andere soort medewerkers aan, zodat de pool van medewerkers groter wordt. *Reablement* vermindert de druk op personeel en middelen.

### Realisatie

*Reablement* vraagt een bepaald bewustzijn van zowel de ouderen zelf als van beleidsmakers, maatschappelijke organisaties en professionals. Er moet draagvlak worden gecreëerd en rekening worden gehouden met traditionele denkbeelden. Anders bestaat de kans dat *reablement* vooral wordt gezien als een bezuinigingsmethode. Ongeacht of de oudere zich aanmeldt bij een thuiszorgorganisatie of bij een gemeente met een hulpvraag voor verpleging, persoonlijke verzorging, ondersteuning of huishoudelijke hulp, de oudere zal eerst geholpen worden om zichzelf te helpen.

Er is een wettelijke verankering nodig in de Wmo, zodat er een wettelijke basis is voor de financiering van *reablement*. Ook moet in de Wmo een wettelijke verplichting opgenomen worden om te onderzoeken of de zorgvrager geholpen is met een 'reablement programma' (als onderdeel van het onderzoek dat gemeenten moeten uitvoeren als een cliënt zich meldt met een ondersteuningsbehoefte) in plaats van direct professionele zorg en ondersteuning in te zetten.

Er zullen een toets en een training ontwikkeld moeten worden. De toets maakt inzichtelijk of de cliënt in aanmerking komt voor een training. De training vergroot en versterkt de zelfredzaamheid en vitaliteit.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

> Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Een *reablement*-training kan oudere burgers helpen zo gezond mogelijk te houden, zowel mentaal als fysiek. Dit zal de ervaren kwaliteit van leven ten goede komen.
- **Betaalbaarheid:** - Mogelijk leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd. Zie ook ZiK 9 (Toets op potentiële zelfredzaamheid en vitaliteit bij Wmo-toegang).
- **Bemensbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd.

#### Overwegingen

De verwachting is dat het inzetten van *reablement* leidt tot een verminderde inzet van maatwerkvoorzieningen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Focus op het potentieel van ouderen

### Achtergrond

Met de introductie van het concept 'positieve gezondheid' van Machteld Huber wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met fysieke, emotionele en sociale uitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. In deze visie is gezondheid niet langer meer strikt het domein van de zorg. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te kunnen gaan. Gezondheid wordt hiermee gezien in termen van veerkracht, functioneren en participatie in plaats van alleen in somatische of psychische zin. De deelname aan maatschappelijke activiteiten en het beschikken over een sociaal netwerk hebben een positief effect op iemands gezondheid. Dat geldt voor elke oudere, in welke fase dan ook. De bewustwording hiervan moet zo vroeg mogelijk starten, zodat mensen ook nog in staat zijn om hun sociaal netwerk te vergroten, te versterken of te herstellen. Bij vitale ouderen zal hun netwerk een meer preventieve functie hebben: het voorkomen van eenzaamheid, versterken van zelfredzaamheid en vergroten van zelfvertrouwen. Bij ouderen die meer ondersteuning nodig hebben kan een netwerk iets betekenen in de onderlinge hulp. Wederkerigheid is belangrijk in een netwerk: er moet ook aandacht zijn voor wat ouderen nog wel voor anderen kunnen betekenen. Hoe zorgen we ervoor dat mensen ertoe blijven doen, dat ze een waardevolle bijdrage kunnen blijven leveren en zich gewaardeerd voelen?

### Doel

Het potentieel van ouderen benutten. Ook ouderen kunnen van betekenis zijn, actief deel blijven uitmaken van de samenleving en hier een bijdrage aan leveren. Bij een betekenisvolle rol voor ouderen ontstaan er nieuwe contacten en wederkerige relaties in sociale netwerken waardoor het gevoel 'ertoe te doen' versterkt. Door zulke netwerken in stand te houden, te versterken en uit te breiden, kunnen mensen wat voor elkaar betekenen en wordt veel eenzaamheid voorkomen.

### Tijdshorizon

Meerdere jaren. Het vergroten, verbreden en versterken van een sociaal netwerk vraagt dat alle partijen zich ook bewust zijn van de meerwaarde van een netwerk.

### Ingrijpendheid

Vanuit diverse domeinen kan een bijdrage geleverd worden. Denk aan:

- fysieke infrastructuur: de inrichting van de openbare ruimte en vervoer;
- digitale ontwikkelingen die contacten tussen mensen vereenvoudigen;
- aanpassingen van wet- en regelgeving waardoor ouderen flexibeler betekenisvol kunnen participeren (denk aan een flexibel pensioen).

### Aannames

Mensen krijgen grip op hun leven doordat ze een rol van betekenis spelen. Dit leidt tot versterking van de zelf- en samenredzaamheid van ouderen, levert een positieve bijdrage en gevoel van zingeving en kwaliteit van leven en voorkomt eenzaamheid.

Het sociaal netwerk kan ook vroeg signaleren als het minder goed gaat met iemand en dan hulp bieden en/of iemand motiveren om deskundige hulp te zoeken.

Een sociaal netwerk bevordert informele zorg, zodat ouderen langer thuis kunnen wonen. Het verlicht de inzet van mantelzorgers en vertraagt de doorstroom naar zwaardere zorg.

### Realisatie

Het vraagt een nieuw bewustzijn van zowel de ouderen zelf als van beleidsmakers, maatschappelijke organisaties en professionals. Dat bewustzijn is op verschillende manieren te vergroten.

*Talenten versterken en benutten en hiervoor aanbod organiseren en financieren:*

- Bewustwording vergroten bij alle partijen dat ouderen ertoe doen.
- Versterken van gemeenschappen van en voor ouderen.
- Mensen helpen bijtijds op zoek te gaan naar activiteiten en arrangementen die aansluiten bij hun wensen, talenten en behoeften.
- Organiseren van aanbod gericht op netwerkvorming en versterking van het netwerk.
- Verlenen van subsidies door gemeenten aan organisaties die inzetten op netwerkvergroting (bijv. subsidiebeleid van gemeenten voor clubs en verenigingen wordt aangewend).

> [Terug naar menu](#) | [Wat kan ik zelf?](#)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### *Rol van werkgevers (bedrijfsleven):*

- Veel mensen ontlenen een netwerk aan het werk. Dit valt vaak weg wanneer iemand stopt met werken. Werkgevers kunnen het met flexibel pensioen mogelijk maken om banen met oudere werknemers mee te laten ontwikkelen. Werkgevers overleggen dan met ouderen over wat zij nog kunnen en willen betekenen. Door digitalisering kunnen mensen mogelijk ook bepaalde functies langer blijven uitoefenen.
- Wet- en regelgeving moet meer zo ingericht worden dat mensen langer betaald door kunnen werken, indien nodig of wenselijk onder andere omstandigheden (flexibel, minder uren, andere werkbelasting).

#### *Wonen:*

- Gemeenten zorgen voor een openbare ruimte waarin ouderen - ook mensen die minder mobiel zijn – anderen kunnen ontmoeten.
- Woningen worden preventief aangepast zodat mensen in het sociale netwerk, de wijk en omgeving kunnen blijven wonen.
- Er komen meer mogelijkheden voor gemeenschappelijk wonen. De wet – en regelgeving wordt zo ingericht dat het mogelijk wordt om financiën voor gemeenschappelijke woonvoorzieningen rond te krijgen.

#### *Netwerkgericht werken:*

- Aandacht voor zingeving is onderdeel van zorg en ondersteuning aan ouderen.
- Stimuleren van een actieve leefstijl door leefstijlinterventies.
- Netwerkgericht werken: het actief bij elkaar brengen van mensen (met eenzelfde zorgvraag).

#### **Overwegingen**

Waar mogelijk moeten mensen vanuit verschillende hoeken bewust worden gemaakt van het belang van een netwerk en het inzetten van talenten voor anderen. Voor een bepaalde doelgroep is dit vanzelfsprekend, maar er is ook een groot onbenut potentieel. Hier ligt een taak voor de gemeenten: zij kunnen subsidies verstrekken en activiteiten organiseren. Ook voor hulpbehoevende ouderen is een netwerk van belang, al dan niet in combinatie met een maatwerkvoorziening.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Fonds preventie zorg aan ouderen

### Achtergrond

In de toekomst wordt het steeds belangrijker ouderen zo lang mogelijk gezond te houden om de toenemende zorgvraag vanwege de dubbele vergrijzing aan te kunnen. Om de gezondheid van ouderen te bewaken moet er ingezet worden op preventie met bijvoorbeeld leefstijlinterventies en valpreventie. De laatste jaren is de beleidsmatige aandacht voor preventie<sup>1</sup> fors toegenomen. Of dit zal leiden tot meer investeringen is nog de vraag. Preventie komt momenteel nog niet genoeg van de grond. De verantwoordelijkheden zijn onvoldoende helder, er zijn te weinig prikkels (naast de productiegerichte prikkels) voor zowel zorginkopers als aanbieders om te investeren in preventie, de opbrengsten zijn niet altijd direct zichtbaar en meetbaar, de investerende partij profiteert onvoldoende van de baten en er zit vaak teveel tijd tussen de investering en het rendement. Dit alles maakt het investeren in preventie kwetsbaar. Preventiemaatregelen delven bij politieke en economische keuzes vaak het onderspit wanneer ze worden afgewogen tegen andere belangrijke zaken die urgenter zijn, en waarbij het wel mogelijk is om een goede rekensom te maken.

### Doel

Gemeenten en zorgverzekeraars investeren in voor preventieve zorg en ondersteuning voor ouderen.

### Tijdshorizon

Afhankelijk van wettelijke verankering zal deze beleids optie zeker enkele jaren vergen. Wel kan vanaf nu binnen bestaande samenwerkingskaders tussen gemeenten en zorgverzekeraars gewerkt worden aan gezamenlijke financiering van preventieve zorg en ondersteuning.

### Ingrijpendheid

Voor deze beleids optie is een wetswijziging nodig waarbij: 1) in de wet Publieke gezondheid gemeenten verplicht worden tot investeren in preventie via een regionaal fonds, en 2) zorgverzekeraars verplicht worden te investeren in het fonds (bijvoorbeeld verplicht x% van de ZVW-premieopbrengsten). Daarnaast moeten de (financiële) effecten goed gemonitord worden zodat mogelijke besparingen op den duur inzichtelijk worden. Een ingrijpende beleids optie dus.

### Realisatie

- De financiers van preventie moeten in regionaal verband niet-vrijblijvende (samenwerkings)afspraken maken met elkaar, voorzien van een gezamenlijke financiële basis.
- Daartoe komt er een regionale preventie infrastructuur voor gezondheidsbevordering
- Gemeenten hebben een regisserende rol bij de totstandkoming van de regionale infrastructuur ten aanzien van gezondheidsbevordering, waarbij de gemeente – conform de systematiek van de Wpg – de GGD moet inschakelen.
- Een gedeelde regioanalyse (van gezondheid en door preventie voorkombare aandoeningen) vormt de basis voor de samenwerkingsafspraken
- Er wordt waar mogelijk aangesloten bij het proces en de regio-indeling die VNG en ZN in het kader van de samenwerkingsstructuur op regionale schaal inrichten ten aanzien van preventie.
- Gemeenten en zorgverzekeraars (en evt. zorgkantoren) maken afspraken voor preventieketens voor risicogroepen, waaronder ouderen) en – voor zover van toepassing voor zorgverzekeraars en zorgkantoren – programma's voor van gezonde ouderen. Een voorbeeld hiervan is het vergroten van het aanbod van effectieve valpreventie voor ouderen, inclusief opsporing van ouderen die voor valrisicobeoordeling in aanmerking komen

<sup>1</sup> Preventie wordt in beleidscircuits veelal smal gedefinieerd als 'gezondheidsbevordering', maar het 'aanpakken van achterliggende oorzaken' kan er ook onder worden gevat. Met gezondheidsbevordering wordt bedoeld op leefstijlinterventies bij risicogroepen of mensen met een ziekte en op de inrichting van een omgeving die gezond gedrag stimuleert. Bij het aanpakken van achterliggende oorzaken gaat het om samenwerking van sociaal domein en gezondheidszorg om de samenloop van sociale en (psychische) gezondheidsproblemen effectiever aan te pakken.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### > Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- Bovenstaande taken en verantwoordelijkheden van zowel gemeenten (en GGD-en) als zorgverzekeraars en zorgkantoren worden wettelijk verankerd. De wettelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars blijft op hoofdlijnen zoals deze nu is. Wel worden zorgverzekeraars verplicht om samen te werken met gemeenten om tot samenwerkingsafspraken te komen over gezondheidsbevordering.
- Aan de taken die verband houden met de regionale preventie infrastructuur worden passende financiële middelen gekoppeld. De gebruikelijke manier om gemeentelijke taken te financieren betreft een bijdrage aan het Gemeentefonds. Eventueel (tijdelijk) gekoppeld aan specifieke voorwaarden. Een alternatief is het subsidiëren door het Rijk van regionale plannen met niet-vrijblijvende samenwerkingsafspraken of het opzetten van een fonds is een optie. Bij alle financieringsopties geldt: het is een instrument om het uiteindelijke doel te bereiken, niet een doel op zich.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De behoeften van ouderen komen meer centraal te staan, en niet het beschikbare budget. Dat komt de kwaliteit van zorg ten goede.
- **Toegankelijkheid:** Doordat ouderen zo lang mogelijk gezond blijven neemt druk op de zorg af en de toegankelijkheid ervan navenant toe.
- **Betaalbaarheid:** Uiteindelijk zullen de investeringen op preventie besparingen opleveren, omdat de gezondheid van ouderen toeneemt en een opeenstapeling van (gezondheids)problemen wordt voorkomen.
- **Bemensbaarheid:** De doorstroom naar de Wlz zal lager worden, zodat de behoefte aan verpleeghuispersoneel minder zal groeien.

### Overwegingen

Initiatieven als deze kosten veel tijd en vergen inzet en creativiteit van de deelnemers. Belangrijk is de intrinsieke motivatie van de deelnemers. Daarnaast is de *business case* lastig vast te stellen, omdat die ook gekoppeld is aan de interventies waarin met het fonds geïnvesteerd wordt. Ook is er nog niet veel kennis over de werking van dergelijke vormen van populatiegerichte bekostiging; hier wordt nu onderzoek naar gedaan door IQ-healthcare.



# Wie zorgt er voor mij? (informele zorg)

## Informele zorg

- > Vergemakkelijk het combineren van werk en mantelzorg
- > Investeren in mantelzorg en informele zorg
- > Stimuleren burgerinitiatieven en vrijwilligerswerk

## Formele zorg

- > De ouderen centraal
- > Kwaliteitskader verpleeghuizen verbeteren
- > Vereenvoudig de hulpmiddelenzorg
- > Verhoog de organisatiegraad van de eerstelijns gezondheidszorg
- > Cliëntondersteuning / versterking vraagkant
- > Harmonisering administratieve voorwaarden over de stelsels
- > Maak medisch-generalistische zorg gelijkelijk toegankelijk voor alle kwetsbare ouderen vanuit de Zw
- > Kennisontwikkeling en verspreiding
- > Geestelijke verzorging en palliatieve zorg (thuis en intramuraal)
- > Verkennen populatiebesteding voor de doelgroep ouderen
- > Minder betaaltitels tijdelijk verblijf





OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

Stelsel

3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Wie zorgt er voor mij? (voldoende zorgverleners)

- > Meer aandacht voor preventie in curricula
- > Aanpak meer ruimte voor de professional en meer werkplezier
- > Laat het bedrijfsleven zorg overnemen
- > Investeren in arbeidsbesparende technologie



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Vergemakkelijk het combineren van werk en mantelzorg

### Achtergrond

Mantelzorg is van groot belang omdat er grenzen zijn aan de inzet en capaciteit van de reguliere zorg. Op dit moment is er reeds sprake van een groeiend tekort aan mantelzorgers. Doordat het aantal kwetsbare ouderen sterk zal toenemen, zal ook de vraag naar mantelzorgers nog groter worden. Het is daarom van belang dat er in de medische (vervolg)opleidingen aandacht is voor de omgeving van de cliënt en de mogelijkheden daarin voor informele zorg. Voorts is van belang dat er in de opleidingen meer aandacht wordt besteed aan preventie. Bij de oudere cliënt kan bijvoorbeeld worden gedacht aan valpreventie. Relevant hierbij is dat veldpartijen zelf verantwoordelijk zijn voor de invulling van de curricula.

### Doel

Meer aandacht vragen voor preventie en mantelzorg in de curricula van (vervolg) opleidingen in de zorg.

### Tijdshorizon

In 2021 wordt geïnventariseerd in hoeverre preventie en mantelzorg al onderdeel zijn van de curricula. Vervolgstappen volgen in 2022.

### Ingrijpendheid

Deze is afhankelijk van de uitkomst van de inventarisatie. Veldpartijen blijven verantwoordelijk voor de invulling van de curricula. Draagvlak en een zorgvuldig traject zijn van eminent belang.

### Realisatie

Na de inventarisatie in 2021 kan met de instellingen worden bezien worden of, en zo ja hoe, de aandacht voor preventie en mantelzorg in de curricula bevorderd kan worden.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Een bredere blik op een zorgvraag, zodat ook de mogelijkheden die informele zorg biedt goed in beeld komen, kan ervoor zorgen dat een meer passende zorgoplossing wordt gevonden voor de oudere. Dit komt de kwaliteit van zorg ten goede.
- **Toegankelijkheid:** Wanneer zorgverleners meer aandacht hebben preventie en mantelzorg hebben, kan dat bijdragen aan het beperken van arbeidsintensieve zorgvragen, zodat druk op de zorg vermindert en de toegankelijkheid gewaarborgd blijft.
- **Betaalbaarheid:** Mogelijk leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven maar dit effect is nog onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Mogelijk neemt hierdoor de druk op de formele zorg af en de druk op de informele zorg, maar dit effect is onzeker en niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Investeren in mantelzorg en informele zorg

### Achtergrond

Ruim 4,5 mln. mantelzorgers nemen 70% van de zorg thuis voor hun rekening. Mantelzorg is daarom van groot belang omdat er grenzen zijn aan de inzet en capaciteit van de reguliere zorg en deze krapte op de arbeidsmarkt alleen maar nijpender zal worden in de toekomst. Op dit moment is er reeds sprake van de effecten van de dubbele vergrijzing: er is een groeiend tekort aan mantelzorgers. Doordat het aantal kwetsbare ouderen sterk zal toenemen, zal ook de vraag naar mantelzorgers nog groter worden, terwijl het beschikbare aantal mantelzorgers juist afneemt. Er zijn 830.000 mantelzorgers die langdurig (>3mnd) en intensief (>8 u p.w.) zorgen voor een naaste. 9,1% van de mantelzorgers is zwaarbelast. Dit vraagt om tweeledig inzet: we moeten ervoor zorgen dat de belaste mantelzorgers niet omvallen en dat er in totaal meer (jongere) mantelzorgers komen. Mantelzorgers komen pas laat in het zorgtraject met een hulpvraag: pas als de nood hoog wordt en men op omvallen staat. Inzetten op het vergroten van bewustwording bij mantelzorgers blijft nodig, net als verdere investering in en heldere communicatie over respijtzorg en mantelzorgondersteuning. Ook betaalde mantelzorg is een toenemende trend (via aanbieders als Saar aan Huis of via betaalde inzet in verpleeghuizen). Helderheid over de condities waaronder dit ingezet kan worden, kan bijdragen aan “meer handen” in de zorg thuis. Ook blijft verder inzetten op het ‘verslimmen van de zorg thuis’ van groot belang omdat dit hand in hand gaat met goede mantelzorgondersteuning.

### Doel

Meer aandacht vragen voor preventie van overbelasting bij mantelzorgers, het vergroten van het aantal mantelzorgers en de beschikbaarheid van mantelzorgondersteuning en het verstevigen van de positie van mantelzorg. Zodat mantelzorgers langer de zorg volhouden, meer mensen bereid zijn om te zorgen voor een naaste en ouderen langer thuis kunnen blijven wonen.

### Tijdshorizon

De huidige ontwikkelingen zorgen ervoor dat het aantal beschikbare mantelzorgers in de toekomst af zal nemen tot gemiddeld 3 per oudere in 2040 (waar dat in 2015 nog 6 waren) én dat meer mantelzorg wordt verleend door ouderen aan andere ouderen.

### Ingrijpendheid

De mantelzorger heeft geen officiële positie in het zorgstelsel: in de Wlz en Zvw staat de zorgvrager centraal, in de Wmo meer waar het systeem toe in staat is met een weging van de sociale en financiële context. Een erkende positie van de mantelzorger geeft hem/haar ook rechten (bijv. bij een keukentafelgesprek). Daarnaast is sprake van een flinke gemeentelijke bezuinigingsslag op lokale mantelzorgondersteuning. Het vraagt om extra financiële middelen vanuit het Rijk naar gemeenten om te borgen dat lokale mantelzorgondersteuning beschikbaar en vindbaar blijft.

