



Rijksoverheid

Niets doen is geen optie

IBO Ouderenzorg



Niets doen is geen optie

IBO Ouderenzorg

Inhoud

VOORWOORD	4
SAMENVATTING	6
1. INLEIDING	11
1.1 AANLEIDING EN DOEL VAN HET IBO	11
1.2 CENTRALE VRAAGSTELLING	12
1.3 AFBAKENING	12
1.4 LEESWIJZER	13
2. BESCHRIJVING VAN HET HUIDIGE BELEID OUDERENZORG EN HET BEGRIP HOUDBAARHEID	14
2.1 OUDERENZORG: ZORG EN ONDERSTEUNING UIT DRIE STELSLS	14
2.2 EIGEN BETALINGEN	15
2.3 DRIE DIMENSIES VAN HOUDBAARHEID	16
3. ANALYSE ZORG EN ONDERSTEUNING AAN OUDEREN	18
3.1 VERANDERENDE OUDERENPOPULATIE	18
3.2 UITGAVENRAMING TOT 2040 BIJ ONGEWIJZIGD BELEID	18
3.3 UITGAVEN OUDERENZORG IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF	19
3.4 TWEE OMBUIGINGSPADEN	20
3.5 RAMING VAN DE ARBEIDSVRAAG VAN DE OUDERENZORG BIJ ONGEWIJZIGD BELEID	22
3.6 MAATSCHAPPELIJKE HOUDBAARHEID BIJ ONGEWIJZIGD BELEID	23
3.7 PRIKKELS IN DE OUDERENZORG	24
4. BELEIDSOPTIES	28
4.1 INTRODUCTIE	28
4.2 ALGEMENE RANDVOORWAARDEN VOOR HOUDBARE OUDERENZORG	28
4.3 MAATREGELEN COALITIEAKKOORD EN RESTERENDE BUDGETTAIRE OPGAVE	31
4.4 KEUZES VOOR HOUDBARE OUDERENZORG	33
4.5 KEUZEMENU BELEIDSOPTIES	36
4.5.1 Categorie A: Maatregelen die de doelmatigheid verbeteren	39
4.5.2 Categorie B: Maatregelen die de toegang tot collectief gefinancierde zorg en ondersteuning of beperken	42
4.5.3 Categorie C: Eigen betalingen	44
IBO OUDERENZORG	2

4.6	MOGELIJKE KEUZES	49
4.7	AANBEVELINGEN	50
5.	LITERATUURLIJST	51
	BIJLAGE 1 – TAAKOPDRACHT	53
	BIJLAGE 2 – SAMENSTELLING WERKGROEP	56
	BIJLAGE 3 – GERAADPLEEGDE EXPERTS	57
	BIJLAGE 4 – BESTAANDE BELEIDSOPTIES: SYNTHESE VAN BESTAAND ONDERZOEK	60
	BIJLAGE 5 – NOTITIE ARBEIDSBESPARENDE TECHNOLOGIEËN IN DE OUDERENZORG	75
	BIJLAGE 6 – BESTEDINGSINDEX OUDEREN MET ZORG OF ONDERSTEUNING UIT DE WLZ OF WMO	83

Voorwoord

Nederlanders worden steeds ouder en brengen een steeds groter deel van hun leven in goede gezondheid door. Dat is een mooie ontwikkeling, maar we kennen ook allemaal de uitspraak dat de ouderdom met gebreken komt. Voor veel ouderen komt er een moment dat zij zorg en ondersteuning nodig hebben. Dat kan gaan om iemand die de boodschappen doet of helpt bij het schoonhouden van het huis, maar ook om dagelijkse hulp bij het opstaan en persoonlijke verzorging of begeleiding tot een verhuizing naar een verpleeghuis.

De komende jaren neemt het aantal ouderen sterk toe, ook het aantal oude ouderen en zorgbehoevende ouderen. Dit IBO schetst wat dit groeiend aantal ouderen betekent voor de ouderenzorg, zowel financieel als personeel en maatschappelijk. Zonder nadere ingrepen zal niets doen leiden tot een situatie waarbij de kans groot is dat de noodzakelijke zorg niet meer voor iedereen toegankelijk is, wat de meest kwetsbaren het hardst zal treffen. De prijs van niet ingrijpen is dus hoog. Dit IBO beschrijft ook mogelijkheden om in te grijpen. Wat houdbare ouderenzorg is, is een politieke keus. Maar hoe die ook uitvalt, Niets doen is geen optie. De geschetste mogelijkheden om in te grijpen langs de lijnen van doelmatigheidsmaatregelen, pakketmaatregelen en hogere eigen bijdragen kennen elk hun eigen voors en tegens. Maatschappelijke acceptatie van de maatregelen vergt vooral een maatschappelijke bewustwording dat Niets doen geen optie is, teneinde de zorg ook voor de meest kwetsbaren toegankelijk te houden.

Op 1 december 2021 ging dit IBO van start. Een paar weken later lag er een coalitieakkoord met een pakket aan maatregelen voor de ouderenzorg, die de IBO-werkgroep mocht inpassen in haar rapport. De werkgroep begon haar vergaderingen digitaal tijdens een lockdown maar kon elkaar sinds de zomer ook fysiek ontmoeten. Ik ben de werkgroepleden erkentelijk voor hun bijdragen in woord en geschrift. Wat is een IBO-werkgroep en voorzitter zonder secretariaat? Leida Lamers, Tim van der Valk, Ewout de Graaf, Christiaan Schakel en later Gertjan Dordmond dank voor jullie inzet en het vele werk dat jullie hebben verzet. Tot slot wil ik de mensen in het veld en de deskundigen waarmee de werkgroep heeft gesproken danken voor hun bijdragen.

Theo Langejan, voorzitter IBO Ouderenzorg
Den Haag, 23 februari 2023

Niets doen is geen optie



Het aantal ouderen en kwetsbare ouderen in Nederland neemt de komende twee decennia sterk toe. Dit leidt tot een enorme toename in de behoefte aan ouderenzorg. Dit heeft grote gevolgen voor onze samenleving en vraagt om ingrijpende keuzes.

Ouderenzorg in 2040

De ouderenzorg in dit onderzoek omvat langdurige zorg en ondersteuning aan ouderen. Dit is onder andere huishoudelijke hulp, wijkverpleging en verblijf en zorg in het verpleeghuis.

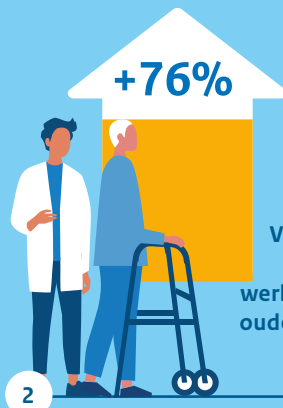
Doorgaan op de huidige manier betekent:



Hogere kosten voor de ouderenzorg

Financieel

De uitgaven aan ouderenzorg verdubbelen tot 37 miljard in 2040. Ter vergelijking: dat is bijna evenveel als dat we nu uitgeven aan onderwijs en vijf keer zoveel als we nu uitgeven aan politie.



Veel meer mensen werkzaam in ouderenzorg

Personeel

In 2040 zijn er 367.000 zorgverleners meer nodig voor de ouderenzorg. Een persoon extra werkzaam in de zorg betekent een persoon minder voor de klas of bij de politie.



Minder toegang tot zorg en ondersteuning

Maatschappelijk

Er zal in de toekomst meer gevraagd worden van ouderen zelf en de samenleving. Door de enorme vraag en te weinig personeel moeten ouderen langer wachten op zorg en ondersteuning en krijgen zij minder dan nu. Dit botst met de huidige maatschappelijke verwachtingen.

Oplossingsrichtingen en randvoorwaarden



Wat kan de overheid doen?

Doelmatigheid vergroten

Maatregelen om efficiënter te gaan werken in de ouderenzorg. Slimme oplossingen maken de zorg goedkoper en betekent dat er minder zorgpersoneel nodig is. Bijvoorbeeld meer inzet van technologie.

Verzekerd pakket verkleinen

Minder zorg is verzekerd, dit zorgt voor minder publieke uitgaven aan ouderenzorg. Ouderen die deze zorg en ondersteuning nodig hebben betalen dat zelf en moeten dit zelf organiseren. Niet iedereen kan dat. Minder verzekerde zorg levert alleen een oplossing voor personeelstekorten als het ook daadwerkelijk de zorgvraag vermindert.

Eigen betalingen verhogen

Hogere eigen betalingen zorgen voor minder publieke uitgaven aan ouderenzorg. Hogere eigen betalingen in de ouderenzorg betekenen dat ouderen die zorg en ondersteuning gebruiken meer zelf betalen. Hogere eigen betalingen helpen beperkt bij het oplossen van het personeelstekort.



Randvoorwaarden

De maatschappelijke impact van aanpassingen in de ouderenzorg is groot. Dit vraagt om:

Maatschappelijke dialoog

Er is een maatschappelijk gesprek nodig. Hoeveel zorg en ondersteuning willen en kunnen we bieden aan onze (kwetsbare) ouderen? En wie is hier verantwoordelijk voor en wie betaalt het? Daarnaast is het belangrijk dat toekomstige ouderen bewust gemaakt worden van het belang van een goede voorbereiding op hun oude dag.

Gemeenschapskracht

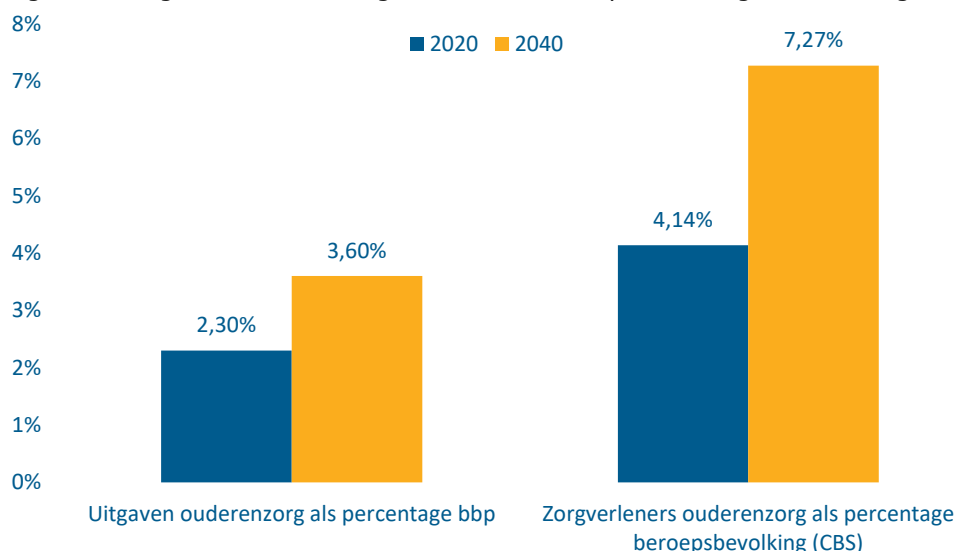
Zorgen voor elkaar is belangrijk. De toekomstige ouderen zullen meer zelf moeten doen of binnen hun eigen netwerk. De overheid kan daarbij helpen door mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. Ook een goede woning en voldoende voorzieningen in de buurt zijn daarbij belangrijk.

Samenvatting

Ongewijzigd beleid in de ouderenzorg is niet vol te houden

- Het aantal oude ouderen neemt de komende twee decennia sterk toe. Samen met een verwachte stijging van de levensverwachting naar ruim 85 jaar in 2040 draagt dit bij aan een toename in de prevalentie van dementie en andere chronische aandoeningen. De vraag naar ouderenzorg stijgt daardoor fors. De problematiek in Nederland zal in vergelijking met andere Europese landen nog relatief sterk toenemen omdat Nederland nog maar aan het begin van de vergrijzingsgolf staat. Deze demografische ontwikkelingen vormen een grote maatschappelijke opgave.
- Door de groei van de vraag naar ouderenzorg komt de betaalbaarheid steeds verder onder druk te staan. De uitgaven aan de ouderenzorg nemen bij ongewijzigd beleid toe van 2,3 procent van het bruto binnenlands product (bbp) in 2021 naar 3,6 procent van het bbp in 2040. Het is niet mogelijk om deze groeiende uitgaven in te passen zonder de belastingen of de eigen betalingen te laten stijgen en/of te bezuinigen op andere overheidsuitgaven. Ongewijzigd beleid betekent een relatieve financiële beperking voor andere publieke sectoren, zoals onderwijs en veiligheid.
- Door de groei van de vraag naar ouderenzorg neemt de druk op de arbeidsmarkt steeds verder toe. Tussen 2020 en 2040 neemt de vraag naar zorgverleners in de ouderenzorg bij ongewijzigd beleid met 367.000 mensen toe. Het beslag op de beroepsbevolking stijgt daarmee van 4,14 procent in 2021 naar 7,27 procent in 2040. Daar komt bij dat het mantelzorgpotentieel daalt. Bij ongewijzigd beleid is het maar zeer de vraag of er wel voldoende zorgpersoneel en informele zorg beschikbaar zal zijn om aan de zorgvraag te voldoen. Bovendien zal de grote arbeidsvraag in de ouderenzorg bij ongewijzigd beleid leiden tot relatief minder arbeidsaanbod voor andere zorgbranches en andere sectoren.

Figuur 1: Uitgaven ouderenzorg en aandeel beroepsbevolking ouderenzorg in 2020 en 2040



- De groei van de vraag naar ouderenzorg doet een steeds groter beroep op de maatschappelijke acceptatie. Ongewijzigd beleid betekent waarschijnlijk onvoldoende aanbod van zorgpersoneel wat kan leiden tot verstopping van de zorgketen, lange wachtlijsten, toenemende verschillen tussen arm en rijk in de toegankelijkheid van zorg en een verlies aan kwaliteit van leven en levensjaren. Grote groepen ouderen met een

zorgbehoefte, zeker diegenen die het geld en/of de (digitale) gezondheidsvaardigheden missen om zorg zelf (of met familie en vrienden) te organiseren, zullen hun toegang tot en kwaliteit van zorg en ondersteuning zien afnemen. Tegelijkertijd zijn de maatschappelijke verwachtingen over de ouderenzorg hooggespannen.

Houdbare ouderenzorg is een *wicked problem*

- Hoe te komen tot toekomstbestendige ouderenzorg is een *wicked problem*; een complex probleem waarvoor geen eenvoudige oplossing bestaat. Het is zowel een financiële, personele, als maatschappelijke opgave, waar vele partijen met eigen (zorg)behoeften, belangen en verwachtingen bij betrokken zijn.
- In de praktijk zal dit waarschijnlijk betekenen dat ook de komende kabinetten voor lastige keuzes staan, maar het gezien de grote maatschappelijke opgave in combinatie met de maatschappelijke verwachtingen bijna niet goed kunnen doen. De financiële en personele schaarste zal in de komende jaren alleen maar toenemen en zorgbehoevende ouderen kunnen daardoor buiten de boot vallen. Hoe deze financiële en personele schaarste te (her)verdelen, ook met publieke sectoren buiten de zorg, is zowel een politiek als maatschappelijk lastige vraag.

Operationalisering van financieel houdbare zorg

- Een toekomstbestendige ouderenzorg is zowel financieel, personeel als maatschappelijk houdbaar. De IBO-werkgroep heeft een synthese van maatregelen die naar voren kwamen uit bestaand onderzoek uitgevoerd. Kwantitatief zijn op dit moment alleen de financiële effecten bekend van een deel van deze maatregelen. De personele en maatschappelijke effecten worden kwalitatief geduid. De geïnventariseerde maatregelen zien voornamelijk toe op de financiële houdbaarheid en in mindere mate op de personele houdbaarheid. De maatschappelijke effecten zijn lastig in te schatten.
- Wat als financieel houdbaar wordt gezien, is een politieke keuze. Daarom presenteert de IBO-werkgroep twee ombuigingspaden: een pad waarbij de groei van de zorguitgaven wordt beperkt tot de demografische ontwikkeling en een pad waarbij de groei zich beperkt tot de ontwikkeling van het bbp. De budgettaire opgaven om tot deze paden te komen, na verwerking van de geschatte opbrengsten uit het coalitieakkoord, staan in onderstaande tabel.

Tabel 1: basispad collectieve uitgaven aan ouderenzorg tot 2040 en twee ombuigingspaden

Omschrijving (miljoenen euro's)	2021	2025	2029*	2035	2040
Netto collectieve uitgaven (exclusief besparingen coalitieakkoord)	18.640	21.791	25.270	31.334	36.626
Besparing Coalitieakkoord		-907	-1.057	-1.330	-1.610
Netto collectieve uitgaven (inclusief besparingen coalitieakkoord)		20.884	24.213	30.004	35.016
Budgettaire opgave (na CA):					
Groei beperken tot demografie		95	-599	-1.809	-2.332
Groei beperken tot BBP		-331	-2.654	-7.256	-11.227

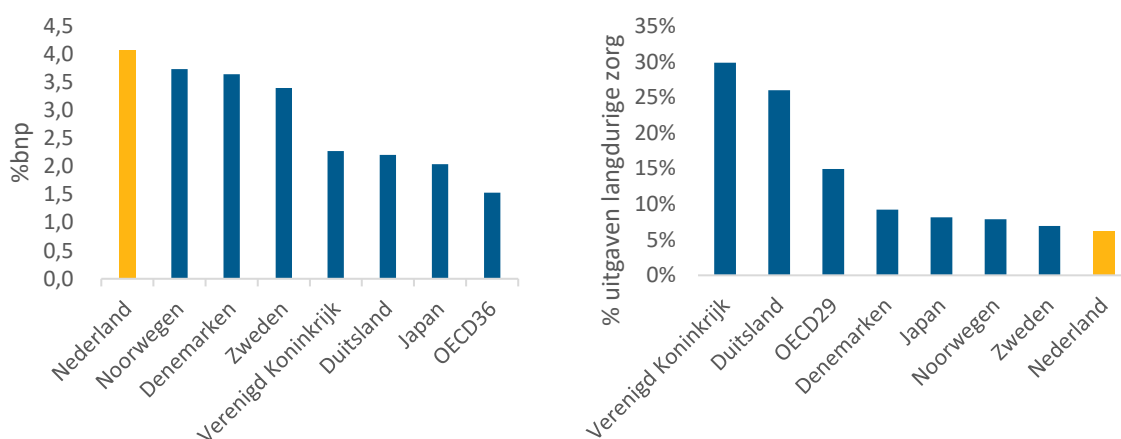
* Het referentiejaar is 2029.

Een keuzemenu met drie typen maatregelen voor financieel houdbare zorg

- De IBO-werkgroep presenteert een keuzemenu met drie typen maatregelen: maatregelen die de doelmatigheid van de ouderenzorg verbeteren, maatregelen die de toegang tot collectief gefinancierde zorg beperken en maatregelen die de eigen betalingen beter inrichten en/of verhogen.

- Doelmatigheidsmaatregelen zullen veelal de voorkeur hebben boven pakketmaatregelen en maatregelen die de eigen betalingen verhogen. De Wlz kent geen inherente doelmatigheidsprikkels zoals de Zvw en de Wmo. Bij doelmatigheidsmaatregelen is de kwaliteit van zorg en ondersteuning een aandachtspunt. Het is van belang dat de efficiëntie wordt verhoogd zonder dat dit ten koste gaat van de kwaliteit. Afhankelijk van nader onderzoek en uitwerking van de doelmatigheidsmaatregelen moet worden bezien in hoeverre met doelmatigheidsmaatregelen op de in kaart gebrachte ombuigingspaden te geraken is of dat daarvoor ook maatregelen nodig zijn die het collectief gefinancierde pakket inperken en/of de eigen betalingen verhogen.
- In internationaal perspectief is in Nederland het collectief gefinancierde pakket relatief omvangrijk en zijn de eigen betalingen relatief laag.

Figuur 2: Totale uitgaven (links) en eigen betalingen (rechts) aan ouderenzorg en ondersteuning in internationaal perspectief



- De keuze tussen maatregelen die het pakket inperken of maatregelen die de eigen betalingen verhogen hangt samen met twee fundamentele afwegingen: zorgsolidariteit en risicosolidariteit. Zorgsolidariteit gaat over de vraag of iedereen toegang heeft tot gelijke zorg of dat er verschillen mogelijk zijn. Risicosolidariteit betreft de afweging of de kosten van de zorg volledig verzekerd moeten zijn of dat een deel van de kosten voor rekening van de zorggebruiker komt. Op dit moment kent de Nederlandse ouderenzorg een hoge mate van zowel zorg- als risicosolidariteit. Het relatieve belang van deze twee vormen van solidariteit kan richting geven aan de keuze tussen (combinaties van) maatregelen die het pakket inperken of de eigen betalingen verhogen. Deze keuzes hebben gevolgen voor de risico's en verantwoordelijkheden die zorgbehoevenden dragen.
- Het keuzemenu presenteert beleidsalternatieven die grotendeels binnen het huidige stelsel passen. Het potentieel van stelselwijzigingen, waarbij bijvoorbeeld alle ouderenzorg onder één wet met een risicodragende uitvoerder gebracht wordt, is niet nader door de IBO-werkgroep onderzocht.

Draagvlak voor noodzakelijke verandering vereist een maatschappelijk dialoog, want ongewijzigd beleid in de ouderenzorg is ook een ingrijpende keuze

- Zorgbehoevende ouderen zullen in de toekomst op minder zorg en ondersteuning kunnen rekenen. En deze toekomst is nabij. De omvang van de voorliggende opgave en de daarbij horende keuzes lijken nog onvoldoende onderkend en besproken. Het huidige kabinet zet stappen, maar meer zal nodig zijn. Niet ingrijpen betekent dat keuzes voor ons gemaakt worden met mogelijk pijnlijke uitkomsten.

- Draagvlak voor noodzakelijke keuzes vereist een politiek en maatschappelijk debat over de reikwijdte van collectief gefinancierde ouderenzorg en de verdeling van schaarse financiële en personele middelen. Hoeveel zorg en ondersteuning kunnen en willen we bieden aan onze (kwetsbare) ouderen? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat ouderen goed voorbereid zijn op ouder worden? Hoe activeren we de gemeenschap zodat ouderen een goed netwerk om zich heen hebben? Welke verantwoordelijkheid kunnen ouderen en hun omgeving zelf dragen?