### Realisatie

Een samenhangende set maatregelen gericht op het verlichten van de zorgtaken van mantelzorgers zal leiden tot ruimere groep mantelzorgers en een duurzame inzetbaarheid van mantelzorgers. Het is aan gemeenten om, in samenwerking met ouderen en hun netwerk, het lokale welzijns- en vrijwilligerswerk goede mantelzorgondersteuning en respijtzorg in te kopen en te faciliteren. Het Rijk en zorgverzekeraars kunnen hierin ondersteunen. Dit vraagt om:

- Een flinke financiële investering in respijtzorg en financieringsafspraken van zowel overheden als zorgverzekeraars.
- Gemeenten verschuiven financiering van budgetten van maatwerkvoorzieningen, naar de budgetten van algemene voorzieningen.
- Het Rijk investeert extra in het gemeentefonds en oormerkt deze middelen ten behoeve van mantelzorgondersteuning.
- Er worden financieringsafspraken gemaakt met zorgverzekeraars over respijtzorg. De baten van de preventieve werking van respijtzorg/mantelzorgondersteuning (zie bijv. logeerszorg of de social trials dementie) komen immers ten goede aan het medische, en niet het sociale domein.
- Om de (verschuivingen van) de financiering goed te kunnen onderbouwen faciliteert het Rijk businesscases van de investeringen in vormen van respijtzorg. Dit doet zij in samenspraak met gemeenten en zorgverzekeraars.
- De overheid moet blijven inzetten op bewustwording onder mantelzorgers.
- De ondersteuning voor mantelzorgers moet eerder, sneller en beter. 1 (domeinoverstijgend) aanspreekpunt voor de mantelzorger die hen bijstaat op het zorgpad van de cliënt zou daar zeer behulpzaam in zijn.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- Verslimmen van de zorg: de overheid moet meer stimuleren dat e-health mogelijkheden een goed alternatief voor mantelzorg kunnen zijn en als een vorm van respijtzorg gezien kunnen worden.
- Verruim de definitie van mantelzorg zodat niet alleen directe naasten (gezinsverband) zorg leveren maar ook andere naasten (buren, vrienden, ooms/tantes).
- Mantelzorg vraagt om nabijheid: investeer in woonvormen die mantelzorg vergemakkelijken.

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** betere vindbaarheid van mantelzorgondersteuning en respijtzorg zal de drempel om mantelzorg te kunnen verlenen verlagen en de kans op overbelasting verminderen.
- **Beschikbaarheid:** door deze aanpak zullen er meer mantelzorgers beschikbaar zijn en bereid zijn om naasten te ondersteunen.
- **Kwaliteit:** vermindering van overbelasting verhoogt de kwaliteit van de mantelzorg.
- **Bemensbaarheid:** door de pool van mantelzorgers op deze manier te vergroten, kan de continuïteit van de zorg thuis vergroot worden.
- **Betaalbaarheid:** De effecten zijn onzeker en niet gekwantificeerd. Er zijn investeringen noodzakelijk aan de voorkant. Op termijn kan dit leiden tot verbeterde beschikbaarheid van mantelzorg en daarmee een lager beroep op formele zorg.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### > Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Stimuleren burgerinitiatieven en vrijwilligerswerk

### Achtergrond

Vrijwilligerswerk is werk dat onbetaald en onverplicht gedaan wordt, voor anderen of voor de samenleving. Er zijn een aantal vormen van vrijwilligerswerk, zowel georganiseerd als niet-georganiseerd, zoals bijvoorbeeld burgerinitiatieven. Het aantal mensen in Nederland dat vrijwilligerswerk doet is al een aantal jaren stabiel. Het aantal vrijwilligers in zorg en welzijn is de afgelopen jaren licht toegenomen. Dit geldt voor het aantal vrijwilligers dat incidenteel vrijwilligerswerk doet. Het aantal vrijwilligers dat structureel vrijwilligerswerk doet in zorg en welzijn is gelijk gebleven. Vrijwilligers zijn belangrijk bij het verlenen van informele zorg. De vraag naar vrijwillige inzet in zorg en welzijn neemt dan ook toe. Om vrijwilligers optimaal in te kunnen zetten in zorg en welzijn is het van belang dat er ruimte wordt gecreëerd in alle fasen van het leven om vrijwilligerswerk zo toegankelijk en aantrekkelijk mogelijk te maken.

### Doel

Zorgen dat het voor iedereen mogelijk is om in elke levensfase vrijwilligerswerk te doen. Hiervoor moeten randvoorwaarden op orde zijn en ruimte gecreëerd worden.

### Tijdshorizon

Op basis van de trend van de afgelopen jaren is de verwachting dat het vrijwilligerswerk in zorg en welzijn minder structureel wordt en meer incidenteel. Daarbij is de verwachting dat de vraag naar vrijwilligers zal toenemen.

### Ingrijpendheid

Wanneer er zwaar wordt ingezet op het stimuleren van vrijwilligerswerk in alle fasen van het leven door randvoorwaarden te verbeteren, zou dit ertoe kunnen leiden dat er een groter beroep kan worden gedaan op de informele zorg naast de formele zorg. Afhankelijk van de instrumenten waarvoor wordt gekozen om de randvoorwaarden te verbeteren, kan dit ingrijpend zijn voor het stelsel. Bijvoorbeeld wanneer er een verlofregeling in zou worden gesteld voor het doen van vrijwilligerswerk.

### Realisatie

Een samenhangende set dat leidt tot het verbeteren van randvoorwaarden zodat vrijwilligerswerk toegankelijker wordt en beter passend in verschillende fasen in het leven, waardoor vrijwilligers goed zijn toegerust en het doen van vrijwilligerswerk wordt gestimuleerd.

- Kinderen: kinderen zouden in aanraking kunnen komen met vrijwilligerswerk door samen met de ouders vrijwilligerswerk te doen of via school. Daarnaast speelt voorlichting op scholen om kinderen te stimuleren om vrijwilligerswerk te doen een belangrijke rol.
- Jongeren op middelbare school: voorlichting over vrijwilligerswerk en de waarde van vrijwilligerswerk. Stevig inzetten op het stimuleren van vrijwilligerswerk.
- Hoger onderwijs: ruimte vanuit onderwijsinstellingen om vrijwilligerswerk te doen als onderdeel van het curriculum. Dit kan gekoppeld worden aan de studievoortgang.
- Studenten: mogelijkheden om woonruimte te krijgen en/of huurverlaging bij het doen van vrijwilligerswerk.
- Werkgevers: stimuleren/verplichten om werknemers ruimte te geven om onder werktijd vrijwilligerswerk te doen. Een verlofregeling in het kader van de Wet Arbeid en Zorg.
- Ouders: onder bepaalde voorwaarden een dag gratis kinderopvang bieden voor het doen van vrijwilligerswerk in zorg en welzijn.
- Ouderen: Er moet voldoende aandacht worden geschonken aan het maatschappelijk potentieel voor ouderen in de derde levensfase. Ook zij kunnen een waardevolle bijdrage leveren als vrijwilliger en zouden hier actief voor moeten worden benaderd. Communicatie over mogelijkheden en waarde van vrijwilligerswerk: in alle levensfasen worden burgers actief benaderd over de mogelijkheden voor het doen van vrijwilligerswerk. Voorbeelden hiervan zijn:
  - Aanmelden kinderen bij een school
  - Doorgeven van een verhuizing
  - Bij werkloosheid
  - Bij pensionering
- Maatschappelijk middenveld: stimuleren van de rol van het maatschappelijk middenveld.



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- i. Gemeenten: elke gemeente heeft duidelijk vrijwilligersbeleid en een centraal informatiepunt voor vrijwilligers en inwoners die vrijwilligerswerk willen gaan doen
- j. Verhogen vrijwilligersvergoeding: vergoeding voor vrijwilligerswerk is nu maximaal € 1800 per jaar.
- k. Verbetering kwaliteit vrijwilligerswerk: aandacht voor de kwaliteit van het vrijwilligerswerk is integraal onderdeel van het doen van vrijwilligerswerk
- l. Erkenning ontwikkelde competenties en vaardigheden: competenties en vaardigheden die opgedaan zijn door het doen van vrijwilligerswerk worden vastgelegd en erkend. Hierdoor wordt vrijwilligerswerk een toeleiding naar betaald werk.
- m. Digitale omgeving voor informatie over vrijwilligerswerk: elke inwoner heeft toegang tot een digitale omgeving waarin alle informatie over vrijwilligerswerk beschikbaar is en toegespitst op de eigen situatie (welke vrijwilligersorganisaties zijn er in de buurt, welke vrijwilligersactiviteiten zijn er gedaan, welke competenties zijn er ontwikkeld etc.)

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** Door de randvoorwaarden van vrijwilligerswerk te verbeteren, zal de drempel om vrijwilligerswerk te doen worden verlaagd waardoor de toegankelijkheid verbetert.
- **Beschikbaarheid:** Door deze aanpak zullen er meer vrijwilligers beschikbaar zijn om ouderen te ondersteunen.
- **Kwaliteit:** Door de kwaliteit van het vrijwilligerswerk integraal onderdeel te maken, door bijv. het bieden van begeleiding en cursussen, zal de kwaliteit worden verbeterd.
- **Continuïteit:** Door de pool vrijwilligers te vergroten, kan de continuïteit van vrijwillige inzet beter geborgd worden, waardoor er beter op dit instrument teruggevallen kan worden.
- **Betaalbaarheid:** *Dit fiche stimuleert in brede zin vrijwilligerswerk en zal zijn weerslag hebben op het inkoopbeleid bij gemeenten. In het kader van preventie kan eventueel gedacht worden aan het deels financieren van vrijwilligerswerk dat ziekte voorkomt of tweedelijnszorg gedeeltelijk overneemt, door zorgverzekeraars.*

### Overwegingen

Gevoelige balans tussen vrijwillige inzet enerzijds, en meer structureel/verplichtendere karakter anderzijds. Verplichten is niet mogelijk, maar actief stimuleren en aantrekkelijk maken wel. Waken voor verdringing van betaald werk door vrijwilligerswerk.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### > Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## De ouderen centraal

### Achtergrond

Als het gaat over de ouderen, gaat het vaak over de groeiende groep kwetsbare ouderen en de manier waarop zorg en ondersteuning vormgegeven moet worden. Achteruitgang en zorgbehoevend worden. Echter zit er ook een hoop potentieel bij deze doelgroep en gaat het nog te weinig over de vraag hoe dit potentieel benut kan worden, en wat iemand nog voor een ander kan doen of betekenen. Hoe zorgen we ervoor dat mensen ertoe blijven doen? Een waardevolle bijdrage kunnen blijven leveren en zich gewaardeerd voelen?

### Doel

1. Meer focus op het *potentieel* van ouderen en dat ook benutten, waardoor mensen van *betekenis zijn, actief blijven en deel uitmaken* van de samenleving en hier ook een *bijdrage aan leveren*. Hierdoor ontstaan er nieuwe betekenisvolle contacten en wederkerige relaties (sociale netwerken) waardoor het gevoel 'ertoe te doen' versterkt.
2. Versterken, uitbreiden en/of in stand houden van het netwerk waar interesses en talenten kunnen worden ingezet, mensen wat voor elkaar kunnen betekenen en eenzaamheid wordt voorkomen.

### Relatie reis oudere

Het de inzet van talenten en het hebben van een sociaal netwerk is voor elke oudere, in welke fase dan ook, relevant. Echter zal de bewustwording hiervan zo vroeg mogelijk moeten starten, zodat mensen ook nog in staat zijn om een sociaal netwerk te vergroten, verstreken of te herstellen. In de reis van de ouderen kan een netwerk ook verschillende doelen hebben: Bij vitale ouderen zal het een meer preventieve functie hebben: voorkomen van eenzaamheid, versterken van zelfredzaamheid en vergroot het zelfvertrouwen. Bij ouderen die meer ondersteuning nodig hebben kan een netwerk iets betekenen in het helpen van elkaar en wederkerigheid, waardoor niet alleen gekeken wordt naar wat iemand niet meer kan, maar is er aandacht voor wat iemand wel nog kan betekenen.

### Tijdshorizon

Meerdere jaren. Het vergroten, verbreden en versterken van een sociaal netwerk vraagt dat iemand ook bewust is van de meerwaarde van een netwerk. Hier zal op verschillende niveau op moeten worden ingezet, te starten bij de bewustwording van ouderen zelf.

### Ingrijpendheid

Vanuit diverse domeinen kan hier een bijdragen aan geleverd worden, denk aan:

- fysieke infrastructuur; de inrichting van de openbare ruimte en vervoer;
- digitale ontwikkelingen die contacten tussen mensen tot stand brengen.
- Aanpassen van wet- en regelgeving waardoor er het mogelijk wordt om ouderen betekenisvol te laten participeren zoals bijv. een flexibel pensioen.

### Aannames

- Mensen krijgen grip op hun leven doordat ze een rol van betekenis spelen. Dit leidt tot versterking van de zelf- en samenredzaamheid van ouderen, levert een positieve bijdrage en gevoel van zingeving en kwaliteit van leven en voorkomt eenzaamheid.
- Het sociaal netwerk kan ook vroeg signaleren dat het minder goed gaat met iemand en dan hulp bieden en/of iemand motiveren om deskundige hulp te zoeken.
- Het bevordert informele zorg, zodat ouderen langer thuis kunnen wonen.
- Verlicht de inzet van mantelzorgers
- Stelt uit of voorkomt instroom naar zwaardere zorg.

### Realisatie

Het vraagt een bewustzijn van de ouderen zelf als van beleidsmakers, maatschappelijke organisaties en professionals.

Om die te vergroten zijn de volgende stappen belangrijk:

- a. Talenten versterken en benutten en hier aanbod op organiseren en financieren.
  - Bewustwording vergroten bij ouderen en bij samenleving dat ouderen ertoe doen
  - Versterken van gemeenschappen van en voor ouderen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- Door bijtijds op zoek te gaan naar activiteiten en arrangementen die aansluiten bij de eigen wensen, talenten en behoeften, vergroten mensen hun eigen handelingsperspectief.
  - Organiseren van aanbod gericht op netwerkvorming / versterking van het netwerk.
  - > Hiervoor moet subsidie worden verleent door gemeenten aan organisaties die inzetten op netwerkvergroting (bijv. subsidiebeleid van gemeenten voor clubs en verenigingen wordt aangewend).
- b. Rol van werkgevers (bedrijfsleven).
- Veel mensen ontlenen een netwerk aan het werk. Dit valt vaak weg wanneer iemand stopt met werken. Werkgevers kunnen het met flexibel pensioen mogelijk maken om banen met oudere werknemers mee te laten ontwikkelen. Werkgevers voeren met ouderen het gesprek over wat zij nog kunnen en willen betekenen. Door digitalisering kunnen mensen mogelijk ook bepaalde functies langer blijven uitoefenen.
  - > Wet – en regelgeving moet meer ingericht worden op langer betaald door te kunnen werken, indien nodig / wenselijk onder andere omstandigheden (flexibel, minder uren, werkbelasting)
- c. Wonen:
- Gemeente zorgen voor een geschikte openbare ruimte voor ouderen die gericht zijn op ontmoetingen, ook voor mensen die minder mobiel zijn.
  - Meer mogelijkheden voor geclusterde woningen, zoals hofjes
  - > Wet – en regelgeving moet meer ingericht worden op het collectieve karakter i.p.v. individueel, waardoor het mogelijk wordt om financiën voor geclusterde woningen rond te krijgen.
- d. Netwerkgericht werken
- Aandacht voor zingeving is onderdeel van zorg en ondersteuning aan ouderen.
  - Stimuleren van beleid gericht op een actieve leefstijl door leefstijlinterventies.
  - Netwerkgericht werken: Het actief bij elkaar brengen van mensen (met eenzelfde zorgvraag).

### Effecten op

- **Betaalbaarheid:** Het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd.

### Overwegingen

Voorkomen moet worden dat dit geïnstitutionaliseerd wordt. Waar mogelijk, zeker bij vitale ouderen moeten mensen vanuit verschillende hoeken bewust worden gemaakt wat het belang is van een netwerk en het inzetten van talenten voor anderen. Voor een bepaalde doelgroep is dit vanzelfsprekend, maar er is ook een grote groep onbenut potentieel. Hiervoor zal vanuit de gemeenten op moeten worden ingezet, door subsidies te verstrekken aan organiseren om dit te stimuleren. Ook voor hulpbehoevende ouderen is een netwerk van belang, al dan niet in combinatie met een maatwerkvoorziening.





## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Kwaliteitskader verpleeghuizen verbeteren

### Achtergrond

In 2017 is het kwaliteitskader verpleeghuiszorg vastgesteld. In dit kwaliteitskader is aangegeven waaraan goede verpleeghuiszorg moet voldoen op acht thema's, te weten: persoonsgerichte zorg, wonen & welzijn, veiligheid, leren en verbeteren, leiderschap, personeelssamenstelling, gebruik van informatie, gebruik van hulpmiddelen. De basisfilosofie in het kwaliteitskader is dat alle locaties die verpleegzorg leveren een cyclus van leren en verbeteren vormgeven. In de periode vanaf 2017 is met Thuis in het Verpleeghuis een beleidsprogramma gestart zodat alle zorgaanbieders het kwaliteitskader zouden realiseren. Uit voorgangsinformatie blijkt dat veel zorgaanbieders belangrijke stappen hebben gezet om het kwaliteitskader te realiseren.

Nu door vele zorgaanbieders belangrijke stappen zijn gezet om het kwaliteitskader uit 2017 te realiseren is het van belang om het kwaliteitskader door te ontwikkelen. Onderdeel daarvan is het zetten van de stap van inputnormen naar resultaatnormen. Hiermee wordt het kwaliteitskader ook toekomstbestendig vormgegeven, gelet op de krapte op de arbeidsmarkt en gaat het (in de toekomst) geen belemmering vormen voor de noodzakelijke uitbreiding van verpleeghuiscapaciteit.

### Doel

De kwaliteitskaders in de zorg door te ontwikkelen door de overstap te maken van inputnormen naar resultaatnormen. Met resultaatnormen gaat het over ervaren kwaliteit van leven in combinatie met veiligheid. De gedane investeringen om het kwaliteitskader te realiseren blijft onverminderd noodzakelijk.

### Bijdrage aan de reis van de oudere

Als mensen uiteindelijk zijn aangewezen verpleegzorg en het wonen in een verpleeghuis gaat het thuis niet meer. Zij verliezen de grip op hun leven, vaak is hun partner weggefallen. Juist dan is kwaliteit van leven van groot belang. Juist in die laatste fase is het zaak dat de zorgverleners de oudere kennen en weten wat voor hem of haar waardevol is. Dat gaat verder dan alleen uren zorg.

### Tijdshorizon

Doelstelling is om deze overstap in 2021 voor te bereiden en in 2022 daadwerkelijk te maken.

### Ingrijpendheid

Kwaliteit van leven van kwetsbare mensen gaat niet alleen over medische zorg maar ook over tijd en aandacht, zodat zij zich gehoord en gekend voelen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om advanced care planning, betrokkenheid van de familie, mantelzorgers, enz. De huidige sturing op input en volume was passend als impuls om de gewenste inhaalslag te maken. Nu is het tijd voor een volgende stap naar resultaatnormen met meer ruimte voor aanbieders om dit samen met cliënten, verwanten en personeel vorm te geven. Deze omslag is behoorlijk om omdat de gemakkelijk telbare factoren zoals fte dan plaats moeten maken voor meer kwalitatieve definitie van kwaliteit. Dit betekent in de uitvoering een behoorlijke omslag, onder meer voor, inkoop, betaling, verantwoording. Immers, als kwaliteit wordt gedefinieerd in resultaat termen moet ook de inkoop, betaling en verantwoording daarover gaan.

### Realisatie

De kwaliteitskaders worden gemaakt door het veld. VWS zal aan het veld vragen dit ter hand te nemen. Tegelijkertijd zal VWS aan het Zorginstituut Nederland vragen dit op zijn werkagenda te plaatsen (dat wil zeggen, dat als het veld het niet doet, zal het Zorginstituut Nederland doorzettingsmacht inzetten).

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** door zorgaanbieders de ruimte te geven in de wijze waarop ze de resultaatindicatoren realiseren wordt ruimte gecreëerd voor een andere inzet van schaars personeel waardoor meer capaciteit kan worden gerealiseerd.
- **Kwaliteit:** betreft de overstap van tijd naar aandacht.
- **Betaalbaarheid:** in beginsel niet, maar denkbaar is dat met het wegvallen van inputnormen, meer doelmatigheid te realiseren is.
- **Bemensbaarheid:** in beginsel niet, maar denkbaar is dat er een nieuwe en meer innovatieve personeelsmix (samen met familie, vrijwilligers, enz) kan ontstaan.

### Overwegingen

De zoektocht naar een nieuwe definitie van kwaliteit en de juiste balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vergt een intensieve maatschappelijke dialoog door betrokkenen. Dit om te voorkomen dat afstappen van een harde personeelsnorm kan worden ervaren als een verschraling van zorg.

> [Terug naar menu](#) | **Wie zorgt er voor mij?** - Informele zorg



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### > Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Vereenvoudig de hulpmiddelenzorg

### Achtergrond

Vanuit verschillende wetten is het momenteel mogelijk om hulpmiddelen te ontvangen. Internationaal gezien is Nederland met die complex georganiseerde hulpmiddelenzorg een buitenbeentje. Ouderen die thuis wonen, ontvangen hun hulpmiddelen uit de Zvw en de Wmo. Circa 70 procent van de personen met beperkingen (waaronder veel ouderen) ontvangt hulpmiddelen uit beide domeinen. Dit leidt tot problemen bij de cliënt (o.a. doordat onduidelijk is welk hulpmiddel onder welke regeling valt en doordat hulpmiddelen vanuit beide regelingen niet goed op elkaar aansluiten), problemen bij de uitvoering (o.a. door afhankelijkheden tussen gemeente en zorgverzekeraar) en een minder efficiënt stelsel (o.a. door hoge uitvoeringskosten en een zwakke onderhandelingspositie van inkopers).

Ouderen die in een Wlz-instelling wonen, krijgen hun hulpmiddelen soms uit de Wlz, soms uit de Zvw. In de Zvw bepaalt de zorgverzekeraar welk hulpmiddel wordt vergoed en door wie dat mag worden voorgeschreven. Afhankelijk van het soort hulpmiddel kan dat in de praktijk de medisch specialist, de huisarts, de verpleegkundige, de revalidatiearts of de leverancier (bijvoorbeeld een audicien of medische speciaalzaak) zijn. Alle hulpmiddelen in eigendom vallen onder het eigen risico; er geldt geen vergoedingslimiet, behalve voor pruiken. Alleen voor schoenen en hoortoestellen geldt een eigen bijdrage.

### Doel

Het vereenvoudigen van de hulpmiddelenzorg, naar één regeling en dus één loket. Voor de ouderen thuis is dit loket de Zvw, voor de ouderen in een Wlz-instelling is dit loket de Wlz.

### Tijdshorizon

Gezien de voorbereidingen die reeds in gang zijn gezet, is invoering per 1 januari 2024 haalbaar.

### Ingrijpendheid

Met deze vereenvoudiging worden verantwoordelijkheden voor hulpmiddelen overgeheveld vanuit de Wmo naar de Zvw (voor de ouderen die thuis wonen) en vanuit de Zvw naar de Wlz (voor de ouderen in een Wlz-instelling). Voor ouderen thuis betekent dit bijvoorbeeld dat zij hun mobiliteitshulpmiddel (zoals een rolstoel) en hulpmiddelen bij het wonen en de zorgverlening (zoals een tillift) voortaan vanuit de Zvw krijgen. Er wordt rekening gehouden met een invoeringstraject van circa 2 tot 3 jaar, waarbij onder meer de wet- en regelgeving worden gewijzigd, budgetten en verantwoordelijkheden worden overgeheveld en de uitvoeringspraktijk van zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorginstellingen aan de nieuwe situatie wordt aangepast. Dit hoeft voor hulpbehoevenden geen verschraving te betekenen.

### Aannames

De voorgestelde uitbreiding van Zvw past bij uitgangspunten van het verzekerde pakket (ook gelet op Europese juridische kaders, zoals de Solvency II richtlijn). Dit wordt juridisch getoetst. Vanuit de Zvw blijft het mogelijk om ouderen maatwerk te bieden dat past bij hun zelfredzaamheid en participatie, zoals nu op basis van de Wmo 2015. Ook dit wordt juridisch getoetst.

### Realisatie

Momenteel wordt een verkenning uitgevoerd, die moet leiden tot een meer uitgewerkte en op draagvlak bij stakeholders getoetste keuze van bovengenoemde vereenvoudigingen. De resultaten van deze verkenning zijn in het voorjaar van 2021 beschikbaar en dienen als basis voor het te nemen kabinetsbesluit.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Het uitgangspunt van de hulpmiddelenzorg blijft het functioneringsgericht indiceren. De cliënt krijgt het hulpmiddel dat het beste past bij de functieproblemen of therapiebehoeften van de cliënt. Het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie valt hier ook onder. De bedoeling is de hulpmiddelenzorg vanuit de Wlz en de Zvw nog meer op landelijke kwaliteitsstandaarden te baseren. In het algemeen krijgen cliënten sneller een hulpmiddel op basis van de Zvw dan op basis van de Wmo. Dit komt onder meer doordat de gemeente een onafhankelijk medisch advies moet aanvragen om te kunnen beoordelen of iemand in aanmerking komt voor een hulpmiddel op medische gronden.
- **Toegankelijkheid:** Het uitgangspunt van de hulpmiddelenzorg in de Wlz en de Zvw blijft dat de cliënt recht heeft op een hulpmiddel dat bewezen effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk. Daarmee blijft de toegankelijkheid gewaarborgd. De vereenvoudiging van de hulpmiddelenzorg aan ouderen maakt deze vooral overzichtelijker.
- **Betaalbaarheid:** Vanwege het groeiend aantal ouderen met zwaardere indicaties en het steeds grotere tekort aan zorgpersoneel, zal de afhankelijkheid van hulpmiddelen en medische technologie toenemen. Met het uitgangspunt 'eenvoudig (goedkoop) waar het kan, complex (duurder) waar nodig' wordt in Zvw en Wlz de doelmatigheid van de hulpmiddelenzorg gewaarborgd. De beleidsinzet is de beschikbaarheid van hulpmiddelen nog meer te baseren op de bewezen effectiviteit en doelmatigheid van het hulpmiddel. Deze maatregel leidt tot een verschuiving van financiële middelen vanuit de Wmo naar de Zvw. Het basispakket (of het aanvullend pakket) wordt uitgebreid met deze hulpmiddelen.
- **Bemikbaarheid:** De vereenvoudiging van de hulpmiddelenzorg thuis leidt tot een meer efficiënte uitvoeringsorganisatie, waardoor minder mensen nodig zijn voor de (medische) beoordeling.

### Overwegingen

Hulpmiddelen zijn belangrijk om ouderen langer zelfstandig thuis te laten wonen en de zorg zo dicht mogelijk rond huis te organiseren. Hulpmiddelen kunnen de afhankelijkheid van zorgverleners verminderen. Het blijft belangrijk om de ontwikkeling van hulpmiddelen die hieraan bijdragen te stimuleren.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Verhoog de organisatiegraad van de eerstelijns gezondheidszorg

### Achtergrond

In de eerstelijnszorg is sprake van een grote diversiteit in schaalgrootte en organisatievormen van zorgaanbieders. Huisartsen organiseren zich in (groeps) praktijken, gezondheidscentra, zorggroepen en huisartsenposten. Paramedici, mondzorgprofessionals, apothekers en psychologen kennen vooral de vorm van een (groeps)praktijk of maatschap, soms met meerdere locaties. Wijkverpleegkundigen werken als ZZP'er, in buurtzorgteams of teams die gelieerd zijn aan grote zorgorganisaties. Specialisten ouderengeneeskunde zijn relatief nieuw in de Zvw en onderzoeken werkbare organisatievormen in de eerste lijn naast het extramuraal werken vanuit een verpleeghuis. Ouderen die steeds kwetsbaarder worden, zijn gebaat bij samenhangende netwerkzorg. Over de inhoud en samenwerking moeten beroepsgroepen in de eerstelijnszorg onderlinge afspraken maken en samenwerken met partijen in het sociaal domein, met ziekenhuizen, met de gespecialiseerde ggz en met organisaties die tijdelijk verblijf aanbieden. Het organiseren van deze afspraken is eenvoudiger wanneer er duidelijke aanspreekpunten per beroepsgroep zijn. Ook aan de kant van de praktijkvoering worden de eisen aan zorgaanbieders hoger. Het vraagt veel om eisen en nieuwe ontwikkelingen rond kwaliteitskaders, registratie, gegevensuitwisseling, (digitale) innovatie, vakinhoudelijke ontwikkelingen, beleid en bekostiging te overzien en te implementeren in de eigen werkpraktijk. Zorgaanbieders met goede samenwerkingsafspraken, die ook zijn doorvertaald naar praktische ondersteuning rond bijvoorbeeld gegevensuitwisseling, weten elkaar rond een casus sneller te vinden en zijn gezamenlijk beter in staat zijn om de samenhangende netwerkzorg te leveren die een kwetsbare oudere nodig heeft. Het verhogen van de organisatiegraad in de eerstelijnszorg is al onderdeel van bestuurlijke afspraken en krijgt aandacht in programma's voor verschillende beroepsgroepen. Dit blijft ook de komende jaren nodig.

### Doel

Verder versterken van de organisatiegraad van de verschillende beroepsgroepen in de eerstelijnszorg. Dit zal de organiseerbaarheid van beroeps- en domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden in de wijk en in de regio ten goede komen.

### Tijdshorizon

Meerdere jaren.

### Ingrijpendheid

Zorgverleners die als zelfstandige werken of die op beperkte schaal georganiseerd zijn, kunnen de inzet op verhoging van organisatiegraad als ingrijpend ervaren. Deze zal immers van invloed zijn op hun bedrijfsvoering en hun persoonlijke regie. Vanuit een breder perspectief op de zorg kan ook beredeneerd worden dat het voorstel niet ingrijpend is. De organisatievormen die nodig zijn, bestaan al.

### Aannames

Een hogere organisatiegraad leidt tot betere samenwerking. Hiervan bestaan goede praktijkvoorbeelden. Het is echter niet waarschijnlijk dat enkel het verhogen van de organisatiegraad leidt tot betere zorguitkomsten. Daarvoor zijn ook andere beleidsmaatregelen nodig. Het is niet nodig om bij voorbaat voor te schrijven hoe de organisatievormen van de toekomst er uitzien.

### Realisatie

Mogelijke acties bij deze beleidsopatie:

- (opnieuw) sectorale afspraken maken over versterking van de organisatiegraad;
- ondersteunen en stimuleren via landelijke programma's (subsidies en inhoudelijke ondersteuning);
- stimuleren/ondersteunen van een hogere organisatiegraad via de bekostiging van de zorg;
- stimuleren/ondersteunen van een hogere organisatiegraad via inkoopbeleid;
- stellen van eisen aan de organisatiegraad of beperken van ruimte voor geïsoleerd kleinschalig zorgaanbod in de wet- en regelgeving.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Verbeterde kwaliteit van zorg zou een secundair effect kunnen zijn van het werken met onderbouwde en samenhangende zorgprogramma's.
- **Toegankelijkheid:** Kan positief beïnvloed worden door verhoogde vindbaarheid van de juiste zorg. Mogelijk wordt beperking van keuzevrijheid door minder diversiteit in het aanbod juist als negatief ervaren.
- **Betaalbaarheid:** Het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Het verhogen van de organisatiegraad leidt tot sterke zorgnetwerken en daardoor tot minder verlies aan tijd door 'zoeken en leuren' in acute en complexe situaties. Deze winst is mogelijk niet kwantificeerbaar.

### Overwegingen

De uitwerking van deze beleids optie in concrete maatregelen in regelgeving en financiering kan leiden tot fundamentele discussies over de gewenste en effectieve mate van (gecontroleerde) marktwerking en keuzevrijheid voor patiënten.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Cliëntondersteuning / versterking vraagkant

### Achtergrond

Wanneer iemand ouder wordt, neemt diens ondersteuningsvraag toe, terwijl het vermogen om dingen zelf te regelen tegelijkertijd nogal eens afneemt. Daardoor kan juist bij het ouder cliëntondersteuning van groot belang zijn. De essentie daarbij is dat iemand de hulpvrager bijstaat met informatie, advies en voorlichting. Dit kan gaan over het verhelderen van een vraag, de weg vinden in het zorgstelsel of helpen bij het in contact treden met gemeenten, zorgkantoren, zorgaanbieders en andere instanties. Cliëntondersteuning kan eenmalig zijn, maar kan ook periodiek nodig zijn gedurende langere tijd. De ondersteuning heeft extra waarde wanneer er sprake is van grote kwetsbaarheid bij de cliënt, bijvoorbeeld vanwege een (licht) verstandelijke beperking, beperkte sociale vaardigheden of gebrek aan sociaal netwerk.

### Doel

Passende en toegankelijke cliëntondersteuning die bijdraagt aan versterking van zelfredzaamheid, participatie en toegang tot een zo integraal mogelijke hulpverlening en zorg.

### Tijdshorizon

Toename van het aantal ouderen leidt naar verwachting tot een groeiende behoefte aan cliëntondersteuning.

### Ingrijpendheid

Het domeinoverstijgend organiseren van cliëntondersteuning vraagt een stelsel- en wetwijziging en is daarom zeer ingrijpend. Minder, maar nog steeds ingrijpend is de implementatie van een kwaliteitskader, waarbij gemeenten beleidsvrijheid hebben in de invulling van cliëntondersteuning.

### Aanname

Er zijn extra maatregelen nodig om te komen tot passende en toegankelijke cliëntondersteuning.

### Realisatie

- Onderzoeken of het domeinoverstijgend organiseren van cliëntondersteuning wenselijk is en zo ja, op welke wijze dat het beste georganiseerd kan worden.
- Implementatie kwaliteitskader cliëntondersteuning ten behoeve van de inkoop door gemeenten en het toezicht hierop.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kwaliteit van de zorg neemt toe met passende en toegankelijke cliëntondersteuning.
- **Toegankelijkheid:** Een betere cliëntondersteuning draagt bij aan de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning.
- **Betaalbaarheid:** het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Het effect is onzeker en niet gekwantificeerd.

### Overwegingen

In de huidige kabinetsperiode is geïnvesteerd in bekend- en vindbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van cliëntondersteuning. Ook door gemeenten en zorgkantoren wordt hier hard aan gewerkt. Het valt te overwegen om deze impuls door te zetten, de effecten af te wachten en deze goed te monitoren alvorens andere meer ingrijpende maatregelen te treffen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Harmonisering administratieve voorwaarden over de stelsels

### Achtergrond

Gaande het ouder worden krijgen ouderen te maken met ouderdomskwalen en hebben te maken met ondersteuning en zorg uit meerdere stelsels. Voor ouderen, zorgverleners en soms ook zorgaanbieders is het lastig vinden om hun weg daarin te vinden. Deze complexiteit is al aanzienlijk binnen een stelsel, maar is nog aanzienlijk groter als het om ondersteuning en zorg gaat uit meerdere stelsels. Door afbakeningsissues komt het ook voor ouderen te veel of juist te weinig zorg krijgen. Om een vloeiende lijn tussen stelsels voor zowel de ouderen als hun zorgverleners te krijgen, is het helpend als er in administratie en andere voorwaarden sprake is van standaardisatie/harmonisatie. Dat wil zeggen: standaardisatie van de eisen met betrekking tot toegang tot ondersteuning en zorg, inkoopvoorwaarden en termijnen, verantwoordingseisen, betalingsmodaliteiten, kwaliteitseisen en informatieplichten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld ook om een set van definities van bijvoorbeeld: doelmatigheid, kwaliteit, enz. Voorbeelden: nu maken inkopende partijen elk definities bij de inkoop, bijvoorbeeld van doelmatigheid. Het gevolg is dat zorgaanbieders die met meerdere inkopende partijen te maken hebben, met deze meerdere definities worden geconfronteerd met alle administratieve lasten en frustratie van dien. Door te kiezen voor een definitie die door alle inkopende partijen (en dus alle zorgaanbieders) wordt gehanteerd nemen deze administratieve lasten belangrijk af. Een ander voorbeeld is toegang: door de toegangseisen per wet te harmoniseren, ontstaat voor de oudere een vloeiende lijn tussen de stelsels.

### Doel

Verminderen complexiteit in de uitvoering voor ouderen en voor zorgverleners.

### Bijdrage aan de reis van de oudere

Doordat de administratieve voorwaarden in de stelsels gelijk zijn, wordt de reis van de oudere van vitaal naar hulpbehoevend en uiteindelijk kwetsbaar meer vloeiend. Door de keten heen is sprake van een set van administratieve voorwaarden, waardoor de (1) de zorgvrager niet met administratieve issues wordt geconfronteerd, (2) minder administratie door de zorgaanbieders hoeft te worden gevoerd, (3) samenwerking in de keten makkelijker wordt.

### Tijdshorizon

Dit kan een stapsgewijs traject zijn, waarvoor enkele jaren uitgetrokken moet worden.

### Ingrijpendheid

Inkopende partijen kunnen zich geheel richten op de inhoud van de inkoop, omdat de administratieve kant van hun werk geen tijd meer vergt. Door standaardisatie is het mogelijk om grotere transparantie te realiseren.

### Realisatie

Deze overstap zal moeten worden geborgd in wet- en regelgeving. Voor de transitie is gedegen analyse, duidelijke besluitvorming en voldoende tijd nodig. Dit zal waarschijnlijk behoorlijke invoeringskosten met zich mee brengen.

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** Vergroot de toegankelijkheid, omdat de huidige complexiteit in het stelsel belangrijk afneemt.
- **Kwaliteit:** Er ontstaat standaardisatie in het meten van kwaliteit, waardoor de transparantie toeneemt.
- **Betaalbaarheid:** Er zijn minder indirecte fte nodig in de administratieve sector van de zorg, waardoor de kosten kunnen dalen. Ook het aantal uren formulieren invullen door zorgverleners zal dalen.

### Overwegingen

Dit is een betrekkelijk complex traject om te realiseren. Bovendien zullen latere aanpassingen in de administratieve vereisten niet snel meer mogelijk zijn.

> [Terug naar menu](#) | [Wie zorgt er voor mij? - Informele zorg](#)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

### BELEIDSOPTIES

#### Stelsel

#### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Maak medisch-generalistische zorg gelijkkelijk toegankelijk voor alle kwetsbare ouderen vanuit de Zvw

### Achtergrond

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen en instellingszorg is de afgelopen jaren kleinschaliger georganiseerd. De komende jaren zullen deze trends naar verwachting doorzetten. Beleid dat erop gericht is de toegangsgrens tot instellingszorg te verhogen of het aantrekkelijker te maken om thuis of in een woon-zorgcombinatie te wonen, kan deze trends versterken.

Om een aantal redenen wordt het steeds lastiger om al deze zelfstandig en in kleine woon-zorgcombinaties wonende ouderen van 24/7 beschikbare medisch-generalistische zorg te voorzien door de schaarste aan artsen (huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde) en verpleegkundigen.

### Doel

Waarborgen van de toegankelijkheid van 24-uurs beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg voor kwetsbare ouderen. Dit kan door de randvoorwaarden te organiseren en deze zorg in één stelsel samen te brengen.

### Tijdshorizon

Een kabinetsperiode.

### Ingrijpendheid

Op dit moment ontvangt de helft van de Wlz-cliënten in een instelling een pakket inclusief behandeling (waaronder medisch-generalistische zorg) op grond van de Wlz. De andere helft van de cliënten ontvangt medisch-generalistische zorg op grond van de Zvw. Zorgaanbieders moeten deze zorg zelf organiseren, artsen in dienst nemen en contracten afsluiten met huisartsen (posten). Dit wordt steeds moeilijker/duurder door de schaarste aan artsen. De inzet van aanbieders in de Wlz is erop gericht om medische beschikbaarheid 24/7 te regelen op instellingsniveau.

De voorgestelde beleids optie is erop gericht de verantwoordelijkheid voor de regie, inkoop en organisatie weg te halen bij aanbieders van Wlz-zorg en deze op regionaal niveau te organiseren. Daarmee wordt het individuele belang van de

instelling en van de professionals overstegen en wordt de schaarste goed verdeeld in de regio. Bovendien wordt dan de huidige tweedeling tussen plekken met en zonder behandeling (voor wat betreft medisch-generalistische zorg) opgeheven, evenals de daarmee samenhangende rechtsongelijkheid tussen Wlz-cliënten. De beleids optie impliceert dat de verantwoordelijkheid voor deze zorg voor alle ouderen (met en zonder Wlz indicatie) net als voor alle Nederlanders komt te liggen bij de zorgverzekeraars op grond van de Zvw. Zorgverzekeraars komen daarmee in de positie de schaarste goed te verdelen en ook de spoedzorg voor alle inwoners regionaal te organiseren.

De beleids optie vergt een ingrijpende, doch haalbare stelselwijziging die wetgeving, implementatie en transitie vraagt. Alleen een stelselwijziging is niet voldoende. Artsen moeten worden gefaciliteerd bij het bieden van deze zorg (financieel, gegevensuitwisseling, triage e.d.). Aanvullend zullen dus afspraken met de sector gemaakt moeten worden over de randvoorwaarden.

### Realisatie

Om de toegankelijkheid van medisch-generalistische zorg te waarborgen is een samenstel aan maatregelen nodig:

- Het sterk inzetten op verbeteren van medisch bewustzijn (naast welzijn/sociale aspecten) bij personeel in de ouderenzorg.
- Het realiseren van de randvoorwaarden voor het leveren van deze zorg, zoals gegevensuitwisseling, triage, de beschikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde en verbetering van de medische bedrijfsvoering rondom artsen (denk aan medisch secretariaat voor facilitering en medische ondersteuning, zoals verpleegkundige voorwacht). In de gehandicaptenzorg zijn hierover afspraken gemaakt in een convenant.
- Duidelijk positioneren van de rollen en verantwoordelijkheden van de professionals (SO's, huisartsen, verpleegkundigen) die bij deze zorg betrokken zijn. Hier ligt een rol voor de beroepsverenigingen.
- Duidelijk beleggen van de verantwoordelijkheid bij de zorgverzekeraars, om de schaarste aan SO's en huisartsen in de regio goed te verdelen door de medisch-generalistische zorg inclusief ANW-diensten voor alle ouderen (ook Wlz-cliënten) in te kopen op grond van de Zvw.