Inzetten op gemeenschapskracht en daarmee netwerken rondom ouderen verbeteren kan een bijdrage leveren aan het verminderen van de zorgvraag

- Gemeenschapskracht vereist dat de omgeving van ouderen, inclusief vrijwilligers en particuliere organisaties, eerder en breder een rol pakken. Dit kan vroegsignalering faciliteren, sociale problematiek verminderen en daarmee het aantal en de zwaarte van de zorgvragen dempen. Gemeenschapskracht vereist voldoende ondersteuning voor mantelzorgers en vrijwilligers. Geschikt woningaanbod voor ouderen kan de beweging van gemeenschapskracht versterken. Aandachtspunten bij passende woningen zijn nabijheid van een netwerk en voldoende voorzieningen in de buurt.
- Over de potentie van gemeenschapskracht en in hoeverre het potentieel al is benut bestaan verschillende beelden. De verwachtingen van gemeenschapskracht moeten daarom wel realistisch zijn. Mensen doen ook nu al pas een beroep op formele zorg als de mogelijkheden van het netwerk zijn uitgeput. Extra belasting van het netwerk kan bovendien leiden tot ziekteverzuim en minder arbeidsparticipatie. Sterkere netwerken rondom ouderen zullen slechts een deel van de oplossing kunnen bieden.

Hoe nu verder?

De financieel, personeel en maatschappelijk opgave van de ouderenzorg richting 2040 vereist een maatschappelijke dialoog en politiek ingrijpende keuzes door meerdere opeenvolgende kabinetten. Doorgaan op de huidige manier zonder grote nadelige gevolgen voor de ouderenzorg en/of andere sectoren kan niet. De gevolgen zullen voor velen direct of indirect voelbaar zijn. Dit vraagt om heldere en eerlijke communicatie, hoe onplezierig de boodschap ook is. Dit IBO schetst twee mogelijke financiële ombuigingspaden en een keuzemenu met maatregelen die kunnen bijdragen aan een houdbare ouderenzorg. De twee ombuigingspaden schetsten een budgettaire opgave tussen de 0,6 en 2,7 miljard euro in 2029 (na coalitieakkoord).

Er zijn meerdere openstaande vragen waar dit rapport nog een beperkt antwoord op geeft. De IBO-werkgroep doet daarom de volgende vijf aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

1. Werk – afhankelijk van de gekozen beleidsrichting - de maatregelen uit dit rapport nader uit en reken ze door in voorbereiding op de volgende verkiezingen. Daarbij is het behulpzaam als de mate van vermindering van zorggebruik per maatregel zou worden bepaald, zodat de personele effecten ingeschat kunnen worden. Wanneer wordt afgezien van een aanpassingen van het stelsel dan ligt het in de rede de mogelijkheden tot doelmatigheidsverbeteringen nader te onderzoeken.
2. De IBO-werkgroep heeft geen inzicht in wat een stelselwijziging in de ouderenzorg, waarbij alle ouderenzorg onder één wet met een risicodragende uitvoerder gebracht wordt, zou kunnen bijdragen en wat nodig is om deze te realiseren; en hoe dit zich verhoudt tot het verbeteren van het huidige stelsel. De IBO-werkgroep beveelt aan om hier nader onderzoek naar te doen, maar realiseert zich dat dit een ingrijpende stelselwijziging betreft, die grote invloed heeft op zowel de Wmo, Zvw en Wlz en niet alleen de doelgroep ouderen raakt.
3. Er zijn uiteenlopende beelden over de potentie van gemeenschapskracht en in hoeverre dit potentieel reeds wordt benut. Doe onderzoek naar het financiële, personele en maatschappelijk potentieel van gemeenschapskracht, inclusief de mogelijkheden om dit

potentieel te verzilveren, de randvoorwaarden en de bijbehorende maatschappelijke effecten.

4. Doe onderzoek naar de wijze waarop effectiviteitsonderzoek kan worden geïntensiveerd zodat het op termijn betrokken kan worden bij de vormgeving van het verzekerd pakket binnen de Wlz.
5. Doe onderzoek naar opties voor anders bouwen voor ouderen of het bevorderen van de doorstroom binnen de huidige woningvoorraad.

1. Inleiding

1.1 AANLEIDING EN DOEL VAN HET IBO

De komende jaren neemt het aantal ouderen sterk toe; zo neemt het aantal 65-plussers tot 2040 toe met circa 40% en het aantal 80-plussers verdubbelt bijna.¹ Ook zullen er in de toekomst steeds meer mensen met één of meerdere chronische aandoeningen zijn.² Dit leidt ertoe dat bij ongewijzigd beleid³ tussen 2020 en 2040 de vraag naar zorgverleners in de ouderenzorg met 76% toeneemt⁴ en de uitgaven aan ouderenzorg verdubbelen.⁵ Tegelijkertijd wordt de arbeidsmarkt juist steeds krappere en zullen er in de toekomst minder potentiële mantelzorgers per oudere zijn. Dit vraagstuk, hoe om te gaan met een toenemende vraag aan zorg terwijl het aanbod niet toeneemt, is dan ook groot en complex en, ook al lijkt 2040 ver weg, urgent.

De uitdagingen waar de ouderenzorg, en daarmee de samenleving, voor staat, zijn in de afgelopen jaren al in uiteenlopende rapporten beschreven. Zo heeft TNO becijferd dat bij ongewijzigd beleid de vraag naar intramurale verpleegzorgplekken in 2040 zal verdubbelen.⁶ De Brede maatschappelijke heroverwegingen noemt de huidige organisatie van de zorg zowel personeel als financieel onhoudbaar en heeft, net als Zorgkeuzes in Kaart, uiteenlopende beleidsopties aangereikt om de uitgaven aan ouderenzorg te beperken. De commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO) concludeerde in haar rapport dat de fysieke woon- en leefomgeving cruciaal is voor ouderen om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen en zo min mogelijk afhankelijk te worden van zorg, maar dat hier nog onvoldoende op wordt ingespeeld. Het vorige (demissionaire) kabinet heeft al deze inzichten samengebracht in de *“Dialoognota Ouder worden 2020-2040”*, met als doel een brede maatschappelijke dialoog te voeren over hoe de ouderenzorg naar de toekomst toe houdbaar in te richten. De WRR heeft in haar rapport *“Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak”* een internationale vergelijking gemaakt en de dilemma’s en oplossingsrichtingen voor de ouderenzorg geschetst. De hoofdboodschap van dit rapport is dat geen van de landen in de landenvergelijking de oplossing heeft gevonden om de uitdagingen omtrent houdbare ouderenzorg het hoofd te bieden en om de ultieme balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit, toegankelijkheid en maatschappelijk draagvlak te waarborgen. Kortgezegd ligt er veel materiaal dat de probleemanalyse naar 2040 toe beschrijft en zijn er diverse beleidsrichtingen en -opties in beeld gebracht om de ouderenzorg meer toekomstbestendig te maken.

Dit IBO heeft als doel om de keuzes in beeld te brengen die aan de orde zijn om tot een financieel, personeel en maatschappelijk houdbare ouderenzorg te komen. Daarvoor brengt de IBO-werkgroep alle bestaande inzichten in kaart en vult deze aan met nieuwe analyses, beleidsopties

¹CBS (2020). *Bevolkingsprognose 2020-2070: bevolking groeit langzamer door corona*. 5. *Toekomstige ontwikkeling van de bevolking* (cbs.nl)

² NIVEL (2019). *Zorgmonitor 2019, Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte: 2005-2018*. *Zorgmonitor 2019: Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte: 2005-2018 | Nivel* : Deze toename van chronische ziekten komt door de stijging van de levensverwachting, veranderingen in leefstijl, en door medische ontwikkelingen die vroege opsporing en behandeling mogelijk maken van voorheen terminale ziekten

³ Ongewijzigd beleid betekent dat wordt uitgegaan van het huidige beleid en het huidige pakket aan zorg en ondersteuning via publieke voorzieningen. geen beleid dat de vraag naar formele zorg en ondersteuning sterk doet verminderen en blijven aanbieden.

⁴ Gopal K, Kort J de, Linckens D, Marchal B, Veen A. (2021). *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050 Scenario's voor toekomstig zorggebruik, arbeidsmarkt en huisvesting*. Delft, ABF Research.

⁵ RIVM(2022). *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 Verslag*. *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag) | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)*

⁶ Hinkema M, van Heumen S, Egter van Wissekerke N. (2019). *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg*. TNO 2019 R12033. *Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg | Rapport | Rijksoverheid.nl*

en aanbevelingen. Een houdbare ouderenzorg vergt de inzet van meerdere opeenvolgende kabinetten. Uitstel van ingrijpende keuzes vergroot de opgave voor latere kabinetten.

1.2 CENTRALE VRAAGSTELLING

De centrale vraag van het IBO luidt:

“Dit IBO heeft als doel om de beleidsopties gericht op een houdbare ouderenzorg - die met name zitten op de eigen verantwoordelijkheid van ouderen en het verhogen van de toegangsgrens - gestructureerd in beeld te brengen samen met de randvoorwaarden om deze uitvoerbaar te laten zijn alsook maatregelen in kaart te brengen die het beroep op zwaardere, i.e. duurdere ouderenzorg kunnen voorkomen of uitstellen en wat daar randvoorwaardelijk voor nodig is. Het is van belang wonen en zorg voor ouderen in samenhang te bezien.” Vanuit deze centrale vraagstelling trachten we drie deelvragen te beantwoorden in dit rapport.

Deelvraag 1:

Welke kwantitatieve opgaven liggen er om de zorgvraag van een groeiende groep ouderen op een toekomstbestendig pad te krijgen?

Deelvraag 2:

Welke maatregelen kunnen er genomen worden om de zorg voor ouderen toekomstbestendig te krijgen?

Deelvraag 3:

Onder welke randvoorwaarden zijn de beschreven scenario's van beleidsopties uitvoerbaar, werkbaar en dragelijk?

1.3 AFBAKENING

Het IBO richt zich op de zorg en ondersteuning voor ouderen (hier afgebakend als 65-plussers) vanuit

- (1) de Wet langdurige zorg (Wlz) (de ZorgZwaartePakketten (zzp's), verpleging en verzorging),
- (2) de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015⁷) (de maatwerkvoorzieningen Wmo) en
- (3) de Zorgverzekeringswet (Zvw) (wijkverpleging).

De ouderenzorg is breder dan de bovenstaand omschreven afbakening. Ook in de ziekenhuizen en door huisartsen en in de ggz en de gehandicaptenzorg wordt zorg en ondersteuning aan ouderen geboden. Daarnaast is er sprake van substitutie-effecten, waarbij maatregelen die de ouderenzorg treffen ook een effect hebben op bijvoorbeeld de eerstelijnszorg of de acute zorg die ouderen ontvangen. Deze effecten vallen buiten de afbakening van dit IBO.

Dit IBO presenteert conform de taakopdracht verschillende beleidsopties waarmee o.a. voldaan kan worden aan een, in IBO's gebruikelijke, besparingsvariant ter hoogte van 20% van de uitgaven aan intramurale ouderenzorg in 2022 (circa €14,5 mld.). In januari 2022, dus tijdens het IBO-onderzoek, is een nieuw coalitieakkoord verschenen. Hierin zijn enkele maatregelen opgenomen die betrekking hebben op de ouderenzorg, zoals het scheiden van wonen en zorg. De beleidsopties met bijbehorende budgettaire opbrengsten uit het coalitieakkoord worden

⁷ In de rest van dit rapport wordt de Wmo 2015 aangeduid als Wmo.

meegenomen in dit IBO alvorens andere aanvullende maatregelen worden gepresenteerd (zie paragraaf 4.2).