> [Terug naar menu](#) | [Wie zorgt er voor mij? - Informele zorg](#)





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

### • Effecten op

- **Kwaliteit:** De 24-uurs beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg is een randvoorwaarde voor kwaliteit en veiligheid: thuis en in de instelling.
- **Toegankelijkheid:** Zonder aanvullend beleid komt de 24-uurs beschikbaarheid van medisch-generalistische zorg verder onder druk te staan door het ontbreken van een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling, ontbreken van regie op de inzet van schaarse professionals en ontbrekende randvoorwaarden.
- **Betaalbaarheid:** Een heldere verantwoordelijkheids- en rolverdeling, alsmede een sturende rol van de zorgverzekeraar op de verdeling van de schaarste in de regio kan doelmatigheidswinst opleveren (Zie BMH fiche 22). De huidige prikkels zijn binnen Wlz gericht op het financieren van beschikbaarheid binnen behandeldiensten op instellingsniveau, niet op duurzame medische zorg in de regio.
- **Bemikbaarheid:** Schaarse professionals worden doelmatiger ingezet.

### Overwegingen

De NZa en het Zorginstituut adviseren dat de huidige hybride situatie met de functie behandeling (waaronder MGZ) niet kan blijven bestaan en dat een keuze moet worden gemaakt voor positionering onder Zvw of Wlz. Het Zorginstituut adviseert de behandeling voor alle Wlz-cliënten onder de Wlz te brengen met het oog op integraliteit van zorg en daarmee kwaliteit. Vanuit toegankelijkheid (verdeling van schaarste aan artsen in de regio) ligt onderbrengen bij de Zvw in de rede. Ook sluit dit beter aan bij de staande praktijk van huisartsen, de beweging om de SO meer in de eerste lijn beschikbaar te maken en de maatschappelijke trend van kleinschaligheid/langer thuis wonen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### > Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Kennisontwikkeling en verspreiding

### Achtergrond

Ouderen die zijn aangewezen op ondersteuning of zorg hebben tijd en aandacht nodig van hulp- en zorgverleners die beschikken over de kennis, vaardigheden en ervaring om hun problemen (sociaal, medisch of anderszins) te herkennen en die weten wat zij moeten doen om hen te helpen. Vakbekwaamheid, met inzet van de juiste kennis, helpt ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te blijven en werkt preventief voor de inzet van zwaardere zorg.

De gemiddelde zorgbehoefte van cliënten in de Wlz neemt toe. Denk aan de combinatie van aandoeningen waarmee ouderen steeds meer te kampen hebben, zodat zij uiteindelijk naar een verpleeghuis moeten verhuizen. Om aan die zorgbehoefte tegemoet te kunnen komen, moeten zorgverleners specifieke daarop aansluitende kennis toepassen en waar nodig ontwikkelen. Ook zijn er steeds meer cliënten met een zorgbehoefte die vraagt om kennis uit verschillende sectoren, bijvoorbeeld revalidatiegeneeskunde en GGZ. Bovendien is er meer zicht nodig welke zorg zinnig is en welke interventies effectief zijn.

### Doel

Verder ontwikkelen en toepassen van de kennis die ouderen helpt zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk blijven. Daarnaast moet er meer zicht komen op welke zorg effectief en zinnig is.

### Ingrijpendheid

Dit beleid is niet ingrijpend, integendeel: zorgverleners die beter weten wat zij voor ouderen kunnen doen en welke zorg effectief is, zullen meer voldoening uit hun werk halen.

### Realisatie

Om betere kennis beschikbaar te maken, is in de afgelopen periode de versterking van de kennisinfrastructuur in de Wlz gestart. Het is wenselijk daarop voort te bouwen door:

- kennisvragen van hulpverleners en zorgaanbieders breed te inventariseren en te beantwoorden met de bestaande kennis;
- onderzoek te doen naar kennisvragen die nog niet te beantwoorden zijn;
- de (nieuwe) kennis systematisch aan te bieden aan hulp- en zorgverleners, onder andere via beroepsgroepen, (bij)scholingsorganisaties, interne opleidingsfaciliteiten van zorgaanbieders, lerende netwerken van zorgaanbieders. Belangrijk is dat de beroepsgroepen de kennis vertalen naar richtlijnen voor goede zorg;
- bestaande praktijken en interventies te evalueren, om effectiviteit en doelmatigheid ervan in beeld te brengen;
- extra middelen ter beschikking te stellen om het noodzakelijke onderzoek te doen en de resultaten ervan te verspreiden;
- in de bekostiging van ondersteuning en zorg een faciliteit in te bouwen voor kennisontwikkeling en –toepassing, zodat aanbieders ruimte krijgen om daarvoor middelen uit te trekken.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Kennis vergroot de effectiviteit en kwaliteit van het handelen van hulp- en zorgverleners.
- **Toegankelijkheid:** Kennis verhoogt de doelmatigheid van zorg en ondersteuning, zodat met hetzelfde aantal zorgverleners meer ouderen geholpen kunnen worden.
- **Betaalbaarheid:** Het effect op zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Deze maatregel heeft geen direct effect op de bemensbaarheid.



## Geestelijke verzorging en palliatieve zorg (thuis en intramuraal)

### Achtergrond

Als een oudere niet meer kan genezen of kwetsbaar is door ouderdom, wordt de laatste fase van het leven draaglijk gemaakt met palliatieve zorg. Deze vorm van zorg is in Nederland het laatste decennium veel beter geworden, en er wordt met veldpartijen verder gewerkt aan continue verbetering. Voor palliatieve zorg is jaarlijks rond de 40 miljoen euro beschikbaar. Het grootste deel hiervan gaat naar onderzoek, met name via ZonMw, en naar instellingssubsidies, voor o.a. PZNL, IKNL, Fibula, Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg, VPTZ en Agora.

Wanneer ouderen er behoefte aan hebben om bij zin en betekenis van hun leven stil te staan – bijvoorbeeld bij ziekte, rouw of lichamelijke achteruitgang – kunnen zij in principe steun krijgen van een geestelijk verzorger. Intramurale geestelijke verzorging (gv) is reeds jaren praktijk en sinds 1996 verankerd in de Wkkgz. Geestelijke verzorging wordt bekostigd door zorgaanbieders als onderdeel van de concernlasten en is sinds 2019 ook thuis mogelijk dankzij een afspraak in het Regeerakkoord. Om snel te kunnen starten met de geestelijke zorg aan huis is de bestaande subsidieregeling voor palliatieve terminale zorg tijdelijk opgehoogd met een budget van 5 miljoen jaarlijks voor geestelijke verzorging thuis, plus extra budget tijdens deze kabinetsperiode voor een landelijke ondersteuningsstructuur en onderzoek. Vanaf 2022 zal de betaling via een overheidsopdracht verlopen. Het voornemen is de bekostiging van geestelijke verzorging thuis de komende jaren wettelijk te verankeren.

### Doel

Met palliatieve zorg de kwaliteit van leven en sterven verder verbeteren, en met geestelijke verzorging zielzorg bieden, ongeacht leeftijd en locatie.

### Tijdshorizon

De verdere verbetering van de palliatieve zorg vraagt om een voortzetting van het lopende beleid. De structurele bekostiging van de geestelijke verzorging thuis vergt wettelijke verankering.

### Ingrijpendheid

Dit beleid is niet ingrijpend.

### Aannames

We gaan er vanuit dat er onverminderd draagvlak zal zijn voor zowel verbetering van de palliatieve zorg als de geestelijke verzorging thuis.

### Realisatie

Zowel de verdere verbetering van de palliatieve zorg als de structurele bekostiging van de geestelijke verzorging thuis zijn zonder grote problemen te realiseren.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Verbetering van palliatieve zorg en structurele bekostiging van geestelijke verzorging thuis leiden beide tot een hogere kwaliteit van leven en sterven van ouderen.
- **Toegankelijkheid:** Structurele bekostiging van geestelijke verzorging zal de toegankelijkheid ervan verhogen.
- **Betaalbaarheid:** De effecten van verbetering van palliatieve zorg op de kosten van de zorg zijn niet duidelijk. Structurele bekostiging van geestelijke verzorging zal kunnen leiden tot een kostenverhoging (+PM).



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Verkennen populatiebekostiging voor de doelgroep ouderen

### Achtergrond

Populatiebekostiging wordt vaak genoemd als een mogelijke beleids optie om de bekostiging van zorg meer te richten op het bevorderen van gezondheid en preventie in plaats van ziekte en prestaties.

#### Wat is populatiebekostiging?

Er zijn veel varianten van populatiebekostiging mogelijk, maar hoofdzakelijk komt het hier op neer; dat zorgaanbieders worden bekostigd op basis van kenmerken van een populatie. Dit kan een geografische populatie zijn, zoals een wijk of een regio of een specifieke patiëntenpopulatie, zoals diabetespatiënten of ouderen, ongeacht de hoeveelheid zorg die zij daadwerkelijk afnemen. Zorgaanbieders krijgen dan niet meer een vergoeding voor gemaakte kosten per individuele patiënt of per handeling, maar ontvangen in plaats daarvan een (gewogen) bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. De vergoeding is dan niet voor één instelling, maar een bedrag voor een populatie. Terwijl de inkomsten staan vaststaan (voor langere tijd), betekent dit een prikkel om manieren te benutten om op de kosten te besparen. Mits goed vormgegeven kan een dergelijk contract Dit kanzorgaanbieders een sterke prikkel geven om:

- de zorg meer doelmatig te verlenen en te organiseren;
- samen te werken met andere zorgaanbieders en andere domeinen;
- door middel van preventie en/of een andere manier van het verlenen van zorg te voorkomen dat mensen zwaardere zorg nodig hebben of afhankelijk worden van zorg.

Tegelijkertijd kan deze vorm van bekostiging leiden tot onderbehandeling en afwenteling tussen zorgaanbieders onderling (afhankelijk van de afbakening). Om dit tegen te gaan moeten zorginkopers en zorgaanbieders beschikken over goede inzichten in de gezondheid van hun populatie en de kwaliteit en de

uitkomsten van de zorg en daar duidelijke afspraken over maken met zorgaanbieders. Dit inzicht in uitkomsten is nog beperkt voorhanden. Ook voorkomt deze vorm van bekostigen opvuleffecten, aangezien de vergoeding van de zorgaanbieder direct is gelieerd aan het behaalde resultaat.<sup>1</sup> Daarbij kunnen afspraken worden gemaakt over de gezamenlijk bepaalde besparingen ('shared savings').

Populatiebekostiging zou dus een mogelijke kansrijke strategie zijn om de groei van de zorguitgaven te remmen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het is echter nooit een doel op zich, maar altijd een middel. En populatiebekostiging komt er niet vanzelf. Het is namelijk een complexe uitdaging om alle parameters zó te zetten het gewenste effect bereikt kan worden; de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg te verbeteren, de groei in (zorg) uitgaven te beperken. (de triple aim-gedachte). Daarom is het de vraag in hoeverre populatiebekostiging structureel mogelijk gemaakt kan worden binnen het Nederlandse zorgstelsel. Desalniettemin zijn er in Nederland verschillende trajecten die reeds zijn afgerond of nog bezig zijn. Zo startte VWS in 2013 in negen regio's een proeftuin (binnen de eerste lijn) die als doel hadden om regionaal de samenwerking aan te gaan om de zorg te verbeteren. Door deze proeftuinen is er veel geleerd over populatiemanagement en populatiebekostiging.<sup>2</sup> Ook lopen er momenteel verschillende initiatieven gericht op populatiemanagement, zoals in de kavelaanpak van partijen in de Achterhoek. De huidige initiatieven kunnen een basis vormen om voor de doelgroep ouderen impactvolle trajecten te starten

Kwetsbare ouderen zijn als doelgroep interessant omdat er zij als doelgroep een grote zorgvraag kennen waardoor er een gedeeld belang is om positieve resultaten te boeken. Verschillende internationale onderzoeken naar populatiebekostiging laten namelijk een positief beeld zien. Specifiek voor de doelgroep ouderen is het onderzoek naar de in Portland, Oregon gehouden experimenten populatiebekostiging voor Medicare-gerechtigden interessant. De evaluatie van het programma toonde aan het zorggebruik in de eerste lijn toenam door populatiebekostiging (over de hele keten), vergeleken met zorgaanbieders in het traditionele betaalmiddel. Eveneens leidde populatiebekostiging tot minder SEH-bezoeken en zieken-

<sup>1</sup> Discussienota 'Zorg voor de toekomst'

<sup>2</sup> Bron: RIVM: Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg | RIVM



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

huisopnames. Netto bespaarde dit ongeveer 2 mln dollar per 1000 verzekerden. De mortaliteit was eveneens lager dan in de controlegroep.<sup>3</sup> Het is echter wel de vraag of bovenstaand voorbeeld een voorspellende waarde heeft over het mogelijke effect in Nederland, gezien de grote verschillen met het zorgstelsel in de VS.

Dit fiche pleit voor het op korte termijn nader verkennen van het invoeren van populatiebeposting, door te starten van grootschalige fieldlabs gericht op de doelgroep (kwetsbare) ouderen.

### Doel

Het nader verkennen van het invoeren van populatiebeposting rond de zorg voor ouderen.

Op korte termijn beginnen met het opzetten en monitoren van (grootschalige) fieldlabs/experimenten met populatiebeposting om te verkennen of de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor ouderen verbeterd kan worden. Dit kan binnen domeinen, over sectoren heen, en ook domeinoverstijgend (Zvw, Wmo, Wlz). Uitgaande van de behoefte van ouderen en daar het aanbod op afstemmen.

### Relatie reis oudere

Populatiebeposting kan bijdragen aan de samenwerking over domeinen heen en impactvol zijn voor zowel vitale als kwetsbare ouderen.

### Tijdshorizon

Door de complexiteit van het onderwerp is het belangrijk dat de fieldlabs grondig wordenvoorbereid; er draagvlak is onder stakeholders; er overeenstemming is over uitgangspunten; technische en academische kennis aan boord is.

De voorbereiding duurt minimaal een jaar, daarna zal het traject naar verwachting minimaal vijf jaar de kans gegeven moeten worden om successen te laten zien.

Belangrijk in de voorbereiding is het in gesprek gaan met regio's; waarbij mogelijk opstartsubsidie verleent kan worden voor projectorganisatie en afspraken gemaakt worden over investeringen in preventief aanbod. Het RIVM en de NZA en het Zorginstituut kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van de nulmeting en het formuleren van de indicatoren. Ook moet worden nagegaan of

experimenteerartikelen in de betrokken stelselwetten al voldoende ruimte bieden voor het experiment.

### Ingrijpendheid

De beoogde impact binnen de fieldlabs is groot; namelijk het verkennen van andere vorm van financiering van zorg en/of ondersteuning.

### Aannames

Op basis van de ervaring van de bestuurders, beleidsmakers en zorgprofessionals van de proeftuinen zijn er acht leidende principes geformuleerd om vanuit een regionaal netwerk toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem:

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem;
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen;
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen
4. Zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus;
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen;
6. Waarborg een verbetercyclus door data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen;
7. Creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie;
8. Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/of te versnellen.

### Realisatie

Op een aantal plekken in Nederland wordt al geëxperimenteerd met populatiebeposting.

Het kavelmodel is een voorbeeld van (door)ontwikkeling van regionale samenwerking waarbij gezondheid voorop staat. In het kavel model werken systeemspelers (zorgverzekeraars, gemeente en zorgorganisaties) in een afgebakend gebied (een kavel) domein overstijgend samen om gezondheid van bewoners te verbeteren of te behouden. Hierbij betrekken zij de inwoners actief zodat er voldoende draagvlak en betrokkenheid is. Er worden passende contractafspraken

<sup>3</sup> CMS Hierarchical Condition Categories (CMS-HCC) payment model<sup>3</sup> binnen de USA van Mandal et al (2017).



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

gemaakt die nodig zijn om tot een goede organisatie te komen. Daarnaast wordt per kavel in beeld gebracht wat wel en niet werkt op gebied van gezondheidsinterventies. Niet alleen ziekte wordt gemeten, maar ook de beleefde gezondheid over de hele levensloop. Hierdoor ontstaat er ook een overzicht in welke mogelijkheden burgers hebben en welke keuzes ze maken om gezond te worden en blijven, zowel binnen de zorg als het sociaal domein.

Bovenstaand voorbeeld en andere lopende experimenten zullen als voorbeeld dienen voor het ontwerpen van de fieldlabs populatiebesteding ouderen.

Met betrokken partijen zal verkend worden hoe de experimenten eruit zullen zien.

### Effecten op

Gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

### Overwegingen

In Zorg voor de Toekomst worden verschillende beleidsopties genoemd om bekostigen meer te richten op het bevorderen van gezondheid. Populatiebesteding is slechts één de opties die wordt genoemd. Andere die worden genoemd zijn: innovatieve contractvormen, bekostiging op basis van cliëntprofielen, contractering op basis van shared savings, aanvullende middelen voor gemeenten en een preventiefonds. Mogelijkheden kunnen afzonderlijk van elkaar worden ingevoerd, kunnen elkaar aanvullen, maar ook uitsluiten.

### Gerelateerd

Alle ouderenzorg in een domein, zorg op maat, toegang preventie en welzijn, reablement, fonds preventieve zorg aan ouderen,



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Minder betaaltitels tijdelijk verblijf

### Achtergrond

Op dit moment bestaan er mogelijkheden voor tijdelijke opname van een oudere (buiten het ziekenhuis) op grond van drie wetten. Eerstelijnsverblijf (ELV) en geriatrische revalidatiezorg worden vergoed vanuit de Zvw. De Wmo kent geplande respijtzorg en Wmo-spoed. Voor thuiswonende ouderen met een Wlz-indicatie wordt tijdelijk verblijf gelabeld als een Wlz-crisis.

De situatie van kwetsbare ouderen thuis kenmerkt zich vaak door een fragiel evenwicht, waarin acute situaties (een gezondheidsprobleem, een val, een verandering in de omgeving) tot grote verstoringen kunnen leiden. Bij een opname naar aanleiding van een acute gebeurtenis is het niet altijd direct duidelijk of de aanleiding voor de opname vooral bij veranderingen in de situatie van de cliënt (indicaties voor Zvw en Wlz) of in die van de mantelzorger (indicatie voor Wmo) ligt. Daarnaast is het soms lastig om snel te voorspellen welk herstel haalbaar is en op welke termijn. Tot slot is Wmo-spoed niet overal voldoende ingekocht en administratief minder snel te regelen.

In de praktijk is het dus vaak ingewikkeld om bij een tijdelijke opname, direct vanuit huis of na (kort) verblijf in het ziekenhuis, goed in beeld te hebben welke opname-indicatie en bijbehorende bekostiging (het meest) van toepassing is en deze bekostiging ook te regelen. In de praktijk wordt bij twijfel vaak voor een ELV-indicatie gekozen.

### Doel

Bij acute situaties snel en flexibel de juiste zorg kunnen inzetten, leidt tot betere uitkomsten. Het doel van de vereenvoudiging van de bekostiging van tijdelijk verblijf is drieledig:

- verminderen van de complexiteit van de indicatiestelling en bekostiging van tijdelijk verblijf;
- verminderen van bureaucratie en administratieve last;
- vergroten van eenduidigheid in eigen bijdragen voor tijdelijk verblijf.

### Tijdshorizon

Realiseerbaar in de periode 2021–2023 door aanpassing van de wetgeving.

### Ingrijpendheid

De beleidsoptie is voor de zorgpraktijk beperkt ingrijpend; de inzet van Wmo-spoedindicaties is in de praktijk beperkt. Het schrappen van de indicatie uit de Wmo is voor gemeenten alleen ingrijpend als deze gepaard gaat met budgettaire consequenties. Het werk van de regionale coördinatiefuncties tijdelijk verblijf wordt door deze beleidsoptie vereenvoudigd. Hetzelfde geldt voor de bedrijfsvoering van aanbieders van tijdelijk verblijf.

### Aannames

Deze beleidsoptie is geschreven vanuit de aanname dat de toegang tot de Wlz ongewijzigd blijft en dat gewerkt blijft worden aan vermindering van de wachttijden. Als er gekozen wordt voor de beleidsoptie om de Wlz te beperken tot een intramuraal verblijf dan vervalt het Wlz-crisislabel.

### Realisatie

Noodzakelijke acties om deze beleidsoptie te realiseren zijn:

Om de bekostiging van tijdelijk verblijf te vereenvoudigen, is het onderbrengen in een wettelijk regime nodig. Daarvoor gelden de volgende acties:

- acuut tijdelijk verblijf volledig onderbrengen in de Zvw en de indicatie Wmo-spoed schrappen. Mocht tijdens het tijdelijk verblijf een Wlz-indicatie aangevraagd worden, dan wordt de situatie van dat moment beoordeeld. Er wordt geen Wlz-indicatie meer afgegeven met terugwerkende kracht;
- gepland tijdelijk verblijf als respijtzorg onder de Wmo handhaven;
- het label Wlz-crisis beperken tot personen met een vooraf bestaande Wlz-indicatie.
- beoordeling budgettaire effecten en eventueel aanpassen van de kaders van Wmo en Zvw.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Snel de juiste zorg kunnen inzetten leidt tot betere uitkomsten.
- **Toegankelijkheid:** Als er minder betaaltitels zijn voor tijdelijk verblijf, dan vergroot dat het zicht en de sturing op optimaal gebruik van de capaciteit.
- **Betaalbaarheid:** Er is geen macro-effect op de zorguitgaven. Wel treedt er een verschuiving op tussen de budgetten Wmo en Zvw. Ook is er een effect op de betaalbaarheid voor cliënten door het verschil in eigen betalingen.
- **Bemensbaarheid:** Het aantal bedden en de inhoud van de zorg veranderen niet. Wel vermindert de administratieve last; dit vergroot waarschijnlijk het gevoel van zinvolle inzet van tijd. Het lijkt niet waarschijnlijk dat de tijdswinst kwantificeerbaar is in arbeidsproductiviteit.