1.4 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 beschrijft de drie zorgwetten, biedt een overzicht van de eigen betalingen en gaat in op de drie dimensies van houdbare zorg. Hoofdstuk 3 analyseert de ouderenzorg vanuit de drie dimensies van houdbare ouderenzorg inclusief de prikkels in het stelsel. In hoofdstuk 4 wordt een drietal algemene randvoorwaarden beschreven en een keuzemenu met beleidsopties gepresenteerd. Tot slot volgen een aantal aanbevelingen.

2. Beschrijving van het huidige beleid ouderenzorg en het begrip houdbaarheid

In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige inrichting van de ouderenzorg. In paragraaf 2.1 gaan we in op de verschillende wetten van waaruit ouderenzorg wordt geleverd waarna paragraaf 2.2 de systematiek van eigen betalingen bespreekt. Paragraaf 2.3 beschrijft vervolgens wat financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid behelst.

2.1 OUDERENZORG: ZORG EN ONDERSTEUNING UIT DRIE STELSLS

Ouderenzorg wordt vanuit drie wetten geleverd: de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In deze paragraaf geven we een overzicht van de zorg en ondersteuning die ouderen vanuit de verschillende wetten ontvangen.

De Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz voorziet in een volksverzekering voor zware, intensieve zorg voor mensen die 24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) verzorgt de indicatiestelling voor de Wlz. Met een indicatie kan een oudere zich wenden tot het zorgkantoor in zijn regio. De rijksoverheid stelt, om de uitgaven te beheersen, jaarlijks het macrobudget vast dat wordt verdeeld over de 31 zorgkantoorregio's. Het budget moet voldoende zijn om aan de zorgplicht te voldoen en tegelijk een prikkel bieden om doelmatig in te kopen bij zorgaanbieders. In de Wlz gelden maximumtarieven die de NZa vaststelt. Deze maximumtarieven moeten ten minste redelijkerwijs kostendekkend zijn om te kunnen voldoen aan het kwaliteitskader. Stimulering van kwaliteit of preventie via het gereguleerde tarief speelt hierbij geen rol, maar is onderdeel van het inkoopproces van de zorgkantoren (Wlz-uitvoerders).⁸ De NZa ziet toe op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Zorgkantoren zijn niet risicodragend. Zorg en ondersteuning vanuit de Wlz kan zowel met als zonder verblijf worden geleverd. Wlz-cliënten met een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb) betalen de woonkosten zelf. Bij het vpt zitten de maaltijden en het toezicht ook in de aanspraak. Bij mpt en pgb is dit niet het geval. Er is geen een-op-een relatie tussen de bewoner, de woonvorm en de financiering. Zo kan een vpt worden verstrekt in een reguliere woning, een geclusterde woonvorm met ontmoetingsruimte en in een woon-zorgcomplex. Daarbij kan het vastgoed in eigendom zijn van de zorgaanbieder of worden gehuurd (door de zorgaanbieder of de cliënt) van een woningbouwcorporatie of commerciële investeerder. In 2017 heeft het Zorginstituut het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vastgesteld. Het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg vormt hiermee de wettelijke basis voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Het Zorginstituut is de pakketbeheerder voor de Wlz. Voor ouderenzorg buiten het verpleeghuis staat het pakketbeheer echter nog in de kinderschoenen.

De Zorgverzekeringswet (Zvw)

De Zvw is een verplichte verzekering voor curatieve zorg. Voor dit IBO beperken we ons, wat de Zvw betreft, tot de aanspraak wijkverpleging. De Zvw kent voor wijkverpleging twee leveringsvormen: zorg in natura en pgb. De aanspraak op wijkverpleging is open omschreven, dit betekent dat de zorgverlener indiceert wat een patiënt aan zorg nodig heeft en zich hierbij aan

⁸ Wouterse B, Bakx P, Schut E. (2021). Prikkel voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter. ESB, 106 (4802), 486-489. Prikkel voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter ([esb.nu](https://www.esb.nu))

bestaande richtlijnen houdt. De Zvw wordt uitgevoerd door zorgverzekeraars. Zij kopen zorg in voor hun verzekerden, zijn risicodragend en hebben een zorgplicht. Verzekeraars sluiten contracten met zorgaanbieders om aan deze zorgplicht te voldoen. De laatste jaren zijn er zogenaamde hoofdlijnenakkoorden afgesloten met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de patiëntenfederatie, waarin afspraken zijn gemaakt over de groei van de uitgaven aan wijkverpleging op nationaal niveau (het akkoord bevat daarnaast ook allerlei inhoudelijke afspraken).

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

In tegenstelling tot de Wlz en de Zvw is de Wmo geen verzekering, maar een voorziening, die door gemeenten wordt uitgevoerd. Gemeenten ontvangen voor Wmo-ondersteuning een niet-geormerkt budget vanuit het Rijk en bepalen zelf hoe ze de ondersteuning voor hun inwoners regelen die onvoldoende zelf- en samenredzaam⁹ zijn om onafhankelijk en zelfstandig te wonen en te leven. Gemeenten kopen de ondersteuning in veelal via aanbestedingsprocedures. Voor ouderen gaat het daarbij vooral om begeleiding en dagbesteding, huishoudelijke hulp, woningaanpassingen, hulpmiddelen en ondersteuning van mantelzorgers. Iedere gemeente organiseert de toegang tot ondersteuning op zijn eigen manier. Sommige gemeenten kiezen voor het Wmo-loket. Veel gemeenten kiezen voor sociale wijkteams waar mensen terecht kunnen met hun hulpvraag. Wat het wijkteam precies doet, verschilt per gemeente. Een gemeente onderzoekt de persoonlijke situatie van de zorgaanvrager, via zogenaamde keukentafelgesprekken.

2.2 EIGEN BETALINGEN

De Wlz kent eigen betalingen waarvan de hoogte afhankelijk is van inkomen, vermogen, leeftijd en huishoudsamenstelling. Voor intramurale zorg betaalt de cliënt in principe de hoge eigen bijdrage (HEB) tenzij er sprake is van een uitzonderingssituatie. In het geval van een uitzonderingspositie betaalt men de lage eigen bijdrage (LEB).¹⁰ Voor zorg zonder verblijf is tevens de lage eigen bijdrage van toepassing, maar is de uiteindelijke hoogte afhankelijk van de leveringsvorm (vpt, mpt of pgb). De eigen woning en box 2-vermogen maken, in tegenstelling tot box 3-vermogen, geen onderdeel uit van de grondslag van de eigen bijdragen.¹¹ De wijkverpleging binnen de Zvw kent geen eigen bijdrage en valt niet onder het verplicht eigen risico in de Zvw. In de Wmo is voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie het abonnementstarief van toepassing. Het abonnementstarief is onafhankelijk van inkomen en vermogen.¹²

⁹ Eigen regie (ook wel zelfredzaamheid) gaat over het vermogen om dagelijkse activiteiten zelfstandig te kunnen doen. Denk aan daginvulling, administratie of relaties onderhouden. Begrippen die vaak in dit verband worden genoemd zijn eigen kracht (zelf kunnen), eigen regie (zelf bepalen) en eigen verantwoordelijkheid (zelf moeten of mogen). Mensen zijn óók zelfredzaam als ze met mensen in hun omgeving hulp organiseren. Dit noemen we samenredzaam.

¹⁰ Deze uitzonderingen zijn de eerste vier maanden van intramuraal verblijf, de aanwezigheid van een thuiswonende partner, indien de cliënt moet voorzien in het levensonderhoud van thuiswonende kinderen of als de cliënt naar verwachting terug naar huis kan keren.

¹¹ Indien de eigen woning wordt verkocht, telt de overwaarde via box 3 met 2 jaar vertraging wel mee in de grondslag voor de eigen bijdragen.

¹² In het coalitieakkoord is (per 2025) een wijziging van de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp in de Wmo voorzien.

Tabel 2.1: Minimale en maximale eigen betalingen voor ouderenzorg in 2023

Domein	Intra- /extramuraal	Leveringsvorm	Minimale eigen bijdrage p.m.	Maximale eigen bijdrage p.m.
Wlz	Intramuraal	Hoge eigen bijdrage (HEB)	€ 0	€ 2.652,40
		Lage eigen bijdrage (LEB)	€ 184	€ 966,60
	Extramuraal	Volledig Pakket Thuis (VPT)	€ 184	€ 966,60
		Modulair Pakket Thuis (MPT)	€ 26	€ 808,60
		> 20 uur		
		Modulair Pakket Thuis (MPT) <= 20 uur		€ 26
		Persoonsgebonden budget (PGB)	€ 26	€ 808,60
Zvw	Extramuraal	Wijkverpleging	n.v.t.	n.v.t.
Wmo	Extramuraal	Maatwerkvoorzieningen (en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie)		€ 19

2.3 DRIE DIMENSIES VAN HOUDBAARHEID

In de taakopdracht is opgenomen dat het IBO beleidsopties uitwerkt die leiden tot houdbare ouderenzorg. In deze paragraaf wordt het begrip houdbaarheid verkend. In lijn met de WRR (2021) kan de houdbaarheid van de ouderenzorg vanuit financieel, personeel en maatschappelijk perspectief worden beschreven.¹³ Een toekomstbestendige ouderenzorg is zowel financieel, personeel als maatschappelijk houdbaar.

Financiële houdbaarheid

Financieel houdbare ouderenzorg betekent dat we de collectieve uitgaven aan ouderenzorg als samenleving kunnen en willen dragen. De IBO-werkgroep beperkt zich tot de collectieve uitgaven omdat de rijksoverheid hier een directer handelingsperspectief kent. Financieel houdbare ouderenzorg kent geen eenduidige definitie. Wel is het mogelijk om de gevolgen te schetsen van stijgende uitgaven aan ouderenzorg voor de publieke financiën, andere collectieve sectoren en de belastingdruk.¹⁴ In paragraaf 3.4 presenteert de IBO-werkgroep twee ombuigingspaden.

Personele houdbaarheid

Personeel houdbare ouderenzorg betekent dat er in de toekomst voldoende personeel is om aan de vraag naar ouderenzorg en ondersteuning te voldoen. Dit betreft zowel de vraag naar personeel in de collectieve als de private sector en de inzet van mantelzorgers. Demografische ontwikkelingen spelen een centrale rol in de personele houdbaarheid aangezien deze zowel grotendeels verantwoordelijk zijn voor de toekomstige stijging van de zorgvraag als invloed hebben op de omvang van de werkzame beroepsbevolking. Ook de (stijging van de) arbeidsproductiviteit is van

¹³ WRR (2021), *Kiezen voor houdbare zorg Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. WRR-Rapport 104.

¹⁴ Wel bestaan er verschillende definities van houdbare overheidsfinanciën (CBP 2021). Financiële houdbaarheid van overheidsfinanciën betekent dat de overheid voldoende inkomsten genereert om de rentelasten op uitstaande overheidsschuld te financieren. Intergenerationele houdbaarheid betekent dat verschillende generaties, inclusief de toekomstige, in dezelfde mate van collectieve regelingen kunnen profiteren zonder verhoging van premies of belastingen.

belang. Personeel houdbare ouderenzorg kent geen eenduidige definitie. Wel is het mogelijk om de gevolgen van een stijgende vraag naar personeel in de ouderenzorg te schetsen. In paragraaf 3.5 schetst de IBO-werkgroep de toekomstige ontwikkeling in de arbeidsvraag in de ouderenzorg en de gevolgen.