#### Overwegingen

Hoewel blijkt dat niet alle gemeenten Wmo-spoed hebben ingekocht en deze vorm van zorg (24/7) ook van een andere aard is dan de andere Wmo-zorg, is de VNG niet direct voorstander van aanpassing van de Wmo. Daarbij spelen niet alleen inhoudelijke argumenten een rol, maar ook vragen omtrent de budgettaire consequenties van het schrappen van Wmo-spoed als onderdeel van de Wmo. Uit een eerste check bij ActiZ en ZN blijkt dat zij de noodzaak van deze beleids optie niet zien.





## Meer aandacht voor preventie in curricula

### Achtergrond

Populatiebesteding wordt vaak genoemd als een mogelijke beleids optie om de besteding van zorg meer te richten op het bevorderen van gezondheid en preventie in plaats van ziekte en prestaties.

### Wat is populatiebesteding?

Er zijn veel varianten van populatiebesteding mogelijk, maar hoofdzakelijk komt het hier op neer; dat zorgaanbieders worden bekostigd op basis van kenmerken van een populatie (dit kan een geografische populatie zijn, zoals een wijk of een regio of een specifieke patiëntenpopulatie, zoals diabetespatiënten of ouderen, ongeacht de hoeveelheid zorg die zij daadwerkelijk afnemen. Zorgaanbieders krijgen dan niet meer een vergoeding voor gemaakte kosten per individuele patiënt, maar ontvangen in plaats daarvan een bedrag per persoon per periode voor een afgebakend zorgpakket. De vergoeding is dan niet voor één instelling, maar een bedrag voor een populatie. Dit kan zorgaanbieders een sterke prikkel geven om:

- de zorg meer doelmatig te organiseren,
- samen te werken met andere zorgaanbieders en andere domeinen
- door middel van preventie en/of een andere manier van het verlenen van zorg te voorkomen dat mensen zwaardere zorg nodig hebben of afhankelijk worden van zorg.

Tegelijkertijd kan deze vorm van besteding leiden tot onderbehandeling en afwenteling tussen zorgaanbieders onderling. Om dit tegen te gaan moeten zorginkopers en zorgaanbieders beschikken over goede inzichten in de gezondheid van hun populatie en de kwaliteit en de uitkomsten van de zorg en daar duidelijke afspraken over maken met zorgaanbieders. Ook voorkomt deze vorm van besteding opvul effecten, aangezien de vergoeding van de zorgaanbieder direct is gelieerd aan het behaalde resultaat.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Discussienota 'Zorg voor de toekomst'

<sup>2</sup> Bron: RIVM: Proeftuinen Toekomstbestendige Zorg | RIVM

<sup>3</sup> CMS Hierarchical Condition Categories (CMS-HCC) payment model" binnen de USA van Mandal et al (2017).

Populatiebesteding zou dus een mogelijke kansrijke strategie zijn om de groei van de zorguitgaven te remmen en de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het is echter nooit een doel op zich, maar altijd een middel. En populatiebesteding komt er niet vanzelf. Het is namelijk een complexe uitdaging om alle parameters zó te zetten het gewenste effect bereikt kan worden; de gezondheid van de bevolking en de kwaliteit van zorg te verbeteren, de groei in (zorg) uitgaven te beperken. (de triple aim-gedachte). Daarom is het de vraag in hoeverre populatiebesteding structureel mogelijk gemaakt kan worden binnen het Nederlandse zorgstelsel. Desalniettemin zijn er in Nederland verschillende trajecten die reeds zijn afgerond of nog bezig zijn. Zo startte VWS in 2013 in negen regio's een proeftuin (binnen de eerste lijn) die als doel hadden om regionaal de samenwerking aan te gaan om de zorg te verbeteren. Door deze proeftuinen is er veel geleerd over populatiemanagement en populatiebesteding.<sup>2</sup> Ook lopen er momenteel verschillende initiatieven gericht op populatiemanagement. De huidige initiatieven kunnen een basis vormen om voor de doelgroep ouderen impactvolle trajecten te starten

Kwetsbare ouderen zijn als doelgroep interessant omdat er zij als doelgroep een grote zorgvraag kennen waardoor er een gedeeld belang is om positieve resultaten te boeken. Verschillende internationale onderzoeken naar populatiebesteding laten namelijk een positief beeld zien. Specifiek voor de doelgroep ouderen is het onderzoek naar de in Portland, Oregon gehouden experimenten populatiebesteding voor Medicare-gerechtigden interessant. De evaluatie van het programma toonde aan het zorggebruik in de eerste lijn toenam door populatiebesteding (over de hele keten), vergeleken met zorgaanbieders in het traditionele betaalmiddel. Eveneens leidde populatiebesteding tot minder SEH-bezoeken en ziekenhuisopnames. Netto bespaarde dit ongeveer 2 mln dollar per 1000 verzekerden. De mortaliteit was eveneens lager dan in de controlegroep.<sup>3</sup> Het is echter wel de vraag of bovenstaand voorbeeld een voorspellende waarde heeft over het mogelijke effect in Nederland, gezien de grote verschillen met het zorgstelsel in de VS.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Dit fiche pleit voor het op korte termijn nader verkennen van het invoeren van populatiebeposting, door te starten van grootschalige fieldlabs gericht op de doelgroep (kwetsbare) ouderen.

#### Doel

Het nader verkennen van het invoeren van populatiebeposting rond de zorg voor ouderen.

Op korte termijn beginnen met het opzetten en monitoren van (grootschalige) fieldlabs/experimenten met populatiebeposting om te verkennen of de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg voor ouderen verbeterd kan worden. Dit kan binnen domeinen, over sectoren heen, en ook domeinoverstijgend (Zvw, Wmo, Wlz). Uitgaande van de behoefte van ouderen en daar het aanbod op afstemmen.

#### Relatie reis oudere

Populatiebeposting kan bijdragen aan de samenwerking over domeinen heen en impactvol zijn voor zowel vitale als kwetsbare ouderen.

#### Tijdshorizon

Door de complexiteit van het onderwerp is het belangrijk dat de fieldlabs grondig worden voorbereid; er draagvlak is onder stakeholders; er overeenstemming is over uitgangspunten; technische en academische kennis aan boord is. De voorbereiding duurt minimaal een jaar, daarna zal het traject naar verwachting minimaal vijf jaar de kans gegeven moeten worden om successen te laten zien.

Belangrijk in de voorbereiding is het in gesprek gaan met regio's; waarbij mogelijk opstartsubsidie verleent kan worden voor projectorganisatie en afspraken gemaakt worden over investeringen in preventief aanbod. Het RIVM en de NZA en het Zorginstituut kunnen ondersteunen bij het uitvoeren van de nulmeting en het formuleren van de indicatoren. Ook moet worden nagegaan of experimenteerartikelen in de betrokken stelselwetten al voldoende ruimte bieden voor het experiment.

#### Ingrijpendheid

De beoogde impact binnen de fieldlabs is groot; namelijk het verkennen van andere vorm van financiering van zorg en/of ondersteuning.

#### Aannames

Op basis van de ervaring van de bestuurders, beleidsmakers en zorgprofessionals van de proeftuinen zijn er acht leidende principes geformuleerd om vanuit een regionaal netwerk toe te werken naar een toekomstbestendig gezondheidssysteem:

1. Creëer en behoud draagvlak tussen organisaties om gezamenlijk te werken aan een toekomstbestendig gezondheidssysteem;
2. Leer elkaar begrijpen en creëer onderling vertrouwen;
3. Definieer randvoorwaarden voor gezamenlijke verantwoording om zo risico's en successen te delen
4. Zorg voor politiek draagvlak en beïnvloed de beleidscyclus;
5. Zorg ervoor dat de financiële prikkels in lijn zijn met de gezamenlijke doelen;
6. Waarborg een verbetercyclus door data- en kennisinfrastructuur op organisatie- en regioniveau te ontwikkelen;
7. Creëer inzicht in burgerperspectieven en maak ruimte voor burgerparticipatie;
8. Zet passende bestuurlijke representatie en leiderschap in om de beweging naar de gezamenlijke doelen te behouden en/of te versnellen.

#### Realisatie

Op een aantal plekken in Nederland wordt al geëxperimenteerd met populatiebeposting.

Het kavelmodel is een voorbeeld van (door)ontwikkeling van regionale samenwerking waarbij gezondheid voorop staat. In het kavel model werken systeemspelers (zorgverzekeraars, gemeente en zorgorganisaties) in een afgebakend gebied (een kavel) domein overstijgend samen om gezondheid van bewoners te verbeteren of te behouden. Hierbij betrekken zij de inwoners actief zodat er voldoende draagvlak en betrokkenheid is. Er worden passende contractafspraken gemaakt die nodig zijn om tot een goede organisatie te komen. Daarnaast wordt per kavel in beeld gebracht wat wel en niet werkt op gebied van gezondheidsinterventies. Niet alleen ziekte wordt gemeten, maar ook de beleefde gezondheid over de hele levensloop. Hierdoor ontstaat er ook een overzicht in welke mogelijkheden burgers hebben en welke keuzes ze maken om gezond te worden en blijven, zowel binnen de zorg als het sociaal domein.



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Bovenstaand voorbeeld en andere lopende experimenten zullen als voorbeeld dienen voor het ontwerpen van de fieldlabs populatiebekostiging ouderen.

Met betrokken partijen zal verkend worden hoe de experimenten eruit zullen zien.

### Effecten op

- Gezondheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

### Overwegingen

In Zorg voor de Toekomst worden verschillende beleidsopties genoemd om bekostigen meer te richten op het bevorderen van gezondheid.

Populatiebekostiging is slechts één de opties die wordt genoemd. Andere die worden genoemd zijn: innovatieve contractvormen, bekostiging op basis van cliëntprofielen, contractering op basis van shared savings, aanvullende middelen voor gemeenten en een preventiefonds. Mogelijkheden kunnen afzonderlijk van elkaar worden ingevoerd, kunnen elkaar aanvullen, maar ook uitsluiten.



## Aanpak meer ruimte voor de professional en meer werkplezier

OPM: De beleidsopties in de fiche zijn dezelfde als in de discussienota zorg voor de toekomst

### Achtergrond

Er is veel interesse om in de zorg te gaan werken. Dit geldt ook voor de ouderenzorg. Tegelijkertijd zijn de hoge uitstroom en ziekteverzuimcijfers duidelijke indicatoren dat zorgaanbieders dit potentieel beter kunnen benutten door de aantrekkelijkheid van het vak te vergroten en de werkomstandigheden te verbeteren. Redenen om het vak te verlaten hangen veelal samen met de omstandigheden waarin het vak wordt uitgeoefend, zoals de manier van werken of de aansturing. Verbeterpunten zijn onder meer het verminderen van de werkdruk, verminderen van administratieve lasten/regeldruk, beter roosteren en grotere arbeidscontracten. Tot slot ervaart een deel van de medewerkers gebrek aan uitdaging en moet hen meer doorgroeimogelijkheden en loopbaanperspectief worden geboden.

### Wat loopt nu?

Voldoende, tevreden en goed gekwalificeerden medewerkers zijn de basis voor het verlenen van goede zorg. De afgelopen jaren heeft het kabinet met het actieprogramma *Werken in de zorg* met een brede en regionale aanpak ingezet op het terugdringen van de tekorten langs de lijnen van 1) meer kiezen voor de zorg, 2) beter in de zorg en 3) anders werken in de zorg. Via het programma *(Ont)Regel de Zorg* zet het kabinet in op het verminderen van administratieve lasten. Voor het personeel in de verpleeghuiszorg loopt de aanpak *Thuis in het Verpleeghuis* met voldoende gekwalificeerd personeel als een van de doelstellingen. Ook de komende jaren zal een brede aanpak gericht op aantrekkelijk werken in de zorg worden voortgezet. Bij deze aanpak ligt de focus op het verminderen van de werkdruk, meer loopbaanperspectief voor medewerkers, meer tijd en ruimte, en zeggenschap voor zorgprofessionals. Een tijdelijke SER-commissie is gevraagd om een verkenning uit te voeren gericht op specifieke knelpunten én kansen die bij kunnen dragen aan instroom, behoud, werkplezier en waardering. De uitkomsten hiervan worden voor 1 april 2021 verwacht.

### Beleidsopties

1. **De (over) stap naar de zorg stimuleren.** De (over)stap naar de zorg stimuleren. Herintreders en zij-instromers vormen het gros van de jaarlijkse instroom in de zorg. Door de scholingsprogramma's voor herregistratie te evalueren en, waar nodig, te verbeteren, kunnen we het voor herintreders gemakkelijker maken om weer in de zorg te komen werken. Daarnaast is er veel potentie in de groep zij-instromers. Onlangs is de Nationale Zorgklas van start gegaan, dit is een volledig online modulaire leeromgeving waar grote groepen mensen zonder zorgachtergrond in korte tijd worden opgeleid voor ondersteunende en niet-complexe zorgtaken. De komende tijd zal dit initiatief verder worden doorontwikkeld, zodat het aanbod nog beter inspeelt op de actuele opleidingsbehoefte in de zorg. Daarnaast zal worden gestart met het evalueren van de erkenningsprocedures voor buitenlandse zorgverleners (derdelanders) om zo meer inzicht te krijgen in hoe deze procedures mogelijk kunnen worden versneld en versimpeld. Tot slot kan het aanbieden van combinatiefuncties, waarbij functies in de zorg bijvoorbeeld worden gecombineerd met een andere baan, het voor meer mensen aantrekkelijker maken om in de zorg te werken.
2. **Voldoende loopbaanmogelijkheden.** Dit draagt bij aan het behoud van personeel voor de zorg. Het gaat daarbij niet alleen om loopbaanmogelijkheden binnen een organisatie, maar vooral ook over de grenzen van de organisatie heen. Op dit moment zijn er verschillende initiatieven die zorgverleners ondersteunen bij loopbaanmogelijkheden, zoals *Sterk in je werk*, de *Zorginspirator* en (regionale) leerhuizen. Het is zaak deze initiatieven beter zichtbaar te maken en met elkaar te verbinden. Door het regionaal ontwikkelen van meer vraaggerichte leer- en praktijkroutes en modules wordt het mogelijk om professionals sneller in- en door te laten stromen op de arbeidsmarkt.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- 3. Meer zeggenschap van zorgprofessionals.** Een belangrijke voorwaarde voor het vergroten van werkplezier is het hebben van voldoende regie en autonomie als zorgprofessional waarbij de ruimte ervaren wordt om de waarde van de zorg voor de patiënt daadwerkelijk centraal te zetten. Dit draagt tevens bij aan de kwaliteit van zorg, en dat een zorgprofessional zich gehoord en gewaardeerd voelt. Het advies 'Niet over ons, zonder ons' van de Chief Nursing Officer (CNO) concentreert zich op drie aanbevelingen om hieraan meer vorm te geven: meer tijd en ruimte voor zeggenschap; erkennen van professionele zeggenschap op organisatie- en op landelijk niveau; en verankeren van scholingsmogelijkheden en loopbaanmogelijkheden in cao's.
- 4. Efficiëntere inzet van personeel.** Bij het opstellen van richtlijnen en protocollen voor zorgverlening zou meer rekening gehouden kunnen worden met de arbeidsmarktschaarste van betreffende beroepen. Om zo te voorkomen dat de zorg moet worden verleend door een te specifieke groep zorgprofessionals, waardoor er te weinig zorgprofessionals beschikbaar zijn om die gevraagde zorg te leveren. Ook taakherschikking en job-carving kan bijdragen aan een efficiëntere inzet van personeel. Hierdoor komt er tijd vrij bij professionals voor werkzaamheden die echt tot hun kerntaken en specialisme behoren. Taakherschikking past ook bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is en de patiënt hierbij maximaal is geholpen. In dat kader biedt bijvoorbeeld het vergroten van het aantal verpleegkundig-specialisten en physician assistants kansen voor het oplossen van tekorten aan medisch specialisten en huisartsen. Hiervoor is het nodig dat we kijken hoe we meer verpleegkundig-specialisten en physician assistants kunnen opleiden.
- 5. Minder werk- en regeldruk.** Bestaande trajecten die eraan bijdragen dat administratieve lasten structureel verminderen dienen te worden voortgezet en afgerond. Bij alle nieuwe wet- en regelgeving moet scherp worden getoetst op regeldruk. Het helpt om daarbij vroegtijdig individuele zorgverleners te betrekken. Vergaande standaardisatie en uniformering van eisen over contractering en verantwoording die door verschillende inkoopende partijen en toezichthouders worden gevraagd, zijn essentieel. Er moet meer worden uitgegaan van vertrouwen, gezamenlijkheid en afspraken aan de voorkant in plaats van afrekenen achteraf. Tot slot zijn zorginstellingen zelf ook een belangrijke bron van administratieve lasten; in hoe ze hun eigen bedrijfsvoering inrichten en hoe ze landelijke regels doorvertalen naar de werkvloer.

Het aanjagen en ondersteunen van individuele zorginstellingen om de administratieve lasten op de werkvloer daadwerkelijk te verminderen is een onmisbare schakel. De afgelopen periode is hiermee ervaring opgedaan met de inzet van (ont)regellabs, de (ont)regelbus en andere lokale initiatieven. Dit type initiatieven dient te worden geïntensiveerd. Minder werk- en regeldruk betekent dat er meer aandacht kan zijn voor de mens met zijn zorgvragen en minder mensen nodig zijn om dezelfde zorg te verlenen. Daarnaast is een goed functionerende ICT-infrastructuur, waarbij gegevens eenmalig worden vastgelegd en ontsluiting en uitwisseling van gegevens adequaat zijn geregeld, essentieel bij de beteugeling en vermindering van administratieve lasten.

- 6. Meer resultaatafspraken over goed werkgeverschap.** Ook zorginkopers kunnen eraan bijdragen dat de zorg een aantrekkelijke sector is om in te werken. Zij kunnen via de contractering resultaatafspraken maken met zorgaanbieders over onder meer goed werkgeverschap, het terugdringen van ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplekken. Het afsluiten van meerjarige contracten stelt zorgaanbieders daarbij beter in staat om te investeren in een goed werk- en leerklimaat. Ook kunnen zorginkopers via de contractering ruimte bieden aan aanbieders om goede cao's af te sluiten.
- 7. Aandacht voor goed bestuur.** Goed bestuur van een zorgorganisatie draagt bij aan een prettig, gezond, open en toekomstgericht werkklimaat, waarin leren en ontwikkelen een belangrijke plaats heeft. Ook kan het bestuur onnodige registratie voorkomen, transparantie naar medewerkers en naar andere partijen vergroten. De gedragscodes van het veld zelf dragen hier aan bij. De IGJ en de NZa zijn hierbij agenderend en stimulerend. Waar nodig zien zij toe en kunnen zij overgaan op handhaving.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

##### Doel

Beter vasthouden van personeel voor de zorg.

##### Relatie reis oudere

Het is essentieel dat een oudere de zorg, hulp en ondersteuning krijgt die nodig is. Dit valt en staat met de beschikbaarheid van personeel.

##### Tijdshorizon

Bovengenoemde beleidsopties zijn lange termijn richtingen en vragen om voortdurende aandacht en investering. Er valt derhalve geen tijdshorizon aan te koppelen.

##### Ingrijpendheid

Bovengenoemde beleidsopties moeten eraan bijdragen dat organisaties meer gaan inzetten op het behoud van personeel. De uiteindelijke verandering moet plaats vinden op de werkvloer. Zorgorganisaties zijn hiervoor zelf verantwoordelijk.

##### Aannames

de aanname is dat het huidige systeem van zorginkoop hetzelfde blijft. Dat betekent dat de invloed van de overheid indirect is en vooral gericht op gedragsverandering onder zorgorganisaties.

##### Realisatie

Zie onder tijdshorizon

##### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** voldoende medewerkers draagt bij aan de toegankelijkheid.
- **Kwaliteit:** Voldoende medewerkers draagt bij aan de kwaliteit van zorg.
- **Betaalbaarheid:** Het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd. Mogelijk zorgen dergelijke maatregel er wel voor dat het voortdurend moeten zoeken en inhuren van nieuwe mensen omdat de uitstroom hoog is, vermindert. Dit geldt eveneens voor de kosten die gepaard gaan met ziekteverzuim.
- **Bemensbaarheid:** Deze beleidsopties hebben meer mensen in de zorg als uiteindelijke doel.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Laat het bedrijfsleven zorg overnemen

### Achtergrond

Gedurende hun leven gebruiken mensen diensten van bedrijven die hierin gespecialiseerd zijn. Het kan gaan om gemaksdiensten, comfortdiensten of persoonlijke dienstverlening. Sommige van deze diensten worden overgenomen door zorgaanbieders als ouderen geïndiceerd worden tot ondersteuning en zorg. Zonder de inzet of competentie van de zorgaanbieders ter discussie te stellen, kan betoogd worden dat juist de gespecialiseerde en doelmatige inzet van het bedrijfsleven meerwaarde heeft. Immers: waarom zou een zorgaanbieder kort verblijf moet leveren, als Landal daar al expert in is? Of: waarom moeten ouderen medicatie bij een apotheek ophalen, als TNT deze uitstekend bij hen thuis kan afleveren? Waarom zijn aparte tafeltje-dekje-diensten nodig, als er vele voedsel-bezorgdiensten zijn? Mede vanwege corona leveren KLM, de horeca en anderen nu menskracht aan de zorg.