Maatschappelijke houdbaarheid

Maatschappelijke houdbaarheid betekent dat de keuzes ten aanzien van de zorg en ondersteuning voor ouderen en hun netwerken maatschappelijk aanvaardbaar en draagbaar zijn. Hogere zorguitgaven en schaarste aan personeel kunnen de kwaliteit en toegankelijkheid tot zorg en ondersteuning onder druk zetten, hetgeen maatschappelijke effecten heeft.

3. Analyse zorg en ondersteuning aan ouderen

3.1 VERANDERENDE OUDERENPOPULATIE

Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

Het aantal oude ouderen neemt de komende twee decennia toe waarmee ook de zorgvraag stijgt.¹⁵ Samen met een stijging van de levensverwachting van 82,2 jaar in 2020 naar 85,4 jaar in 2040¹⁶ draagt dit bij aan een sterke toename in de prevalentie van dementie en andere chronische aandoeningen.¹⁷ In de Wlz-sector verpleging en verzorging (V&V) is de toegang door vorige kabinetten beperkt tot zorgzwaartepakketten (zzp) verpleging en verzorging (VV)⁴ en hoger, daarnaast zet het beleid in op langer thuis wonen. Door het voorgaande krijgt de thuiszorg (Wmo en wijkverpleging Zvw) er in verhouding meer zwaardere cliënten bij. Dit maakt het met daarbij ook nog een afnemend mantelzorgpotentieel moeilijker om te voorzien in een deel van de thuiszorg. De omvang van de ouderenpopulatie neemt bovendien sterk toe ten opzichte van de (potentiële) beroepsbevolking en het aantal potentiële mantelzorgers. Daarnaast wonen ouderen langer zelfstandig¹⁸, vaker in een éénpersoonshuishouden en zijn er dikwijls geen kinderen (in de buurt) om mantelzorg te leveren.¹⁹ Alles samengenomen wordt het steeds moeilijker formele en informele zorg te vinden en te organiseren voor een groeiende groep zorgbehoevenden.²⁰

Ouderen hebben in de toekomst gemiddeld meer te besteden en zullen vermogender zijn, maar inkomen en vermogen zullen een grotere spreiding kennen

Het gemiddelde inkomen van ouderen ligt, bij ongewijzigd beleid, in de toekomst naar verwachting hoger dan vandaag. De toekomstige oudere heeft gemiddeld gezien langer deelgenomen aan het arbeidsproces dan de oudere van vandaag waardoor de pensioenopbouw gemiddeld gezien hoger ligt. Wel nemen de verschillen toe: de rijkste groepen gaan er bovengemiddeld op vooruit terwijl er stilstand geldt voor de armere groepen. Ook de doorsnee vermogenspositie van de toekomstige oudere verbetert naar verwachting.²¹ Daarbij is de toekomstige oudere naar verwachting vaker eigenwoningbezitter dan de huidige oudere. Het vermogen in de eigen woning is in belangrijke mate verantwoordelijk voor de toename (in de spreiding) van het vermogen van ouderen in de toekomst.

3.2 UITGAVENRAMING TOT 2040 BIJ ONGEWIJZIGD BELEID

Het RIVM heeft een toekomstverkenning van de uitgaven van de ouderenzorg 2021-2040 bij ongewijzigd beleid opgesteld (hierna: basispad).²² Er is gekozen voor de periode tot 2040 omdat dit de piek van de vergrijzing is en er na 2040 (nog) meer onzekerheid in de raming zit.²³ Het basispad bevat een uitgavenraming van de ouderenzorg die uit delen van de Wet langdurige zorg (Wlz), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) bestaat. Het RIVM is daarbij uitgegaan van een maatschappelijk perspectief, dat bestaat uit zowel de collectieve

¹⁵ Ministerie van VWS (2021). *Dialognota Ouder Worden 2020 – 2040*. Publicatie-nr. 130317. [dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf](https://overheid.nl/504000/2020/01/01/dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf) (overheid.nl)

¹⁶ StatLine - Prognose periode-levensverwachting; geslacht en leeftijd, 2019-2060 (cbs.nl)

¹⁷ Ministerie van VWS (2021). *Dialognota Ouder Worden 2020 – 2040*. Publicatie-nr. 130317. [dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf](https://overheid.nl/504000/2020/01/01/dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf) (overheid.nl)

¹⁸ Alders P. en F.T. Schut (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*, 14(1), 82–100.

¹⁹ Sociaal en Cultureel Planbureau (2019). *Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040*.

²⁰ Ministerie van VWS (2021). *Dialognota Ouder Worden 2020 – 2040*. Publicatie-nr. 130317. [dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf](https://overheid.nl/504000/2020/01/01/dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf) (overheid.nl);

²¹ Analyse van de werkgroep op basis van CBS microdata.

²² *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag) | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)*

²³ De vergrijzing komt op een plateau na 2040 en de groei van de uitgaven aan ouderenzorg vlakkt na 2040 af. Zie RIVM (2020). *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060*. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties

ouderenzorguitgaven als de eigen betalingen. Op basis hiervan zijn vervolgens de netto collectieve ouderenzorguitgaven bepaald. De arbeidsproductiviteit wordt als een constante verondersteld.

Tabel 3.1 laat zien dat in het basispad de netto collectieve uitgaven aan ouderenzorg bijna verdubbelen van circa 18,6 miljard euro in 2021 tot circa 36,6 miljard euro in 2040.²⁴ De uitgaven aan de ouderenzorg nemen bij ongewijzigd beleid toe van 2,3 procent van bbp in 2021 naar 3,6 procent van bbp in 2040. Om deze stijging te kunnen faciliteren zonder de overheidsschuld (significant) op te laten lopen, zullen de belastingen moeten stijgen of andere uitgaven moeten dalen. Demografie is de belangrijkste kostendrijver: de groei van de uitgaven aan ouderenzorg wordt voor circa 80% bepaald door demografische ontwikkelingen.²⁵ WMO-EB en WLZ-EB tonen de ontwikkeling van de eigen betalingen (EB) bij ongewijzigd beleid in deze stelsels. De eigen betalingen zijn niet opgenomen in de netto collectieve uitgaven.

Tabel 3.1: Basispad uitgaven ouderenzorg in miljard euro's per jaar, op basis van demografische ontwikkelingen en inkomenseffect (de stijgende welvaart).

Jaar	Zvw	Wmo	Wmo-EB	Wlz	Wlz-EB	Totaal ouderenzorg	Netto collectieve uitgaven ¹
2021	3.504	2.250	59	12.886	1.294	19.994	18.640
2030	4.786	3.167	83	18.264	1.835	28.135	26.217
2040	6.321	4.433	117	25.873	2.601	39.344	36.626

¹ De totale uitgaven aan ouderenzorg betreffen de uitgaven voor Zvw, Wmo en Wlz inclusief eigen betalingen, de netto uitgaven exclusief eigen betalingen. Bron: Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag) | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)

3.3 UITGAVEN OUDERENZORG IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

De uitgaven aan langdurige zorg en ondersteuning in Nederland zijn internationaal gezien relatief hoog (zie figuur 3.1). Daarnaast zijn de eigen betalingen in de ouderenzorg in Nederland relatief laag (zie figuur 3.2).²⁶ Het verschil met andere landen in de uitgaven aan de langdurige zorg en ondersteuning neemt naar verwachting de komende jaren verder toe omdat Nederland in vergelijking met andere landen aan het begin van de vergrijzingsgolf zit.²⁷ Een verklaring voor de relatief hoge uitgaven in Nederland ligt deels in het grote aantal bedden in instellingen in de langdurige zorg in Nederland. Deze Nederlandse intramurale zorg is in verhouding duur omdat ook wonen, maaltijden en verschillende ondersteunende activiteiten tot de ouderenzorg worden gerekend en collectief worden betaald.

²⁴ De raming op basis van demografische ontwikkelingen hanteert de verdeling van uitgaven naar leeftijd en geslacht in 2019 zoals geanalyseerd in de Kosten van Ziekte (KvZ)-2019 studie. Deze gaat uit van de zorguitgaven volgens de CBS Zorgrekeningen 2019. Deze CBS-cijfers geven de zorguitgaven voor verschillende "actoren", met onderscheid naar zorgfunctie, financieringsvorm en perspectief. Door cijfers uit 2019 te gebruiken uit een andere bron dan die VWS hanteert voor begrotingen, en de methodiek van de Kosten van Ziekte studie, wijken de hier genoemde bedragen van het basispad af van de bedragen die VWS hanteert in haar begroting.

²⁵ In deze raming is uitsluitend rekening gehouden met demo en -inkomensgroei. Er is geen rekening gehouden met restgroei, toename van de gezonde levensverwachting of veranderingen in de arbeidsproductiviteit (Baumol).

²⁶ In de internationale vergelijking gaan we uit van langdurige zorg op basis van de Joint Health Accounts definitie van de OESO. Deze definitie omvat ook uitgaven aan bijvoorbeeld gehandicaptenzorg.

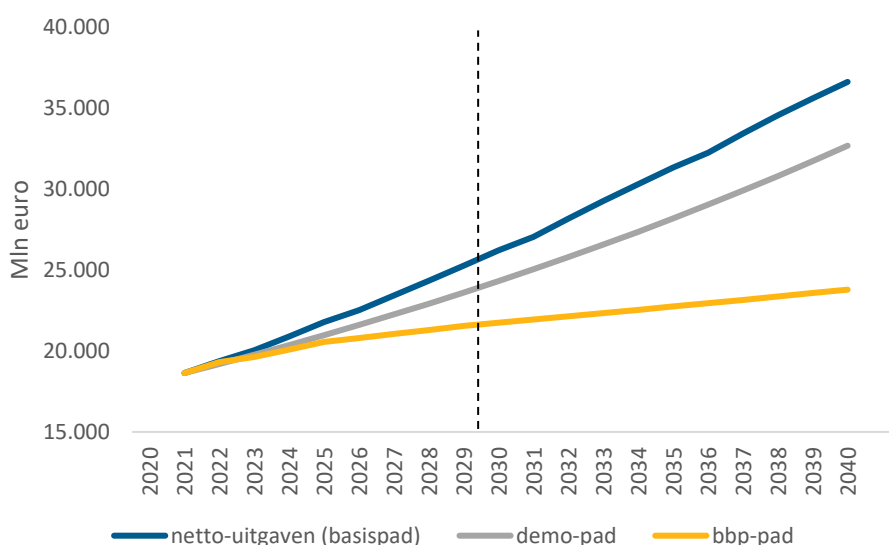
²⁷ WRR (2021). Houdbare Ouderenzorg Ervaringen en lessen uit andere landen. WRR working paper.

meer kan zijn van gelijkblijvende voorzieningen, maar sprake zal zijn van steeds soberdere collectieve arrangementen.

Ombuigingspaden afgezet tegen het basisraming RIVM

Onderstaand figuur laat zien wat de verschillende budgettaire opgaven zijn om tot de twee ombuigingspaden als mogelijke operationele definities van financieel houdbare ouderenzorg te komen. Of deze paden echt financieel houdbaar zijn is een vraag voor de politiek. Voor de ombuigingspaden geldt dat uitstel van ingrijpende maatregelen de opgave in latere jaren vergroot. De besparingsopgave in het bbp-pad neemt na 2030 relatief sterker toe dan bij het demo-pad. Dit komt omdat de jaarlijkse bbp-groei na 2030 naar verwachting kleiner is dan in eerdere jaren.