### Doel

De verdere inzet van het bedrijfsleven om diensten te leveren aan ouderen. Deze inzet kan de reguliere zorg ontlasten, ouderen ondersteunen in hun zelfredzaamheid en innovatie in ondersteuning stimuleren. Verder kan de zakelijke kant van het bedrijfsleven een impuls betekenen voor de service-gerichtheid en het kostenbewustzijn van de zorg.

### Ingrijpendheid

Een grotere inzet van het bedrijfsleven draagt bij aan vermaatschappelijking van de zorg.

### Aannames

Het bedrijfsleven kan een verdienmodel ontwikkelen voor bepaalde zorgtaken.

### Realisatie

Starten met pilots voor ouderen, zorgaanbieders en bedrijven die daarvoor belangstelling hebben. We kunnen het bedrijfsleven hiertoe uitnodigen en eventuele belemmeringen wegnemen.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** Zorg betrekken bij een bedrijf draagt bij aan de zelfredzaamheid en daarmee het zelfrespect van de ouderen.
- **Toegankelijkheid:** Een grotere inzet van het bedrijfsleven vermindert de druk op de zorg.
- **Betaalbaarheid:** PM Het effect op de zorguitgaven is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemikbaarheid:** Diensten die nu door zorgaanbieders worden geleverd, worden in deze beleids optie door het bedrijfsleven overgenomen, zodat zorgverleners zich kunnen richten op hetgeen waarvoor ouderen daadwerkelijk hén nodig hebben.



## Investeren in arbeidsbesparende technologie

### Beleids optie

inzet van digitale zorg is, als onderdeel van de zorg voor ouderen vast onderdeel van de zorg voor ouderen die zowel de kwaliteit als welzijn ten goede komt en tegelijkertijd bijdraagt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg.

### Achtergrond

In ieder geval tot 2040 neemt het aantal ouderen fors toe. Dat levert naar verwachting een capaciteitsprobleem op zowel wat betreft beschikbaarheid van personeel als intramurale verpleging- en verzorgingsplekken.

### Doel

Digitale zorg (nog meer) onderdeel maken van het primaire proces, het is niks apart, het is zorg en draagt bij aan zorg en welzijn. We gebruiken digitale zorg om:

- het personeelsgebrek op te vangen, het werkplezier te verhogen en het werk te vergemakkelijken, ziekteverzuim te voorkomen oftewel duurzamer inzet van zorgpersoneel, administratieve lasten te verlagen;
- langer thuis wonen te bevorderen (ook via vpt en mpt) zodat minder snel de overgang naar een verpleeghuis wordt gemaakt;
- bij te dragen aan c.q. het verbeteren van de kwaliteit van leven van ouderen, zowel qua zorg als welzijn, extra- en intramuraal.

Dit wordt gerealiseerd door

- de juiste informatie op de juiste plek voor zorgaanbieders & patiënt beschikbaar te maken;
- voldoende inzet van digitale zorg/eHealth ten behoeve van bijdrage aan oplossen arbeidsproblematiek;
- de juiste digitale zorg op de juiste plek ten behoeve van zorg en welzijn dus afhankelijk van de aandoening hulpmiddelen inzetten zoals incomateriaal, valpreventie, leefcirkels etc. met andere woorden aantal digitale en innovatieve hulpmiddelen worden standaard toegepast (pas toe of leg uit).

Uitwerken van een missie: gemeenschappelijk beeld met veld en branches, cliënten- en ouderenorganisaties verkrijgen, op basis van wat er al is, over welke bijdrage digitale zorg kan hebben in het licht van de opgave.

Verder ontwikkelen van kennis.

Zorgaanbieders ontwikkelen met behulp van elkaar, zorgverzekeraars, zorgkantoren een visie inclusief de benodigde infrastructuur.

### Bijdrage aan de reis van de oudere (incl. effect op de rode pijlen)

De reis van de oudere wordt van hogere kwaliteit, meer eigen regie, meer maatwerk, langer thuis.

### Tijdshorizon

afspraken maken over inzet digitale zorg in het regeerakkoord c.q.

Hoofdlijnenakkoord (uitgangspunt is dat digitale zorg reguliere zorg is ook in de ouderenzorg). Het introduceren van digitale zorg is een doorlopend proces en daarom lassen we een paar ijkpunten

in, hoe staat het ervoor met de opmars van digitale zorg, zijn we op de goede weg, waar nodig bijsturen op basis van de roadmap.

### Ingrijpendheid

niet ingrijpend in het stelsel. Kan ingrijpende omslag zijn voor organisaties, de organisatie van de zorg, voor werknemers en ouderen. Naarmate gebruik voortschrijdt, vermindert de ingrijpendheid.

### Aannames

digitale zorg is zorg, is “normaal” al wordt dat nog niet door iedereen zo ervaren. De oudere van de toekomst zal digitaal als meer “normaal” ervaren dan de huidige. Hetzelfde geldt voor zorgpersoneel.





## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

> Wie zorgt er voor mij?

Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Realisatie

- via zorginkoop door toetsen van digitale zorg en opschalen van bewezen effectieve oplossingen (onder andere door de beleidsagenda van ZN over zorgcommunicatie en digitale zorg uit te breiden naar de Wlz c.q. ouderenzorg) in overleg met branches en cliënten- en ouderenorganisaties;
- Deel van budgettaire ruimte bestemmen voor digitale zorg c.q. mogelijkheden voor niet-cliëntgebonden financiering onderzoeken;
- Innovatie-impuls ouderenzorg (waarbij zorgaanbieders worden ondersteund in de transformatie (bijv door visie opstellen door de zorgaanbieder van werkvloer tot en met bestuur);
- Onderzoek (laten) uitvoeren (vergl onderzoek arbeidsbesparende technologie ouderenzorg);
- Actie(eer)netwerken (goede voorbeelden delen);
- Conferenties;
- Ouderenhuizen van de Toekomst bouwen;
- Voortzetting Waardigheid & Trots in de regio;
- Digitale zorg op laten nemen in Kwaliteitskader verpleeghuiszorg;
- de visie nader uitwerken in een 'roadmap' (wat en wanneer) met doelstellingen resultaten, planning en begrotingen, programma's en projecten samen met ouderen, zorgverleners en (zorg)aanbieders etc.

#### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** digitalisering van de zorg waarborgt de toegankelijkheid van de zorg omdat ouderen hierdoor langer thuis kunnen wonen waardoor er minder beroep wordt gedaan op de verpleeghuiszorg. Zowel bij extra- als intramurale zorg worden ouderen (ook) digitaal ondersteund. Hierdoor doen zij minder beroep doen op fysieke zorg waardoor een grotere groep kan worden bediend met een gelijkblijvend aantal "handen".
- **Kwaliteit:** de kwaliteit van leven (zorg en welzijn) neemt toe, iha meer eigen regie over het leven bijv. door leefcirkels, heupairbags, medicijn dispensers, zelf metingen doen. Kwaliteit voor de zorgmedewerker neemt toe, bijv slim incomateriaal leidt tot minder verwisselen daarvan, en daarmee tot meer kwaliteit van leven voor de cliënt, minder rugklachten voor de zorgverlener en tot minder afval (duurzaamheid). Digitale informatie-uitwisseling leidt tot minder administratieve lasten, meer eigen regie voor de ouderen, betere betrokkenheid mantelzorgers en naasten.
- **Betaalbaarheid:** hoe sneller de transformatie, des te betaalbaarder. Onderzoek wijst uit dat inzet van digitale zorg, besparingen oplevert.
- **Bemensbaarheid:** Bespaart menskracht.



OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

Stelsel

3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

# Waar woon ik?

## Thuis

- > Geschikt wonen

## Woonzorg combinaties

- > Stimuleren tot stand komen WZC

## Verpleeghuis

- > Meer plaatsen verpleegzorg
- > Zorgkantoren ontwikkelen zich door en krijgen meer ruimte
- > Geef de zorgkantoren meer financiële sturingsmogelijkheden
- > Efficiëntere inzet van schaars zorgpersoneel op grotere locaties
- > Zorg aantrekkelijker maken voor investeerders
- > Laat zorgkantoren de zorg in geclusterde wooninitiatieven zelf inkopen



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Geschikt wonen

### Achtergrond

Ongeveer 140 duizend 65-plushuishoudens woonde in 2015 in een ongeschikte woning. 58.000 ouderenhuishoudens met somatische beperkingen woonden in een woning die hiervoor niet geschikt te maken is. Ongeveer 6% van mensen ouderen met een ziekte of beperking geeft aan dat drempels of trappen een probleem zijn of worden (zie Tabel).

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor (1) het leveren van maatschappelijke ondersteuning als de oudere niet meer zelfredzaam is en (2) zorgen voor voldoende geschikte woningen (het geschikt wonen). In dit fiche worden voorstellen gedaan op welke wijze geschikt wonen kan worden gerealiseerd door middel van het aanpassen van de woning of het verhuizen naar een nieuwe woning (doorstroom).

	Ouderen met ziekte/beperking		Ouderen uit de algemene bevolking	
Ja	92 (90-93)	1.226	93 (91-95)	799
Nee, de woning is te groot	3 (2-4)	44	4 (3-6)	34
Nee, de woning is te klein*	1 (0,6-1,8)	13	0,7 (0,3-1)	7
Nee, drempels of trappen zijn of worden een probleem	6 (5-8)	96	3 (2-5)	29
Nee, geen goede wijk*	0,2 (0-0,5)	3	0,5 (0,2-1)	4

Meerdere antwoordopties zijn mogelijk waardoor het percentage niet optelt tot 100%

\* Eventuele verschillen tussen subgroepen zijn niet getoetst door een lage n in deze categorie (n<20)

### Doelen

Op dit moment is sprake van onvoldoende geschikte woningen voor ouderen. Dit gaat zowel om zelfstandige woningen als om collectieve woonvormen. Het doel is om in de komende 10 jaar tot meer geschikte woningen of woonvormen te komen.

### Tijdshorizon

De voorgestelde maatregelen kunnen snel worden ingezet omdat de aanpassing van wet- en regelgeving bij de meeste voorstellen niet noodzakelijk is. Alleen de uitwerking van een fiscale maatregel vraagt enige tijd (belastingplan 2022).

### Ingrijpendheid

Ouderen zijn bereid om hun woning aan te laten passen dan wel te verhuizen mits zij in hun eigen wijk/buurt kunnen blijven wonen.

### Realisatie

Generieke maatregel:

- Het **voorzetten van de taskforce wonen en zorg** die de ambitie heeft dat iedere gemeente/iedere regio een woon-zorgvisie heeft. De basis hiervan is een lokale analyse (Wat is vraag en aanbod aan wonen en zorg, ook rekening houdend met de demografische ontwikkeling?). De visie moet zich vertalen in concrete prestatie-afspraken tussen in ieder geval gemeenten, woningcorporaties en zorgorganisaties (Hoeveelheid woningen/woonvormen/benodigde zorg).

Specifieke maatregelen

Het aanpassen van de woning:

- **Eigen verantwoordelijkheid:** door middel van voorlichting en heldere informatieverstrekking door gemeenten nemen burgers zelf hun verantwoordelijkheid. Zij kunnen, ongeacht of zij een woning huren of woningeigenaar zijn. Kleine aanpassingen, zoals het aanbrengen van een beugel op het toilet kunnen zelf worden gedaan. Ook kan vooruitlopend worden op het ouder al worden nagedacht over het verrichten van woningaanpassingen. Er zijn diverse websites zoals langzultuleven.nl die inzicht geven wat ouderen kunnen doen om de woning aan te passen.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### > Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

- **Woningaanpassingen:**

- huiseigenaren kunnen zelf hun woning aanpassen door gebruik te maken van de blijverslening of een verzilverlening of door een aanvraag te doen bij de gemeente (woningaanpassing Wmo2015). Ook is er een aanbod vanuit commerciële banken (zie ook Ikwoonleefzorg.nl). In de praktijk zijn gemeenten terughoudend om een traplift te verlenen en wordt ouderen vaak geadviseerd om te verhuizen.
- Bewoners van een huurwoning kunnen een verzoek tot een woningaanpassing indienen bij de woningcorporatie of particuliere verhuurder. Ook kan een verzoek tot woningaanpassing in worden gediend bij de gemeente.

#### Doorstromen/verhuizen

- **Het bouwen van nieuwe woningen of het renoveren van bestaande woningen** om te komen tot meer geschikte woningen of woonvormen voor ouderen. Gemeenten maken hierover afspraken te maken met woningcorporaties en/of projectontwikkelaars over woning specifiek voor ouderen in de woon-zorgvisie. Gemeenten beschikken over instrumentarium om woningcorporaties of private verhuurders hiertoe te verleiden, bijvoorbeeld door de grondprijs af te boeken.
- **Doorstroommakelaars** – enkele corporaties hebben woonmakelaars die ouderen vragen of ze nog geschikt wonen en zo nodig bemiddelen naar een geschikte woning. Daarbij wordt ook soms een verhuisvergoeding aangeboden en rekening gehouden met de relatief lage huur die ouderen in de huidige woning hebben. Ook vanuit ouderenorganisaties gaan mensen langs om ouderen te vragen of ze nog geschikt wonen en zo nodig over de drempelvrees van een verhuizing heen te brengen.  
Zoals bij verpleeghuizen inzicht krijgen in het aantal actief wachtende mensen voor een geschikte woning of mensen aanbieden zich hiervoor aan te melden.
- **Het anders verdelen van schaarse woonruimte.** Deels is het ongeschikt wonen een allocatie-probleem: in veel geschikte woningen woont een gezin dat niet per se een drempelloze woning nodig heeft. Tegelijkertijd willen veel ouderen – vanuit gevoel van veiligheid - niet op de onderste verdieping wonen. Methoden van een goede allocatie-mechanisme kunnen verder in kaart worden gebracht.

- Het inzetten van **een financiële prikkel** om te zorgen dat mensen gaan verhuizen. Gedacht kan worden aan:
  - Het aanbieden van een onkostenvergoeding.
  - Het inzetten van een, nader te ontwikkelen, fiscale maatregel.
  - Bij verhuizing geen huurverhoging (stopzetten huursprong).

### Relatie reis oudere

Ouderen zijn gebaat/geholpen bij voldoende geschikte woningen. Zij zijn gebaat bij interventies door de overheid omdat op dit moment sprake is van een tekort aan geschikte huisvesting. Wel zal weerstand ontstaan als sprake is van 'gedwongen verhuizingen' (naar andere delen van een stad of dorp) als een woningaanpassing niet haalbaar blijkt.

### Effecten op

- **Toegankelijkheid:** als het aanbod van geschikte woningen of woonvormen wordt uitgebreid wordt de toegang hiertoe eenvoudiger.
- **Kwaliteit:** als sprake is van geschikte woningen of woonvormen kan het effect zijn dat de kwaliteit van zorg en/of ondersteuning omhoog gaat
- **Betaalbaarheid:** geen effect op de betaalbaarheid van de zorg.
- **Bemensbaarheid:** geen



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### > Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Stimuleren tot stand komen WZC

### Achtergrond

Door de vergrijzing zijn er over twintig jaar naar schatting 1,6 miljoen 80-plussers, dat is twee keer zoveel als nu. Over tien jaar moeten er 70.000 extra geclusterde woningen van voldoende kwaliteit gerealiseerd zijn voor thuiswonende ouderen, aldus de commissie 'Toekomst zorg thuiswonende ouderen'. TNO heeft berekend dat er in de verpleeghuiszorg een (bouw)opgave is van circa 164.000 plaatsen tot 2040.

In 2020 woont 92% van de 75-plussers, ofwel ruim 1,3 miljoen ouderen, zelfstandig thuis. Ongeveer 91.500 mensen wonen in geclusterde woonvormen. In Nederland wonen daarnaast ongeveer 114.000 ouderen van 55 jaar of ouder in verzorgings- en verpleeghuizen. Ongeveer 140.000 huishoudens van 65-plussers woonden in 2015 in een ongeschikte woning. Van de ouderenuishoudens met somatische beperkingen woonden er 58.000 in een woning die hiervoor niet geschikt te maken was.

Landelijk gezien woonde in 2015 circa de helft van alle 65-plus huishoudens in een koopwoning. Ruim een derde huurde zijn woning van de wooncorporatie en nog eens 10% huurde zijn woning van een andere verhuurder, veelal een institutionele of private belegger.

Bijna 10% van het vermogen van corporaties, omgerekend zo'n 25 miljard euro, bestaat uit zorgvastgoed. Hiertoe horen: eerstelijns zorgvastgoed (maatschappelijk vastgoed), verpleeghuizen en aanleunwoningen, levensloopbestendige woningen en seniorenwoningen. De totale omvang van de woon-zorgvastgoed-sector beslaat circa € 75 miljard. Corporaties bezitten dus praktisch een derde van het totaal en zijn daarmee in Nederland veruit de grootste bezitter van woon-zorgvastgoed. Investeerders, zoals pensioenfondsen, zien de langdurige zorg/ouderenuisvesting in toenemende mate als een interessante investering.

Gemeenten en woningcorporaties voelen nog weinig urgentie waardoor het vraagstuk van het woon-zorgvastgoed nog onvoldoende in woonzorgvisies terecht is gekomen. Zorgaanbieders lijken weinig geneigd tot nieuwbouw. Ze hebben vaak nog oud vastgoed en zijn terughoudend vanwege de risico's die ze lopen door de integrale bekostiging. Vooral het risico op leegstand – en daarmee wegvallende inkomsten - doordat ze niet voldoende personeel kunnen krijgen, lijkt reëel. De door TNO berekende extra verpleeghuis capaciteit die nodig gaat zijn, zal een groot beslag leggen op zowel geld als personeel. Het is zeer de vraag

of met name het extra personeel – zeker binnen het huidige kwaliteitskader – gevonden kan worden. Dit betekent dat ofwel de toekomstige intramurale zorg uit moet gaan van andere concepten en/of dat er een verschraving van de zorg optreedt.

### Doel

Bevordering totstandkoming van woonzorgcomplexen, zowel voor zelfstandig wonende ouderen als voor ouderen in een intramurale setting.

### Tijdshorizon

Totstandkoming van nieuwe woonzorgcomplexen vraagt veel tijd. Na besluit kan het nog zeven jaar duren voordat een complex er staat.

### Ingrijpendheid

De opties hieronder variëren in het budgettaire beslag dat zij leggen. Dit kan heel hoog zijn. De voorstellen hebben ook betrekking op het beleidsterrein van BZK.

### Realisatie

#### A. Tegemoetkoming aankoop gronden

Grond is schaars in Nederland en daarom duur. Het Rijk kan aan gemeenten middelen beschikbaar stellen om grond voor de bouw van een woonzorgcomplex te kopen. Een te onderzoeken mogelijkheid is daarnaast of het Rijksvastgoedbedrijf locaties kan opkopen en deze vervolgens beschikbaar kan stellen voor zelfstandig wonen of verpleeghuiszorg. Een dergelijke aankoop zal wel een prijsverhogend effect op grond hebben.

#### B. Stimulering gezamenlijke ruimte

Een andere optie is om bijvoorbeeld woningcorporaties en/of zorgaanbieders een tegemoetkoming te geven voor de bouw van de gezamenlijke ruimte van een woonzorginitiatief. Hiermee wordt zo'n initiatief aantrekkelijker. Dit geldt zowel voor geclusterd wonen als verpleeghuiszorg. Deze optie ligt in het verlengde van de 20 mln die eind 2020 vanuit BZK voor dit doel is vrijgemaakt.

> [Terug naar menu](#) | [Waar woon ik?](#)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

##### *C. Stimulering door bestuurlijke afspraken*

Op dit moment hebben gemeenten en woningcorporaties nog onvoldoende besef van de urgentie en voelen ze zich beperkt verantwoordelijk voor bijvoorbeeld het capaciteitsvraagstuk in de verpleeghuiszorg. Taskforce Wonen en Zorg en ZN zijn bezig om met elkaar de opgaven op elkaar af te stemmen. Dit moet ook worden bekrachtigd in BO met alle betrokken partijen. Een andere optie is dat de regie meer bij de rijksoverheid komt te liggen, waarbij het Rijk actiever is in het aanwijzen van locaties voor ouderenhuisvesting. Nadeel hiervan is dat deels afgeweken wordt van de decentrale verantwoordelijkheden en de ruimte voor maatwerk vermindert.

##### *D. Stimulering door vermindering risico's investeerders*

Gekeken kan worden naar de hoogte van de kapitaallasten in de ZZP-bekostiging. De verhuurdersheffing kan worden verminderd voor geclusterd wonen ouderenzorg. Partijen zoeken meer zekerheid in de afname van diensten. Zorgkantoren zouden meerjarige contracten kunnen afsluiten (bijvoorbeeld voor 5 jaar). Daarnaast zouden kapitaallasten bij nieuwbouw vergoed kunnen worden voor bijvoorbeeld 5 jaar. Te denken valt ook aan een garantstelling door de Rijksoverheid en stimulering van het gebruik van het Waarborgfonds van de Zorg.