Figuur 3.3: Financiële ombuigingspaden afgezet tegen het basispad (bedragen in miljarden euro's)



Bron: Eigen berekeningen op basis van: Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag) | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)

Richtjaar 2029

De IBO-werkgroep kiest voor het jaar 2029 als uitgangspunt om het basispad en de budgettaire opgave aan elkaar te verbinden. Theoretisch is 2029 het laatste jaar van het volgende kabinet. Dat betekent dat in beeld wordt gebracht wat de budgettaire opgave in dat jaar is en daarmee de opgave voor een volgend kabinet om op een financieel gewenst pad te komen. Het jaar 2029 ligt ver genoeg in de tijd om maatregelen te kunnen voorbereiden en implementeren en toont tegelijkertijd urgentie. Opeenvolgende kabinetten zullen (forse) inspanningen moeten plegen om op het gekozen financiële ombuigingspad te kunnen blijven. Dit geldt met name voor het bbp-pad (zie gele lijn in figuur 3.3).

In tabel 3.2 wordt aangegeven wat de ombuigingspaden impliceren qua budgettaire opgave. De beleidsopties uit het coalitieakkoord zijn hier niet op in mindering gebracht.

Tabel 3.2: Besparingsopgaven voor demo en bbp ombuigingspad (bedragen x 1.000 euro)

Omschrijving	2021	2025	2029	2035	2040
Netto collectieve uitgaven	18.640	21.791	25.270	31.334	36.626
Besparingsopgave beperken tot demo	0	-812	-1.656	-3.139	-3.942
Besparingsopgave beperken tot bbp	0	-1.238	-3.711	-8.586	-12.837

Bron: demo en bbp besparingsopgave: Eigen berekeningen op basis van *Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag)* | *Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl)*

3.5 RAMING VAN DE ARBEIDSVRAAG VAN DE OUDERENZORG BIJ ONGEWIJZIGD BELEID

De IBO-werkgroep heeft ervoor gekozen om als basispad bij ongewijzigd beleid voor de vraag naar personeel het nulscenario te gebruiken uit het rapport "Houdbaarheid ouderenzorg 2050".^{31 32} Voor dit scenario is de aanname dat staand beleid (van het kabinet Rutte III) gehandhaafd blijft en structurele trendbreuken uitblijven. De raming is bepaald op basis van het prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW).³³ De arbeidsvraag wordt berekend door de arbeidsvraag van het voorgaande jaar te laten ontwikkelen met de verwachte ontwikkeling van het zorggebruik en daarnaast de verwachte verandering van de arbeidsproductiviteit³⁴ en een deeltijdfactor³⁵ toe te passen. Vanaf 2034 is de raming puur op demografische ontwikkelingen gebaseerd.

Tabel 3.3 geeft groeicijfers weer over vraag naar arbeid en zorg en de ontwikkeling van de beroepsbevolking. De arbeidsvraag voor de ouderenzorg loopt bij ongewijzigd beleid op van 482.000 personen in 2020 naar 849.000 in 2040. De beroepsbevolking blijft in die periode vrijwel gelijk. Het beslag van de ouderenzorg op de beroepsbevolking stijgt van 4,14% in 2020 naar 7,27% in 2040.³⁶ Onderliggend aan deze ontwikkeling ligt de toename van het aantal ouderen welke ervoor zorgt dat de cliëntaantallen tot aan 2040 blijven groeien naar verwachting tot zo'n 923.000 cliënten wijkverpleging, 738.000 cliënten huishoudelijke hulp en 266.000 cliënten met verpleeghuiszorg. De grootste groei bij cliënten met verpleeghuiszorg zal zich voordoen in Zorgzwaartepakket (ZZP) 5, gevolgd door ZZP 6 en 4.³⁷ Ter vergelijking is ook de stijging van de uitgaven, gebaseerd op de het basispad uit paragraaf 3.2, aan tabel 3.3 toegevoegd.

³¹ Kenneth Gopal, Jeroen de Kort, Dana Linckens, Bert Marchal, Annelies Veen. *Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050 Scenario's voor toekomstig zorggebruik, arbeidsmarkt en huisvesting*. Delft, ABF Research 2021

³² De toekomstige omvang van het aantal intramuraal verblijvende cliënten in de verpleging & verzorging (V&V) is gebaseerd op demografische ontwikkelingen en trendmatige ontwikkelingen in het recente verleden. De belangrijkste drijvende factor achter de toename van de vraag naar ouderenzorg en -huisvesting is de demografische opbouw van de Nederlandse bevolking.

³³ zie <https://www.prognosemodelzw.nl/>. Het prognosemodel geldt voor de gehele zorg. Met het prognosemodel kunnen prognoses over een periode van 10 jaar worden gemaakt. Daarna zijn de trends te onzeker.

³⁴ In aansluiting op het Prognosemodel Zorg en Welzijn (PMZW) is gekozen gedurende de gehele periode tot 2050 een jaarlijkse arbeidsproductiviteitsverbetering van 0,5% voor de gehele zorg toe te passen.

³⁵ De ontwikkeling van de deeltijdfactor is per branche bepaald en wordt geschat op basis van de trend in de laatste vijf jaar. De gemiddelde jaarlijkse verandering is voor de VV 0,21% en voor de thuiszorg 0,11%.

³⁶ De IBO-werkgroep volgt de WRR (2020) en definieert de potentiële beroepsbevolking als alle 16-69-jarigen in een jaar. De beroepsbevolking is 75% van de potentiële beroepsbevolking. De arbeidsparticipatie onder de beroepsbevolking wordt constant verondersteld. Er wordt een correctiefactor op deze cijfers toegepast van 1,27 omdat de deeltijdfactor in de zorg (0,6) lager ligt dan die voor de gehele economie (0,76). Dit maakt wel dat er vanuit wordt gegaan dat iedereen die niet fulltime werkt meer zou kunnen werken. In de praktijk zal dat niet het geval zijn. Het daadwerkelijke beslag op de beroepsbevolking ligt daarom hoger.

³⁷ ZZP VV4 Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging; ZZP VV5 Beschermd wonen met intensieve dementiezorg; ZZP VV6 Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

Tabel 3.3: Procentuele stijging ten opzichte van 2021 in aantal cliënten en zorguitgaven in 2030 en 2040

% stijging t.o.v. 2021	In 2030	In 2040
Arbeidsvraag (in aantal personen)	40%	76%
Beroepsbevolking	2%	-2%
Zorgvraag totaal in aantal cliënten	36%	70%
Aantal cliënten thuiszorg	28%	56%
Aantal cliënten huishoudelijke hulp	30%	57%
Aantal cliënten V&V	44%	97%
Zorguitgaven aan ouderenzorg	41%	96%

Bron: ABF Research voor zorgvraag en arbeidsvraag, Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 (verslag) | Volksgezondheid en Zorg (vzinfo.nl) voor zorguitgaven en CBS Statline voor omvang beroepsbevolking.

De financiële en personele ramingen verschillen in uitgangspunten, methodiek en brongegevens. Het is daarom niet verassend dat de groeipercentages verschillend uitvallen. Wel valt op dat de stijging van de uitgaven en de stijging van het aantal V&V cliënten, de cliënten met de relatief hoogste zorgkosten, goed overeenkomen. Er zijn geen gangbare normen voor een gewenst personeel pad zoals het demo en bbp-pad voor de zorguitgaven. De enorme stijging van de arbeidsvraag, ook ten opzichte van de omvang van de beroepsbevolking, betekent waarschijnlijk dat ongewijzigd beleid moeilijk vol te houden is om aan de zorgvraag van het toenemend aantal ouderen te voldoen.

Op dit moment is er al schaarste aan zorgpersoneel, niet alleen in de ouderenzorg maar in alle sectoren van de zorg. Het is moeilijk personeel te werven en er is een hoog personeelsverloop en verzuim. Personeelstekorten zijn er ook in andere publieke sectoren - denk bijvoorbeeld aan het onderwijs en de politie - evenals in de marktsector. Het personeelstekort in de zorg kan niet (geheel) worden los gezien van de bredere arbeidsmarktproblematiek. Al dan niet ingrijpen in de zorg heeft dus ook een effect op de arbeidsmarkt van andere sectoren en vice versa. Een manier om de personeelstekorten in de zorg te verkleinen, is (fors) meer geld beschikbaar stellen om de lonen in de zorg te verhogen. Hoewel dit instrument an sich effectief lijkt, is het wel de vraag in hoeverre het looninstrument in de zorg kan bijdragen gezien de omvang van het personeelstekort en de bijbehorende financiële consequenties.³⁸ Bovendien is de hoogte van de beloning niet de belangrijkste factor om de zorg te verlaten.³⁹ Er zijn ook andere redenen dan het salaris om ervoor te kiezen in de zorg te (blijven) werken. Als een groter deel van het arbeidspotentieel naar de collectieve sector trekt gaat dit in principe ten koste van het arbeidsaanbod in andere sectoren. Het bredere arbeidsmarktprobleem valt buiten de scope van dit IBO. Daarom beperkt het IBO zich tot specifieke maatregelen voor de ouderenzorg (zie hoofdstuk 4).

3.6 MAATSCHAPPELIJKE HOUDBAARHEID BIJ ONGEWIJZIGD BELEID

Zoals eerder beschreven kunnen de effecten van ongewijzigd beleid op de maatschappelijke houdbaarheid uitsluitend kwalitatief worden geduid. De effecten op de maatschappelijke houdbaarheid hangen samen met effecten op de toegankelijkheid van zorg en ondersteuning en de solidariteit van het stelsel.

³⁸ Daarbij geldt dat het looninstrument van de Rijksoverheid (OVA) alleen voor de gehele zorg kan worden aangepast en niet specifiek voor een sector. Dit maakt dat de financiële consequenties hoger uitvallen.

³⁹ Zie AZW: In- en uitstroom werknemers, econ. sector, 2016 - 1e kw. 2021 (cbs.nl) voor uitstroomcijfers.

De werkgroep constateert, mede naar aanleiding van expertsessies, dat de maatschappelijke verwachtingen over de ouderenzorg in de (nabije) toekomst (te) hoog gespannen zijn.⁴⁰ Welke maatstaf voor een financieel gewenst pad de politiek ook hanteert, de uitgaven aan ouderenzorg moeten de komende jaren waarschijnlijk minder hard stijgen dan in het eerder geschetste basispad. Ook de fors toenemende arbeidsvraag kan in de toekomst niet volledig worden geacommodeerd. Ondertussen zullen ouderen met zorg- en ondersteuningsvragen zich richten tot de zorg, in veel gevallen tot de eerste lijn of (na incidenten) zich melden op de spoedeisende hulp in het ziekenhuis. Bij ongewijzigd beleid zal zowel de curatieve zorg als de langdurige zorg de zorgvraag van een steeds grotere groep (oude) ouderen niet aan kunnen. Groeiende wachtlijsten, verstopping van de zorgketen en verlies aan kwaliteit van leven en levensjaren dreigt. Oplopende personeelstekorten betekenen dat bij ongewijzigd beleid de oudere van de toekomst op minder zorg en ondersteuning kan rekenen dan de huidige ouderen. Toekomstige ouderen zullen meer op zichzelf en hun netwerk aangewezen zijn. Het is sterk de vraag wat die netwerken aan zorg en ondersteuning kunnen leveren. De netwerken van de huidige ouderen zijn veelal homogeen qua leeftijd en worden met het ouder worden vaak steeds kleiner. Kinderen wonen niet altijd in de buurt. Het mantelzorgpotentieel loopt terug doordat het aantal potentiële mantelzorggevers minder hard stijgt dan het aantal potentiële mantelzorgontvangers. Experts merken op dat verminderde toegang tot zorg en ondersteuning dreigt en in het bijzonder voor een groeiende groep kwetsbare ouderen, een groep die bovengemiddeld veel gebruik maakt van de ouderenzorg. Het is een groep met veelal een lage sociaaleconomische status, ook omdat deze ouderen relatief (eerder) ongezond zijn en relatief minder (digitale) gezondheidsvaardigheden hebben. Al met al ziet de IBO-werkgroep negatieve maatschappelijke effecten bij ongewijzigd beleid.

3.7 PRIKKELS IN DE OUDERENZORG

We sluiten dit hoofdstuk af met een analyse van de prikkels die uitgaan van de huidige stelsels van ouderenzorg.

Prikkels tot doelmatigheid in de Wlz

De NZa heeft kostenverschillen van ongeveer 7% geconstateerd bij aanbieders in de verpleeghuissector.⁴¹ Dit wordt naast deels wenselijke, niet-beïnvloedbare en kwaliteitsverschillen ook verklaard door potentiële verbeterruimte in termen van doelmatigheid.⁴² De Wlz kent een kader dat een uitgavenplafond vormt. Dit kader werkt theoretisch gezien normerend. De praktijk leert echter dat zorgkantoren onvoldoende kunnen sturen op de uitgavenbeheersing, mede door onafhankelijke indicatiestelling in combinatie met het recht op zorg. Tekorten op het kader worden vaak door de overheid gedekt. Onduidelijk daarbij is welk deel aan volumeontwikkeling, kwaliteit en/of ondoelmatigheid toe te wijzen valt. Daarnaast kent de Wlz tarieven die worden vastgesteld door de NZa op basis van periodiek kostprijsonderzoek.⁴³ Op basis van de gemiddelde kostprijsontwikkeling stelt de NZa maximumtarieven vast, die redelijkerwijs kostendekkend moeten zijn.⁴⁴ ⁴⁵ Theoretisch gezien ervaren alleen zorginstellingen die opereren op kosten boven de prijsafspraken een financiële prikkel om doelmatiger te werken. In de praktijk ligt dit iets genuanceerder omdat er kostenverschillen bestaan tussen regio's wat betreft bijvoorbeeld

⁴⁰ Zie ook bijvoorbeeld: De zorg zal moeten kiezen tussen kwaliteit en kwantiteit: een zesje is ook goed (parool.nl) *Het probleem daarbij lijkt wel dat 'de maatschappij' een lagere zorgkwaliteit maar moeilijk accepteert.*

⁴¹ NZa (2020). *Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg*. advies-integrale-vergelijking-verpleeghuiszorg.pdf (overheid.nl)

⁴² NZa (2017) *Impactanalyse Verpleeghuiszorg 2017*. Rapport Impactanalyse verpleeghuiszorg 2017 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

⁴³ Dit kostprijsonderzoek is alleen op basis van collectief gefinancierde zorginstellingen.

⁴⁴ Daarnaast worden de tarieven jaarlijks geïndexeerd op basis van de loon- en prijsontwikkelingen.

⁴⁵ De huidige maximumtarieven van de NZa zijn voor het Kwaliteitskaderdeel (ca 20%) gebaseerd op de meest efficiënte instellingen en voor het overige deel (ca 80%) op de gemiddelde zorgaanbieder. Vanaf 2025, als het nieuwe kostprijsonderzoek verwerkt is, zijn die tarieven weer volledig gebaseerd op de gemiddelde aanbieder.

huisvesting en arbeidsmarkt.⁴⁶ Zorgkantoren zijn daarbij niet risicodragend en kennen daardoor in tegenstelling tot gemeenten en zorgverzekeraars op zichzelf geen financiële prikkel tot doelmatige zorginkoop. Daarbij is er geen vergelijkend mechanisme of een vorm van benchmarking voor zorgaanbieders en/of zorgkantoren. Tot slot ontbreekt door het verbod op winstuitkering voor intramurale zorginstellingen een prikkel tot doelmatigheid vanuit winstoogmerk, waarbij opgemerkt moet worden dat een dergelijke prikkel ook risico's met zich mee kan brengen voor de kwaliteit van de zorg.

Bovenstaande alinea laat zien dat er ruimte is tot verbetering van doelmatigheidsprikkels in de ouderenzorg in de Wlz.

Prikkels in de systematiek van eigen betalingen van de Wlz en de Wmo

Nadere analyse van de eigen betalingen in de Wlz en de Wmo laten zien dat enkele financiële prikkels in de huidige systematiek verbeterd kunnen worden. Ten eerste laat de analyse zien dat pgb en mpt voor huishoudens financieel gezien relatief aantrekkelijk is ten opzichte van vpt. Alhoewel deze financiële prikkel gewenst is aangezien de kostprijs voor pgb en mpt onder de kostprijs van vpt ligt, lijkt de financiële prikkel—uitgedrukt als percentage van het bruto inkomen—op dit moment sterker dan nodig. Ten tweede is het voor cliënten die zich qua zorgvraag op de “marge” tussen enerzijds de Zvw en Wmo en anderzijds de Wlz bevinden, op dit moment financieel gezien relatief aantrekkelijk om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen met zorg en ondersteuning uit de Zvw en Wmo. Dat is een gewenste beweging, maar uit gesprekken met verschillende zorginstellingen blijkt dat hierdoor zorginhoudelijke overwegingen op de achtergrond kunnen raken. Ten derde zijn de eigen betalingen (als % van het verzamelinkomen) voor cliënten die de hoge eigen bijdrage betalen vanaf € 20.000 bijdrageplichtig inkomen regressief. Dit beperkt de inkomenssolidariteit in het stelsel. Ten vierde laat de analyse zien dat verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld worden binnen de grondslag voor de vermogensinkomensbijtelling (VIB) (overigens conform de huidige fiscaliteit). Het vermogen in de eigen woning wordt enkel voor cliënten die in een zorginstelling verblijven (en die daarvoor de hoge eigen bijdrage betalen) met een vertraging van twee tot vier jaar betrokken bij de grondslag van de eigen betalingen. Ook vermogen in box 2 wordt niet meegenomen in de grondslag van de eigen betalingen. Tot slot is in het Coalitieakkoord besloten om een eerlijkere eigen betaling voor de huishoudelijke hulp in de Wmo te vragen door rekening te houden met inkomens- en vermogensverschillen.

Beperkte prikkels tot investeren in preventie en samenwerking

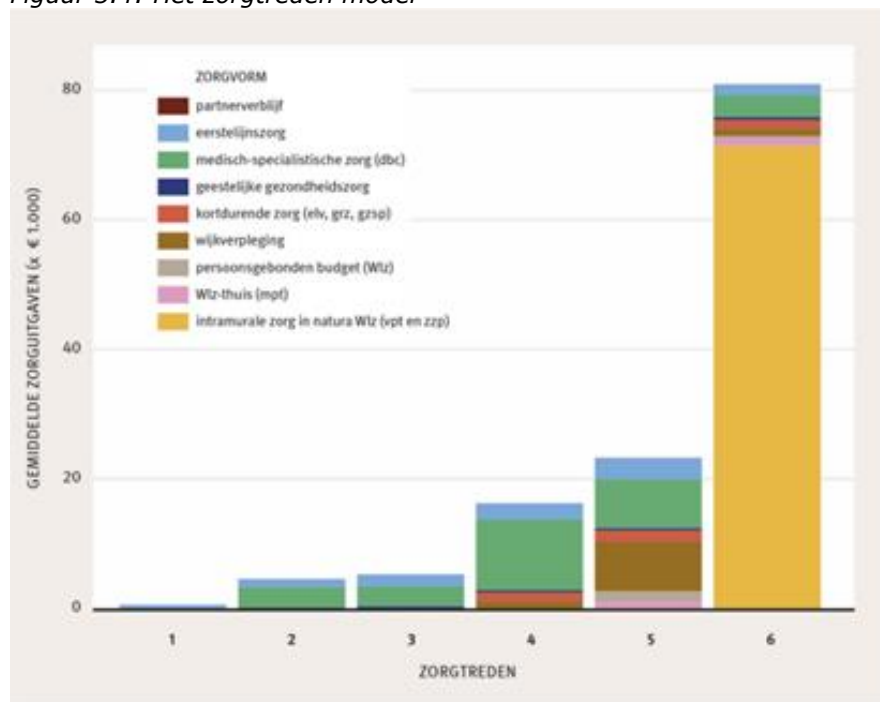
In de huidige situatie wordt ouderenzorg geleverd vanuit drie stelsels: de Wlz, de Zvw en de Wmo. Daarmee zijn er drie zorginkopers: zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten. Deze schotten vormen een barrière tot investeren in preventie en samenwerken. Zo worden de kosten van een investering in preventie gemaakt aan de voorkant door bijvoorbeeld zorgverzekeraars en gemeenten en komen de baten - door het voorkomen en uitstellen van zorg en ondersteuning - deels bij andere partijen, voornamelijk de zorgkantoren terecht. Dit wordt het wrong-pocket probleem genoemd.

De verdeling van de ouderenpopulatie over de verschillende zorgvormen is relevant voor het leveren van passende zorg en daarmee de kwaliteit en de doelmatigheid van de ouderenzorg. Een sterk en proactief sociaal domein kan bijdragen aan het vertragen van de doorstroming naar

⁴⁶ Een gemiddeld presterende instelling in de randstad kent hogere kosten en meer concurrentie op de arbeidsvraag en zal dus meer moeite hebben met het gemiddelde tarief dan een vergelijkbare instelling in het oosten.

zwaardere zorgvormen. De NZa laat zien dat de uitgaven minder snel hoeven te stijgen als ouderen minder snel doorstromen naar de duurste zorgtreden (zie figuur 3.4).⁴⁷ Er wordt, mede door ontbreken van financiële prikkels, nog te beperkt ingezet op een integrale benadering voor ouderenzorg. Zo is er bijvoorbeeld geen financiële prikkel om in te zetten op integrale zorg om ouderen zo lang als mogelijk in de Wmo van zorg te voorzien.

Figuur 3.4: Het zorgtreden model



Bron: NZa (2022). Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2 - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl)

Samenwerken is moeilijk. RVS-onderzoek laat zien dat samenwerken om verschillende redenen lastig is.⁴⁸ Elke stelselwet en daarmee zorg en ondersteuning kent zijn eigen bekostigingssysteem, regelgeving, verdeling van verantwoordelijkheden, patiëntendossier en cultuur. Er ontstaan gemakkelijk conflicten over wie wat betaalt en wie wat mag of moet doen. Het eigenaarschap van de zorg voor ouderen met complexe zorgvragen is niet belegd en de verschillende stelsels zijn niet goed ingericht op het bieden van passende zorg aan personen met complexe stelsel overschrijdende gezondheidsproblemen. Met het wetsvoorstel domein-overstijgende samenwerking zet het kabinet eerste stappen om dit probleem op te lossen. Het doel van de voorgestelde regeling is het mogelijk maken dat zorgkantoren kunnen investeren in preventieve maatregelen, zodat domein-overstijgende samenwerking tussen een aantal 'zorgdomeinen' vergemakkelijkt wordt om zo duurdere en zwaardere zorg te verminderen of uit te stellen. Het betreft hier het opschalen van pilots, dus er is nog geen structurele oplossing.