##### Effecten op

- **Betaalbaarheid:** deze maatregel leidt tot hogere zorguitgaven, maar dit effect is nog niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### > Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Meer plaatsen verpleegzorg

### Achtergrond

Als ouderen zeer kwetsbaar zijn en de grip op hun leven verliezen, wat vaak gebeurt doordat hun partner wegvalt, zijn zij aangewezen op verpleeghuiszorg. Zij hebben vaak verschillende ziekten tegelijkertijd en beschikken voor een belangrijk deel niet meer over een sociaal netwerk. Thuis of in een vorm van geclusterd wonen verblijven, is voor deze ouderen geen optie meer. Beschikbaarheid van voldoende verpleeghuiscapaciteit is dus van belang. TNO heeft berekend dat er tot 2040 circa 100.000 extra plaatsen in verpleeghuizen bij moeten komen om in de behoefte te voorzien. Dit terwijl de vergrijzing pas na 2050 zijn hoogtepunt bereikt. De berekening van TNO is daarmee een onderschatting van wat er op langere termijn nodig is. Op dit moment zijn er onvoldoende waarborgen voor de realisatie van de benodigde extra capaciteit. TNO heeft de behoefte aan verpleeghuiscapaciteit ook berekend per regio, zodat zorgkantoren en gemeenten hun planning daarop kunnen baseren.

### Doel

Realisatie van voldoende verpleeghuiscapaciteit.

### Tijdshorizon

Vanaf 2025 neemt de behoefte aan verpleeghuiscapaciteit sterk toe. Daarom moet nu worden begonnen om op tijd voldoende capaciteit te hebben. Voor de hand ligt om in elk van de komende kabinetsperiodes in te zetten op 25.000 extra plekken.

### Ingrijpendheid

Zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, woningbouwcorporaties en private financiers zullen de realisatie van voldoende verpleeghuiscapaciteit moeten gaan zien als een urgente gezamenlijke opgave.

### Realisatie

VWS bouwt niet zelf, maar kan wel maatregelen nemen om te waarborgen dat zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, woningbouwcorporaties en private financiers gezamenlijk voldoende verpleeghuiscapaciteit tot stand brengen. Een samenhangende set van maatregelen is:

- De bestuurlijke verplichting vastleggen om gezamenlijk tot een meerjarig beeld te komen van de regionale en lokale opgave op het gebied van voor wonen en zorg, waaronder de benodigde extra verpleeghuiscapaciteit. Op basis hiervan kunnen regionaal en lokaal afspraken worden gemaakt over de realisatie van die capaciteit.
- Investeren in en concentreren van kennis over vastgoedinvesteringen en financiering bij zorgaanbieders.
- Meerjarige financiële zekerheid bieden aan zowel zorgaanbieders als zorgkantoren, bijvoorbeeld door zorgkantoren voor vijf jaar te verzekeren van hun budget. In ruil daarvoor nemen de zorgkantoren het op zich om per kabinetsperiode 25.000 extra verpleeghuisplaatsen te realiseren.
- Gemeenten stellen op basis van de regionale afspraken voldoende bouwgrond ter beschikking aan zorgaanbieders. Op dit moment kan de rijksoverheid dit niet afdwingen. Bezien moet worden of dit in de toekomst wel mogelijk kan zijn en of dat wenselijk is.
- Zorgkantoren het instrumentarium verschaffen waarmee ze meerjarige afspraken kunnen maken met zorgaanbieders over onder andere capaciteitsuitbreiding, innovatie en persoonsgerichte zorg.
- Via het waarborgfonds de toegang tot kapitaal voor zorgaanbieders zeker stellen. In ruil daarvoor zorgen de zorgaanbieders bij het bouwen voor voldoende innovatie, bijvoorbeeld op het gebied van multifunctioneel bouwen, buurtfunctie, doelmatige inzet van zorgverleners, inzet van technologie.
- De kwaliteitskaders zo aanpassen dat deze zich richten op resultaat. Daarmee vervalt de sturing op inputnormen. Dit geeft partijen die willen uitbreiden meer ruimte om hun zorg doelmatig en duurzaam te organiseren. Financiers en zorgaanbieders geeft het meer zekerheid.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Voldoende verpleeghuisplekken zijn essentieel om schrijnende situaties bij mensen thuis te voorkomen.
- **Toegankelijkheid:** Niet tijdig realiseren van voldoende verpleeghuisplekken zal leiden tot oplopende wachttijden.
- **Betaalbaarheid:** + PM, deze maatregel leidt tot hogere zorguitgaven, maar dit effect is nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Extra verpleeghuisplekken vergt extra personeel. Het geclusterd leveren van verpleegzorg kan bijdragen aan de doelmatige inzet van personeel.

#### Overwegingen

Deze geregisseerde aanpak om in samenwerking met zorgkantoren, zorgaanbieders en gemeenten tot plekken in verpleeghuizen te komen zal alleen slagen als de rijksoverheid zekerheden biedt.





## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Zorgkantoren ontwikkelen zich door en krijgen meer ruimte

### Achtergrond

De zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor onder andere de uitvoering van de zorgplicht in de Wet langdurige zorg (Wlz).

De inkooprol van de zorgkantoren heeft de afgelopen jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Tot 2010 lag de beleidsprioriteit van VWS op kostenbeheersing en de aanpak van wachtlijsten. Vanaf 2010 spreekt VWS met de zorgkantoren over het verder ontwikkelen van hun competenties om in te kopen op kwaliteit. Zorgkantoren hebben in 2020 de aanpak van het capaciteitsvraagstuk en de wachtlijsten in de verpleeghuiszorg als prioriteit neergezet.

Zorgkantoren startten in 2019 met hun Programma Profiel zorginkoper 2021 en treffen maatregelen zoals het aanstellen van kwaliteitsadviseurs, naast zorginkopers sec, en ontwikkelen een dashboard met kwaliteitsinformatie van zorgaanbieders. In hun zorginkoopbeleid 2021-2023 gaan zorgkantoren sturen op vier kernelementen te weten: passende zorg, bedrijfsvoering, innovatie en duurzaamheid.<sup>1</sup> Daarnaast spelen zorgkantoren een grote rol bij het tot stand brengen van de regionale samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren, waarin vooral projecten op het gebied van innovatie worden gerealiseerd.

### Doel

Met het uitbreiden van het instrumentarium worden zorgkantoren in staat gesteld meer te sturen op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg. Hiertoe kunnen:

1. bestuurlijke afspraken worden gemaakt met zorgkantoren over de te realiseren doelstellingen en het instrumentarium;
2. zorgkantoren via de beheerskosten gefaciliteerd worden te investeren in hun nieuwe rol;
3. zorgkantoren wettelijk meer ruimte krijgen om samen met gemeenten en zorgverzekeraars te investeren in het voorkomen van zwaardere zorg;

### Tijdshorizon

Afhankelijk van de gekozen sturingsmogelijkheden (zie hierna onder Realisatie) een tot vier jaar.

### Ingrijpendheid

De ingrijpendheid is beperkt. Uitgangspunt blijft de huidige verantwoordelijkheidsverdeling. Voor meer regionale sturing over de domeinen heen moet de Wlz worden aangepast. Zorgkantoren moeten zichzelf doorontwikkelen in deze rol, maar deze ontwikkeling past bij de ontwikkeling van de afgelopen jaren.

### Realisatie

Zorgkantoren hebben een reeks van sturingsmogelijkheden bij het uitvoeren van de zorgplicht. Ze kunnen hun zorginkoopfunctie versterken, zich inzetten als zorgregisseur voor de cliënt(en), digitale zorg inkopen als onderdeel van 'gewone' zorg en spilfunctie vervullen in de regio. De hieronder genoemde sturingsmogelijkheden zijn te verwerken in afspraken tussen VWS zorgkantoren en NZa, bijvoorbeeld in het Wlz-zorginkoopkader of kunnen onderdeel zijn van bestuurlijke afspraken.

<sup>1</sup> Een aantal zorgaanbieders heeft tegen het zorginkoopbeleid 2021-2023 een kort geding aangespannen bij de rechter. De rechter heeft de zorgaanbieders in zoverre in het gelijk gesteld dat de zorgkantoren een andere onderbouwing van deze afslag moesten geven en bij gebreke daarvan het tarief van 2020 voor 2021 moeten toepassen. De rechter stelde daarbij overigens vast dat een afslag geoorloofd is wat betekent dat de kernelementen in principe overeind kunnen blijven. De zorgkantoren zijn tegen de uitspraak in beroep gegaan.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### > Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

*Uitvoering van de zorgplicht voor individuele verzekerden:*

1. uitbreiden van het aantal zorginkopers/kwaliteitsadviseurs waardoor meer kan worden gestuurd op individuele kwaliteit van zorgaanbieders, meer maatwerk aan de verzekerden kan worden geboden, selectief kan worden gecontracteerd;
2. selectief contracteren voor bijzondere groepen;
3. sturen op ontwikkeling aanbod en gebruik van vpt en mpt;
4. omzetten van pgb naar zin;
5. centrale inkoop door zorgkantoren van bijvoorbeeld geneesmiddelen of hulpmiddelen;
6. ontwikkeling van kennis over goede digitale zorg, ondersteunen van lerende netwerken;
7. ontwikkeling zorgacademies (cf Menzis en CZ) in samenwerking met onderwijs en zorgaanbieders;
8. ontwikkeling/verbetering logistieke processen binnen een instelling;
9. stimuleren duurzaamheid bij ver- of nieuwbouw en bij gebruik roerende goederen.

Het onder 1, 3, 4 en 6 genoemde gebeurt al in meer of mindere mate maar dient versterkt te worden. Het onder 2, 5, 7, 8 en 9 genoemde gebeurt nog niet of staat in de kinderschoenen.

*Uitvoering van de zorgplicht door regionale sturing met aanbieders, verzekeraars, gemeenten en andere betrokkenen:*

1. zorgkantoren brengen samen met de gemeenten en de zorgverzekeraars de vraag van de toekomstige klant in beeld, mede aan de hand van de demografische en de aanbod-ontwikkeling in de regio;
2. zorgkantoren maken de invloed hiervan zichtbaar op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid;
3. ze geven advies over wat er nodig is om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen en wat zij daarvoor van andere partijen nodig hebben;
4. zorgkantoren verstevigen en stimuleren *advanced-(life)* planning voor toekomstige cliënten, in de periode voorafgaand aan de Wlz-indicatie;
5. zorgkantoren maken met gemeenten en zorgverzekeraars (financiële) afspraken om de instroom in de intramurale setting zo lang mogelijk uit te stellen.

Om het maken van financiële afspraken met gemeenten en zorgverzekeraars over het voorkomen van Wlz-zorg mogelijk te maken is aanpassing van de wet nodig.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kwaliteit kan gebaat zijn bij meer inzicht in en sturing op kwaliteit van de individuele zorgaanbieder, selectieve inkoop en het maken van maatwerkafspraken.
- **Toegankelijkheid:** Met het voorkomen van zwaardere zorgvragen en het sturen op capaciteit en innovatie is de toegankelijkheid gebaat.
- **Betaalbaarheid:** - PM, mogelijk leiden selectief inkopen, sturen op leveringsvorm en inzet op preventie tot lagere zorguitgaven en hogere beheerskosten, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Dit effect is onzeker en niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

#### Overzicht Kernvragen

#### Wat kan ik zelf?

#### Wie zorgt er voor mij?

#### Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Geef de zorgkantoren meer financiële sturingsmogelijkheden

### Achtergrond

De mogelijkheden van zorgkantoren om te bepalen welke zorg verleend wordt, zijn beperkt. Ten eerste kunnen zorgkantoren niet financieel bijdragen aan preventieve maatregelen als er geen Wlz-indicatie is. Gemeenten en zorgverzekeraars hebben, anders dan de zorgkantoren, wel de mogelijkheid om middelen naar eigen inzicht in te zetten, kunnen dus investeren in preventieve activiteiten en hebben daarmee de mogelijkheid om de vraag naar zorg en ondersteuning enigszins te beïnvloeden. Omdat zij daarbij een inschatting maken van de kosten en baten van preventie binnen het eigen domein, is het voor gemeenten en zorgverzekeraars echter financieel niet aantrekkelijk om te investeren in preventie bij de groep meest kwetsbare cliënten. Voor deze cliënten in het overgangsgedebied richting de Wlz zouden zij immers wel de kosten maken, terwijl de baten, in de vorm van uitstel van de Wlz-kosten, aan de zorgkantoren zouden toevallen. Zorgverzekeraars kunnen investeringen in preventie bovendien niet inbrengen in de risicoverevening en moeten ze dus uit eigen zak betalen. De financiële schotten staan daarmee een doelmatige uitvoering in de weg. Een tweede beperking van de financiële sturingsmogelijkheden van de zorgkantoren komt voort uit het uitgangspunt van de Wlz dat zorg voor het overgrote deel wordt verleend door een individuele zorgaanbieder aan een individuele verzekerde patiënt. In de loop der tijd zijn echter steeds meer vormen van ketenzorg en netwerkzorg ontstaan, waarbij zorgaanbieders samen de noodzakelijke zorg leveren. Er is behoefte aan regionale samenwerking tussen zorgaanbieders, binnen de Wlz en over domeinen heen, in samenwerkingsvormen en netwerkstructuren die de zorg en de ondersteuning niet langer gefragmenteerd, maar in onderlinge samenhang rondom de patiënt organiseren. Deze regionale samenwerking is niet alleen bevorderlijk voor kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de zorg, maar is ook nodig om het schaarse zorgpersoneel optimaal te kunnen inzetten. De zorgkantoren hebben echter niet de ruimte om de coördinatie-activiteiten en de infrastructuur te financieren die nodig zijn om de samenwerking tussen zorgaanbieders goed op gang te krijgen.

### Doel

Meer financiële ruimte voor zorgkantoren, zodat zij kunnen investeren in regionale-, domein-overstijgende en niet-cliëntgebonden activiteiten.

### Tijdshorizon

Het creëren van meer financiële mogelijkheden om domein-overstijgend te kunnen investeren vergt een wetswijziging die op zijn vroegst in 2023 van kracht is. Ook het aanpassen van de bekostigingsstructuur vergt tijd.

### Ingrijpendheid

De ingrijpendheid is beperkt omdat het gaat om een optimalisatie van het huidige stelsel.

### Realisatie

Zorgkantoren meer financiële sturingsruimte geven kan om te beginnen door ze de mogelijkheid te bieden om financieel samen te werken met andere inkoopers van zorg en ondersteuning. Wanneer zorgkantoren financieel kunnen bijdragen aan zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen, dan kunnen preventieve activiteiten op grotere schaal van de grond komen. Dit vergt een aanpassing van de Wlz. Naarmate de preventieve activiteiten meer effect sorteren, leiden ze tot lagere uitgaven in de Wlz, maar tot hogere uitgaven bij gemeenten en verzekeraars. Hierover moeten dus afspraken moeten gemaakt en dat zal niet altijd gemakkelijk zijn: het kan ingewikkeld zijn om de kosten en baten per domein te bepalen.

Een andere mogelijkheid is de zorgkantoren ruimte te bieden voor bekostiging van niet cliëntgebonden activiteiten. Om regionale knelpunten op te lossen kan bijvoorbeeld binnen de Wlz een financieel begrensd regiobudget mogelijk gemaakt worden. Dit regiobudget kan ingezet worden voor specifieke cliëntgroepen, waarvoor moeilijk passende zorg in te kopen is omdat de financiële risico's voor zorgaanbieders hoog zijn. Ook kan het gebruikt worden om de zorg binnen de regio beter te organiseren en op elkaar af te stemmen. Het kan wenselijk zijn om ondersteunende activiteiten niet door zorgaanbieders, maar door andere organisaties te laten uitvoeren. Op dit moment kunnen zorgkantoren 'algemene diensten ten behoeve van verzekerde zorg' alleen via zorgaanbieders bekostigen, wat omslachtig is en de ontwikkeling van deze diensten belemmert.

[> Terug naar menu](#) | [Waar woon ik?](#)



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

#### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

#### Effecten op

- **Kwaliteit:** Mensen zullen met behoud van kwaliteit van zorg langer thuis kunnen blijven wonen.
- **Toegankelijkheid:** De instroom in de intramurale Wlz zorg zal afnemen, wat de toegankelijkheid ervan ten goede komt.
- **Betaalbaarheid:** Er zijn **kleinschalige experimenten** die laten zien dat investeringen in preventieve activiteiten kunnen zwaardere en duurdere zorg kunnen uitstellen of voorkomen en wat over domeinen heen kan leiden tot lagere uitgaven. Het effect op macroniveau is echter nog niet gekwantificeerd.

#### Overwegingen

Het fundamentele probleem dat gemeenten minder investeren in thuiswonende cliënten dan vanuit maatschappelijk perspectief gewenst is, wordt met dit beleid niet opgelost. Zolang de zorg en ondersteuning aan mensen thuis ook onder de Wlz valt, is het voor gemeenten financieel niet aantrekkelijk om te investeren in preventie bij de meest kwetsbare cliënten.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Efficiëntere inzet van schaars zorgpersoneel op grotere locaties

### Achtergrond

Het aantal ouderen met een zorgbehoefte zal majeur toenemen, terwijl de arbeidsmarkt niet of nauwelijks groei toelaat. Ook het aantal mantelzorgers zal eerder dalen dan toenemen. Naast tal van andere maatregelen, is het zaak de nog wel beschikbare zorgverleners in staat te stellen hun werk zo doelmatig mogelijk te doen. De afgelopen jaren is gestreefd naar het kleinschalig organiseren van de zorg, liefst zo dicht mogelijk bij de oudere in de buurt. Kleinschaligheid in de wijk gaat niet vanzelf samen met doelmatige inzet van personeel. Om de schaarse zorgverleners hun werk zo doelmatig mogelijk te laten doen, heeft een grotere schaal van verpleegzorglocaties en andere nog te bouwen woonvormen toegevoegde waarde. Behoud van persoonsgerichtheid en intimiteit is daarbij een vereiste.

### Doel

Efficiënt omgaan met schaars zorgpersoneel. Met grotere locaties kunnen zorgverleners in hun werktijd meer ouderen helpen en kan ook meer specialistische verpleegzorg goed worden georganiseerd.

### Ingrijpendheid

Concentreren van zorg vergt een omslag in het denken: van dichtbij naar doelmatig.

### Realisatie

Omdat een omslag in het denken nodig is, is het wenselijk om te beginnen met voorbeeldprojecten.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kunst zal zijn om in grootschalige en efficiënte gebouwen toch de persoonsgerichtheid en intimiteit van kleinschaligheid te behouden.
- **Toegankelijkheid:** Grootschaligheid vergroot de toegankelijkheid.
- **Betaalbaarheid:** - PM, mogelijk leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd.
- **Bemensbaarheid:** Concentratie van zorg kan de efficiënte inzet van beschikbare arbeidskrachten vergroten, maar dit effect is onzeker en niet gekwantificeerd.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### > Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Zorg aantrekkelijker maken voor investeerders

### Achtergrond

TNO berekent dat er tot 2040 behoefte is aan circa 100.000 extra plaatsen waar verpleegzorg geboden kan worden. Alle wensen omtrent extramurale zorg, tussenvormen en wonen in de wijk ten spijt, zal bouw van extra verpleeghuislocaties in een belangrijk deel van deze behoefte moeten voorzien.

Om over voldoende goedkoop kapitaal te beschikken, moet de verpleeghuiszorg aantrekkelijker worden voor (institutionele) investeerders. De zekerheid van inkomsten is voor hen belangrijker dan de marge op zich. Bovendien gaat het om grote volumes tegelijk. Dit is voor de zorg goedkoper dan op de reguliere kapitaalmarkt.

Voor institutionele investeerders is het belangrijk dat (1) zorgaanbieders een stabiele kasstroom hebben voor het vastgoed, (2) er voldoende solvabiliteit is van de zorgaanbieders en (3) de transactiekosten voor de investeerders laag zijn doordat projecten een grote schaal hebben.

### Doel

Investeren in extra verpleeghuislocaties aantrekkelijk maken voor institutionele beleggers, opdat de noodzakelijke capaciteitsuitbreiding doelmatig plaatsvindt en niet wordt vertraagd door gebrek aan financiering.

### Ingrijpendheid

Zowel voor het beleid als voor de zorgaanbieders is deze beleids optie ingrijpend. Op dit moment geeft de rijksoverheid slechts zekerheid tot het einde van het kalenderjaar. De omslag betreft het bieden van meerjarige zekerheid, voor een duur van meer dan een kabinetsperiode. De ingrijpendheid voor de zorgaanbieders is dat zij niet langer naar believen gebouwen kunnen laten ontwerpen, maar zich moeten houden aan het eenmaal overeengekomen model. Om de gewenste massa te realiseren (en daarmee de transactiekosten voor institutionele beleggers laag te houden) is regionale samenwerking nodig. Ook zullen zorgaanbieders moeten investeren in- en samenwerken aan het verwerven van voldoende kennis over de (financiering van) zorgvastgoed.

### Realisatie

Om verpleeghuiszorg aantrekkelijker te maken voor investeerders, is het noodzakelijk dat:

- de rijksoverheid de zorgkantoren in staat stelt om langlopende contracten te sluiten met de zorgaanbieders. Hierdoor ontstaan financiële zekerheden voor zorgkantoren en zorgaanbieders en daarmee voor grote (institutionele) investeerders.
- de zorgaanbieders tot een model komen van bouwen en beheren van het vastgoed (analyse, architect, aannemers, enz.) waarvan ze niet afwijken. Bovendien zullen ze (regionaal) moeten samenwerken om voldoende massa te realiseren en kennis te ontwikkelen. Dat betekent lagere transactiekosten voor de investeerders.
- er stabiel beleid door de rijksoverheid wordt gevoerd. Het extramuraliseren van een zorgzwaartepakket, bijvoorbeeld, draagt niet bij aan de investeringsbereidheid.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De kwaliteit van leven van een alleenstaande met bijvoorbeeld dementie-fase-drie staat of valt met de beschikbaarheid van een verpleegzorgplek.
- **Toegankelijkheid:** Zonder voldoende verpleeghuislocaties ontstaan bijzonder schrijnende situaties bij ouderen thuis.
- **Betaalbaarheid:** - PM, mogelijk leidt deze maatregel tot lagere zorguitgaven, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd
- **Bemensbaarheid:** Van deze maatregel wordt geen direct effect op bemensbaarheid verwacht. Als de maatregel leidt tot extra capaciteit, zijn er extra arbeidskrachten nodig.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

#### BELEIDSOPTIES

##### Stelsel

##### 3 Kernvragen

##### Overzicht Kernvragen

##### Wat kan ik zelf?

##### Wie zorgt er voor mij?

##### Waar woon ik?

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

## Laat zorgkantoren de zorg in geclusterde wooninitiatieven zelf inkopen

### Achtergrond

Ouderen die 24/7 zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben, kunnen hun zorg vergoed krijgen op grond van de Wlz. Met een Wlz-indicatie kunnen zij ervoor kiezen om zorg niet in een instelling te ontvangen, maar thuis te organiseren. In dat laatste geval is er keuze uit de leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Met een pgb bepaalt de zorgvrager (de budgethouder, eventueel met gewaarborgde hulp<sup>1</sup>) zelf welke zorgverleners worden ingehuurd.

Het pgb is bedoeld als individueel instrument voor zorgvragers thuis, maar wordt ook collectief ingezet in pgb-gefinancierde wooninitiatieven. De pgb's van 3 tot maximaal 26 budgethouders worden dan gebundeld voor collectieve zorginkoop door het wooninitiatief. Een conservatieve schatting gaat uit van ruim 140 pgb-gefinancierde collectieve wooninitiatieven voor ouderen in 2017.<sup>2</sup>

Het inzetten van het individuele pgb-instrument voor collectieve wooninitiatieven heeft een aantal nadelen:

- De bundeling van pgb's bemoeilijkt het zicht van zorgkantoren op de rechtmatige besteding individuele zorgbudgetten.
- Het zorgkantoor heeft geen directe relatie met het wooninitiatief; toezicht en sturing op kwaliteit en besteding van gelden moeten verlopen via individuele budgethouders. Dit wreekte zich bijvoorbeeld bij corona-maatregelen, gericht op de continuïteit van collectieve wooninitiatieven, en eerder al bij de verdeling van de extra kwaliteitsegelden naar aanleiding van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Daar staat tegenover dat pgb-wooninitiatieven wel bijdragen aan de innovatie in woon-zorgconcepten.

- Het pgb lijkt bij wooninitiatieven geregeld een 'gedwongen' keuze, voor zowel budgethouders als zorgaanbieders:
  - Zorgvragers kiezen vaak voor een specifiek wooninitiatief; het pgb nemen zij vervolgens op de koop toe. Het beheer van het pgb is voor budgethouders of hun vertegenwoordigers een grote belasting: ze moeten de administratie bijhouden, corresponderen met zorgkantoren en de SVB, wijzigingen in wet- en regelgeving bijhouden en zo nodig contracten en declaraties aanpassen.
  - Startende wooninitiatieven zien het pgb vaak als de enig mogelijke leveringsvorm. Zorgaanbieders denken dat ze niet kunnen voldoen aan de eisen die het zorgkantoor hanteert bij het vpt; zorgkantoren lijken terughoudend met het contracteren van nieuwe wooninitiatieven.
- De continuïteit van de financiering via een pgb is op termijn kwetsbaar. Circa 96% van de budgethouders in de Wlz wordt vertegenwoordigd en voert dus niet zelf de regie. Dat kan leiden tot moeilijkheden als de vertegenwoordiger die rol niet langer kan vervullen. In die gevallen is niet altijd duidelijk hoe de continuïteit van de zorg gewaarborgd kan worden.

Bovendien zijn er verschillende argumenten die ervoor pleiten om zorgkantoren de zorg in collectieve woonvormen in de vorm van het vpt te laten inkopen:

- Het vpt biedt grotendeels dezelfde mogelijkheden als het pgb. Aan belangrijke motieven voor bundeling van pgb's (het mogelijk maken van 24-uurs zorg, continuïteit van zorg en invloed van de woonvorm op de samenstelling van het zorgteam) is ook tegemoet te komen met het vpt. Overigens geldt wel dat een vpt-gecontracteerde instelling in principe alle cliënten die binnenkomen via het zorgkantoor moet toelaten, terwijl pgb-gefinancierde wooninitiatieven meer zeggenschap hebben over welke budgethouders zij toelaten.
- De verschillen tussen het pgb en het vpt worden kleiner. Zorgaanbieders kiezen regelmatig voor het pgb als leveringsvorm vanwege de relatief eenvoudige verantwoording, met name omdat geen WTZi-verklaring nodig is. Dit verschil vervalgt grotendeels met de invoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) per juli 2021; die geldt ook voor veel pgb-gefinancierde collectieve

<sup>1</sup> Een persoon die de budgethouder helpt bij het voldoen aan de pgb-verplichtingen en die het budget namens de budgethouder beheert. Bij een aantal zorgprofielen is een gewaarborgde hulp verplicht.

<sup>2</sup> O.b.v. data van de Patiëntenfederatie Nederland (2015-2017) en het Zorginstituut (2017). In: Bos, A., Kruse, F. M., & Jeurissen, P. P. T. (2020). For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise?. International Journal of Health Services.



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

### Stelsel

### 3 Kernvragen

Overzicht Kernvragen

Wat kan ik zelf?

Wie zorgt er voor mij?

> Waar woon ik?

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

wooninitiatieven.

- De ervaring leert dat veel pgb-gefinancierde collectieve wooninitiatieven na enkele jaren alsnog overstappen op vpt-financiering. De vraag rijst dan of het vpt niet al bij aanvang de meest passende leveringsvorm was.
- Bij het vpt liggen de administratieve lasten meer bij de zorgaanbieder dan bij de zorgvrager. Financiering via het vpt is daardoor in het algemeen eenvoudiger dan het aanvragen en inregelen van pgb's.
- De wooninitiatieventoeslag kan vervallen – en daarmee ook de verwarring die ermee samenhangt, over de rechtmatigheid vanwege de inzet voor collectieve ruimte (gaat het om zorg of huur?).

### Doel

De zorgkantoren krijgen directe invloed op continuïteit en kwaliteit van de individueel geleverde zorg in collectieve woonvormen. De administratieve belasting van de vertegenwoordiger van de oudere wordt beperkt.

### Tijdshorizon

Gezien het aantal bestaande pgb-gefinancierde wooninitiatieven in de ouderenzorg en de verwachte terughoudendheid van zorgkantoren om startende wooninitiatieven te contracteren, is sprake van een meerjarig traject.

### Ingrijpendheid

Voor bestaande pgb-gefinancierde wooninitiatieven kan de overgang naar het vpt een behoorlijke verandering betekenen. De zorgkantoren zullen ruimte moeten gaan bieden voor innovatie op grond van financiering via het vpt.

### Realisatie

Uitgaand van een eerdere verkenning binnen VWS ('Van pgb naar ZIN')<sup>3</sup> zal nader onderzocht moeten worden wat nog nodig is om van het vpt een geschikte(re) leveringsvorm te maken voor (startende) wooninitiatieven. Voor bestaande pgb-wooninitiatieven zal er een overgangsregeling moeten komen. De zorgkantoren zullen de pgb-gefinancierde wooninitiatieven bij de overgang naar het vpt begeleiding moeten bieden.

### Effecten op

- **Kwaliteit:** De directere sturing door het zorgkantoor zal de kwaliteit van de individueel geleverde zorg in collectieve woonvormen ten goede komen.
- **Toegankelijkheid:** Geen duidelijk effect.
- **Betaalbaarheid:** Mogelijk leidt deze maatregel tot hogere zorguitgaven, maar dit effect is onzeker en nog niet gekwantificeerd.

### Gerelateerd

Scheiden wonen en zorg

<sup>3</sup> Beleidstraject directie Langdurige zorg (2018); onderdeel van het projectplan 'Innovatie Wlz'.





# Vervolg op dialoognota

## Raadpleging en maatschappelijke dialoog

Vanaf de zomer 2020 heeft VWS andere departementen, koepels, beroepsorganisaties, brancheorganisaties, cliënten-, patiënten-, en ouderenorganisaties meegenomen in het proces en de globale inhoudelijke opbouw van de notitie. In deze preconsultatie zijn diverse partijen gesproken.

In de periode februari-maart zal een intensieve raadpleging plaatshebben met een veelheid aan stakeholders onder leiding van BeBright.

Vervolgens heeft een nieuw kabinet de mogelijkheid een flink aantal van deze fiches over te nemen om verder uit te werken tijdens het begin van de volgende kabinetsperiode. De maatschappelijke dialoog gaat dus na de verkiezingen verder! Tot eind 2021 wordt in het gehele land breed gesproken met mensen over wat er nodig is om goed en fijn oud te worden.

## Governance uitvoering beleidsopties

Om de herziening van de ouderenzorg vorm te geven en beleidsopties uit te gaan voeren zijn verschillende opties denkbaar:

- Sluiten van een Nationaal Akkoord zorg voor ouderen waarin betrokken partijen concreet afspraken maken.
- Aanstellen van een Nationaal Commissaris zorg voor ouderen.

Deze opties worden hierna verder uiteengezet.



OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Raadpleging en  
maatschappelijke dialoog

Opties voor governance  
uitvoering beleidsopties

# Raadpleging en maatschappelijke dialoog

Februari 2021 : raadpleging  
Maart : afronding en publicatie Dialoognota Ouderenzorg  
Daarna : maatschappelijke dialoog



**Vertrekpunt:** Startend vanuit de maatschappelijke vraag, wordt de ouderenzorg gebruikt als uitgangspunt waarbij tijdens het proces uitbreiding van de scope naar andere sectoren een reële mogelijkheid is



**Systeem- en leefwereld:** Het beseft van de aanwezigheid van afstand tussen de systeemwereld (alles wat we hebben ontwikkeld aan instellingen en structuren) en de leefwereld (het ervaringsdomein waarin mensen met elkaar omgaan) is verankerd in het proces



**Co-creatie:** Alle relevante stakeholders worden betrokken en werken mee in het proces. Dit is essentieel, niet alleen voor het **lerend vermogen**, maar ook omdat draagvlak nodig is om de beleids- en innovatie-agenda in de volgende kabinetsperiode te kunnen implementeren



OUDEREN

NOODZAKELIJKE  
HERZIENING OUDERZORG

BELEIDSOPTIES

VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Raadpleging en  
maatschappelijke dialoog

> Opties voor governance  
uitvoering beleidsopties

# Opties voor governance uitvoering beleidsopties

De dialoognota schetst mogelijke maatregelen om de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid op de langere termijn te borgen. Deze maatregelen vergen aanpassing van wet- en regelgeving, waarmee de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling duurzaam (langer dan één kabinetsperiode) wettelijk worden verankerd. Er zijn ook alternatieven mogelijk.

- > Nationaal akkoord zorg voor ouderen
- > Nationaal commissaris zorg ouderen



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

### BELEIDSOPTIES

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Raadpleging en  
maatschappelijke dialoog

> Opties voor governance  
uitvoering beleidsopties

## Nationaal Akkoord zorg voor ouderen

### Achtergrond

Om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor ouderen ook in de toekomst te kunnen waarborgen zijn aanpassingen nodig in de wijze waarop de zorg is georganiseerd in brede zin (verantwoordelijkheidsverdeling, financiering etc.). De dialoognota schetst een aantal opties voor kortere en langere termijn en minder en meer ingrijpend van aard. Veel beleidsopties vragen om aanpassing van wet- en regelgeving, waarmee nieuwe rollen en verantwoordelijkheden duurzaam wettelijk worden verankerd. Voor het bereiken van sommige doelstellingen kunnen afspraken met verantwoordelijke partijen een snel alternatief zijn, daar wet/stelselwijzigingen (inclusief implementatie en transitie) veel tijd kosten.

Het sluiten van een breed akkoord zorg voor ouderen biedt perspectief omdat:

- ook andere domeinen (wonen, onderwijs, mobiliteit) betrokken kunnen worden;
- het bijdraagt aan het urgentiebesef, eigenaarschap en actie van meerdere departementen, medeoverheden, zorginkopers, zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, professionals, ouderen(organisaties), bedrijfsleven, burgers, etc.
- snel concrete afspraken gemaakt kunnen worden voor korte en langere termijn die al in de komende kabinetsperiode merkbaar resultaat kunnen opleveren (bijvoorbeeld in het realiseren van meer verpleeghuiscapaciteit, meer woon-zorgcombinaties, beter ondersteuning van informele zorg, meer personeel etc.)

### Doel

Binnen de huidige stelsels met betrokken partijen tot concrete, afrekenbare afspraken komen hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor ouderen in de komende kabinetsperiode wordt verbeterd en wie welke verantwoordelijkheid daarin neemt.

### Tijdshorizon

Één kabinetsperiode

### Ingrijpendheid

Het sluiten van een akkoord waarin alle partijen eigenaarschap ervaren zal minder ingrijpend worden ervaren dan top-down opgelegde stelselwijzigingen waarbij verantwoordelijkheden via wetgeving worden afgedwongen. Het sluiten van een dergelijk akkoord is, vanwege de breedte en de omvang van het vraagstuk, een grote opgave die in korte tijd tot stand zal moeten worden gebracht.

### Realisatie

In een nationaal akkoord zorg voor ouderen kunnen afspraken gemaakt worden over o.a. te realiseren capaciteit (verpleeghuiscapaciteit, woon-zorgcombinaties); personeel (opleiden, werkgeverschap, inzet van informele zorg); gezamenlijk beeld van de te realiseren kwaliteit; innovatie; samenwerking tussen domeinen en soepele overgang van cliënten, preventie etc. Aanvullend worden randvoorwaarden afgesproken, zoals:

- a. Een (meerjarig) budgettair kader inclusief beheersafspraken;
- b. Instrumenten voor zorgkantoren en gemeenten om doelmatigheid te bevorderen;
- c. Regie op randvoorwaarden door gemeenten: grond, vergunningen, opdracht aan corporaties;
- d. Transparantie;
- e. Digitale gegevensuitwisseling



## OUDEREN

## NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

## BELEIDSOPTIES

## VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Raadpleging en  
maatschappelijke dialoog

Opties voor governance  
uitvoering beleidsopties

Met de inhoudsopgave van een akkoord kan worden gestart parallel aan de consultatie van deze houtskoolschets, met het oog op sluiten van een akkoord z.s.m. na aantreden van een nieuw kabinet. Komende kabinetsperiode staat dan in het teken van (gezamenlijk) uitvoeren van afspraken.

Voorwaarden voor het sluiten van een akkoord zijn: voldoende ruimte in een regeerakkoord om invulling te geven aan de gezamenlijke opgave door vooral randvoorwaarden neer te zetten en ruimte te bieden aan veldpartijen voor nadere invulling; en een goede maatschappelijke dialoog op basis waarvan partijen zich bewust zijn van de urgentie, zich mede-eigenaar voelen van het vraagstuk en bereidheid tonen op zoek te gaan naar het gezamenlijk belang.

### Effecten op

**Toegankelijkheid:** de verwachting is dat sneller resultaten (extra capaciteit) realiseerbaar zijn via een akkoord dan via wetgeving/stelselaanpassingen. Daar staat tegenover dat een akkoord een looptijd kent van 1 kabinetsperiode.

**Kwaliteit:** maakt onderdeel uit van een akkoord

**Betaalbaarheid:** de financiële randvoorwaarden uit het Regeerakkoord zijn harde randvoorwaarden voor een akkoord. Zorginkopers moeten daarbij het juiste instrumentarium ter beschikking krijgen om doelmatigheid te bevorderen en binnen de financiële kaders de afgesproken doelstellingen te realiseren.

**Nagedacht** moet worden over een beheersinstrumentarium.

**Bemensbaarheid:** maakt onderdeel uit van een akkoord

### Overwegingen

Het sluiten van een akkoord bevordert draagvlak en kan snel tot resultaten leiden. De afspraken hebben echter een minder duurzaam karakter dan wetgeving.

Aandachtspunt is de afdwingbaarheid van de gemaakte afspraken en de bevoegdheden/het beschikbare instrumentarium om dan in te grijpen. Het is niet mogelijk partijen formeel aan de afspraken te binden, terwijl de politieke verantwoordelijkheid in stand blijft.

### Gerelateerd

Veel onderwerpen in deze verkenning kunnen worden opgenomen in de toekomstverkenning. Met de maatschappelijke dialoog wordt, vooruitlopend op een nieuw kabinet, input opgehaald voor een akkoord en geïnvesteerd in urgentiegevoel en eigenaarschap.



## OUDEREN

### NOODZAKELIJKE HERZIENING OUDERZORG

### BELEIDSOPTIES

### VERVOLG OP DIALOOGNOTA

Raadpleging en  
maatschappelijke dialoog

Opties voor governance  
uitvoering beleidsopties

## Nationaal commissaris zorg ouderen

Onder andere door demografische ontwikkelingen ontstaan op de middellange tot lange termijn grote opgaven om de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van wonen en zorg voor ouderen op de middellange tot lange termijn te waarborgen. De oplossingen voor deze opgaven liggen bij een groot aantal spelers op alle niveaus in de samenleving. Denk aan het overheidsorganisaties, inkoperswoningbouwcorporaties, zorgaanbieders, en burgers. Daarbij gaat het om investeringen met het oog op de middellange en langere termijn die los van de kortere termijnvraagstukken die ook altijd een rol spelen zullen moeten worden gedaan. De toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van wonen en zorg voor ouderen kan alleen dan goed geborgd worden als alle betrokken spelers goed samenwerken (Zie ook overweging Sturing).

Bij het vraagstuk of we als gevolg van klimaatverandering achter de dijken nog wel veilig zijn is gekozen voor het model van een nationaal programma (het deltaprogramma) van noodzakelijke maatregelen, een begrotingsfonds (het deltafonds) waaruit de noodzakelijke maatregelen worden bekostigd (deltafonds) en een nationaal regisseur Deltacommissaris: een wettelijk verankerde nationaal commissaris die stuurt op samenhang, integraliteit en voortgang van het deltaprogramma en op draagvlak voor de te treffen maatregelen.

Het model van een “deltaprogramma” onder leiding van een nationaalcommissaris zorg voor ouderen is een model waarbij de relevante partijen aan de slag moeten, maar waar wel één partij de regie heeft om de opgaven verder te brengen. Het is geen almachtige partij. Hij/zij heeft de taak andere partijen te verleiden hun verantwoordelijkheid te nemen en heeft een stevige verankering passend bij zijn opdracht “verbindende nationale regie” Ook heeft hij de daarbij passende bevoegdheden, zoals het doen van een voorstel voor een programma zorg voor ouderen aan de verantwoordelijke bewindspersonen. Het lijkt een model waarmee ingewikkelde vraagstukken een stap verder gebracht kunnen worden, maar vraagt verdere uitwerking.

Voor de bekostiging van de in het programma zorg voor ouderen opgenomen maatregelen zou ook een fonds in het leven kunnen worden geroepen waarin de benodigde middelen (van verschillende partijen zouden kunnen worden ondergebracht. Dit model lijkt ook toepasbaar voor de zorg voor ouderen, maar vraagt verdere uitwerking.

De evaluaties van de Deltacommissaris zijn tot nu toe positief geweest. Succesfactoren in de aanpak die ook voor wonen en zorg voor ouderen relevant zijn:

- De maatschappelijke opgave staat centraal: een helder en begrijpelijk doel dat partijen verbindt;
- Een samenwerkend bestuur;
- Een nationale aanpak in tegenstelling tot de klassieke Rijksprogramma's. Het is een gezamenlijke onderneming, een investering in elkaar;
- Gezamenlijke kennisopbouw (kennis op basis van need to know bij dit kennisgedreven thema);
- Langdurige opgave vraagt om een flexibele strategie en bestuurlijke wendbaarheid en continuïteit in de uitvoering;
- Beschikbaarheid van financiële middelen;
- De rol van de nationaal commissaris is heel belangrijk:
  - Het is de consensusarchitect.
  - Deze schept voorwaarden (neemt zelf geen bindende beslissingen) waaronder een cluster van partijen zich in vrijheid committeert aan gezamenlijk ontwikkelde beslissingen;
  - Hij dicteert niet hoe het gaat lopen: hij fluistert, verleidt, moedigt aan, geeft vertrouwen;
  - Hij legt verbindingen tussen organisaties, bestuurslagen en sectoren;
  - Gezag en invloed worden vooral ontleend aan stijl, gedrag en zichtbaarheid, naast een wettelijke verankering.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Directie Langdurige Zorg (DLZ)  
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag  
T 070-340 79 11

Februari 2021 | Publicatie-nr. 130317