Beperkte prikkels tot investeren in arbeidsbesparende technologie en sociale innovatie

Arbeidsbesparende technologie komt op dit moment nog onvoldoende van de grond in de ouderenzorg, terwijl hier mogelijk veel potentieel zit.⁴⁹ Gezien de schaarste van personeel

⁴⁷ Nza (2022). Monitor Ouderenzorg: Trendanalyses (deel 2). Monitor Ouderenzorg: Trendanalyses (deel 2) | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁴⁸ RVS (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Grenzeloos samenwerken? | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (raadrvs.nl)

⁴⁹ Gupta Strategist (2022). UITWEG UIT DE SCHAARSTE Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg. 220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf

experimenteert de sector wel op kleine schaal. Zo behalen sommige instellingen veelbelovende resultaten met de inzet van matrassensoren, valairbags en andere domotica.^{50 51}

Naast technologische innovatie is ook sociale innovatie van belang voor de financiële en personele houdbaarheid. Het gaat daarbij om sociale innovatie die erop gericht is om samen met medewerkers vormen te vinden om het werk zo optimaal mogelijk te organiseren. Belangrijk daarbij is om de medewerkers te faciliteren en medeverantwoordelijk te maken in de uitvoering.

De inzet van arbeidsbesparende technologie komt maar langzaam van de grond, ondanks een groeiend personeelstekort. De inzet van arbeidsbesparende technologie is te vrijblijvend.⁵² Er is weinig selectieve inkoop op dit gebied en er bestaat weinig concurrentie tussen intramurale zorgaanbieders door het tekort aan verpleeghuisplekken. Daarnaast spelen een aantal specifieke knelpunten: een deel van het personeel is niet of onvoldoende opgeleid om met technologie te werken, de bekostiging is niet altijd passend, gegevensuitwisseling is niet gestandaardiseerd, zorgaanbieders ontberen specialistische kennis om vol in te kunnen zetten op arbeidsbesparende technologie en met hun personeel de daarvoor benodigde (cultuur)omslag te realiseren. Ook is er fragmentatie van kennis over zorgtechnologie. Ten slotte speelt de huidige organisatie en bekostiging van de Wlz ook een rol bij het onvoldoende van de grond komen van arbeidsbesparende technologie. De constatering dat er beperkte doelmatigheidsprikkels (zie boven) zijn, dragen namelijk ook bij aan de beperkte inzet van (doelmatige) arbeidsbesparende technologie.

⁵⁰ Bij een zorginstelling die de IBO werkgroep bezocht is een innovatie een succes als het zowel de cliënt als de zorgprofessional iets oplevert en bovendien ook kosten bespaart. Kostenbeheersing gaat zo niet ten koste van kwaliteit (van leven) maar reduceert wel de arbeidsvraag.

⁵¹ Deze domotica vallen onder de Wzd. Dat betekent dat voor deze domotica toestemming moet worden verleend door de client of diens wettelijk vertegenwoordiger.

⁵² Zie bijlage 5

4. Beleidsopties

4.1 INTRODUCTIE

Doorgaan op de huidige manier heeft grote nadelige gevolgen voor de ouderenzorg en/of andere sectoren. Zonder ingrijpen verdubbelen de netto collectieve uitgaven in de komende 20 jaar en neemt de arbeidsvraag met 76% toe, terwijl de werkzame populatie nagenoeg gelijk blijft en het mantelzorgpotentieel afneemt. De toegankelijkheid van de ouderenzorg komt daarmee sterk onder druk te staan. Wachtlijsten nemen toe en een groeiend aandeel van de zorgvraag zal zich verplaatsen naar de thuissituatie en de curatieve zorg wat kan leiden tot verstopping van de zorgketen. Kwetsbare groepen krijgen naar verwachting onvoldoende toegang tot professionele zorg en ondersteuning omdat zij dit zelf niet kunnen organiseren. De ouderenzorg zal moeten veranderen evenals het maatschappelijk denken over ouder worden en de ouderenzorg.

Houdbare ouderenzorg is een *wicked problem*; een ongestructureerd en complex probleem waarvoor op dit moment geen eenvoudige oplossing bestaat.⁵³ Een vraagstuk dat vraagt om financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid. Waarbij bovendien vele partijen met eigen (zorg)behoeften, belangen en verwachtingen bij betrokken zijn. Een *wicked problem* kent meervoudige antwoorden en oplossingen. In de praktijk betekent dit dat ook de komende kabinetten hard met de ouderenzorg aan de slag moeten gaan, maar het gezien de grote maatschappelijke opgave in combinatie met de maatschappelijke verwachtingen bijna niet goed kunnen doen. De schaarste zal in de komende jaren alleen maar toenemen waardoor zorg en ondersteuning (her)verdeeld moet worden waarbij er voor de overheid een taak ligt om kwetsbare ouderen niet buiten de boot te laten vallen. Hoe om te gaan met schaarste is zowel een politiek als maatschappelijk lastige vraag.

4.2 ALGEMENE RANDVOORWAARDEN VOOR HOUSBARE OUDERENZORG

Om de transitie in de ouderenzorg richting de toekomst te faciliteren is het voldoen aan een aantal algemene randvoorwaarden van belang.

Maatschappelijk dialoog over ouder worden en de ouderenzorg

De pijnlijke boodschap uit de analyse in het vorige hoofdstuk voor de burger en met name de toekomstige ouderen luidt naar verwachting dat de ouderen van de toekomst waarschijnlijk op minder (kwalitatief goede) zorg en ondersteuning kunnen rekenen dan de huidige ouderen. Het moet in de toekomst anders en de toekomst is zeer nabij. Voor maatschappelijk draagvlak is het van belang dat de overheid realistisch verwachtingen communiceert richting de burger en laat weten dat toekomstige ouderen meer op zichzelf zijn aangewezen en zich daarop moeten voorbereiden. De overheid kan dit binnen haar mogelijkheden ondersteunen, in het verlengde van het programma “Ouder worden 2040”, en ook buiten de zorg. Dit zou bijvoorbeeld kunnen via een burgerforum/burgerplatform, zoals de WRR adviseert in het rapport *Kiezen voor houdbare zorg*.

Om maatschappelijk draagvlak te behouden in tijden van schaarste zal de overheid moeten sturen op hoe de schaarste verdeeld wordt, opdat iedereen toegang tot (minder) zorg en ondersteuning blijft houden. Het keuzemenu met beleidsopties in paragraaf 4.5 schetst daarvoor verschillende mogelijkheden.

⁵³ WRR (2021). *Houdbare Ouderenzorg Ervaringen en lessen uit andere landen. WRR working paper..*

Er zijn verschillende vragen voor de maatschappelijke dialoog hierover:

- Wat kunnen we in de toekomst van formele zorg verwachten; wat is de collectief te verzekeren kern van de ouderenzorg?
- Welke rol kunnen eigen betalingen spelen?
- Wat kunnen we in de toekomst verwachten van informele zorg? Het gaat daarbij niet alleen om mantelzorg of zorg geleverd door het netwerk voor ouderen, maar ook om zorg en ondersteuning geleverd door anderen, bijvoorbeeld in de wijk. Wat willen we voor elkaar doen en mogen we van elkaar verwachten.
- Een zekere mate van verschil in toegang tot en kwaliteit van zorg en ondersteuning⁵⁴ lijkt in de praktijk onvermijdelijk, maar hoeveel verschil vinden we als maatschappij acceptabel?
- Hoe zorgen we ervoor dat mensen zich vroegtijdig gaan voorbereiden op het ouder worden en gaan nadenken over wat ouder worden voor hen betekent. Waar wil en kun je wonen als je ouder wordt, welke voorzieningen heb je nodig en hoe voorzie je daarin, wie heb je nodig om voor je te zorgen of om je te ondersteunen? Inclusief het gesprek over wat mensen kunnen verwachten van zorg en ondersteuning, niet alles is immers oplosbaar.
- Hoe zorgen we ervoor dat ouderen hulp willen, kunnen en weten te vragen. Hulp vragen is niet vanzelfsprekend. Veel ouderen willen zich niet identificeren met het beeld van hulpbehoevende ouderen die zorg en ondersteuning nodig hebben. Dit maatschappijbeeld zit vroegsignalering en preventie in de weg.

Inzetten op gemeenschapskracht

Schaarse personele en financiële middelen vragen om een andere aanpak en mix van informele en formele zorg en ondersteuning. In de werkbezoeken en expertsessies is benadrukt dat de zorg en ondersteuning aan onze ouderen meer als een maatschappelijke verantwoordelijkheid moet worden gezien en minder als een uitdaging voor de zorg. Het doel is om voor alle ouderen de zelfredzaamheid en kwaliteit van leven op peil te houden, waardoor er geen of minder beroep gedaan hoeft te worden op complexere zorg.⁵⁵ Om dit te realiseren zal de omgeving van ouderen, inclusief vrijwilligers en particuliere organisaties, eerder en breder een rol moeten pakken. De verwachting van experts is dat er een verschuiving plaats gaat vinden richting het sociaal domein, waarbij samenwerking met zoveel mogelijk partijen en de buurt nodig is om ouderen zolang mogelijk thuis te kunnen ondersteunen. Dit wordt aangeduid met gemeenschapskracht.

Door in te zetten op gemeenschapskracht, waarbij er in de omgeving van een oudere verbindingen worden gelegd, bijvoorbeeld in een buurthuis of een wijkcentrum voor senioren, zou het mogelijk moeten zijn om het netwerk rondom ouderen, wat veelal homogeen in leeftijd is, tijdig te versterken en te verbreden. Dit kan bijdragen aan de beweging om ouderen langer verantwoord thuis te laten wonen. Onder de gesproken experts is er consensus dat er voor de overheid een belangrijke rol is weggelegd om gemeenschapskracht te stimuleren en te ondersteunen en te investeren in mantelzorgondersteuning.^{56 57} Het is namelijk duidelijk dat versterken van de netwerken rondom ouderen en de zorg en ondersteuning niet vanzelf zal gaan. Zo was bij de

⁵⁴ Het betreft hier verschil in toegang en kwaliteit van welzijn – en welzijnsinterventies.

⁵⁵ Zie [Gezond en vitaal ouder worden | Loketgezondleven.nl](#)

⁵⁶ Beertema B, Dieters M, Scholten C (2022). De zorg even overnemen Verkenning ontwikkeling in respijtzorg. DSP groep. [De zorg even overnemen: verkenning ontwikkeling in respijtzorg | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

⁵⁷ Verwey-Jonker Instituut (2022). *Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis*. 121500 [Leren-sturen-en-verantwoorden-in-de-sociale-basis_WEB.pdf](#) ([verwey-jonker.nl](#))

decentralisaties van 2015 één van de verwachtingen dat informele zorg een gedeelte van de zorgvraag zou opvangen. Deze verwachting is niet waargemaakt.⁵⁸

Ouderenzorg meer een maatschappelijke verantwoordelijkheid laten zijn waarbij de netwerken rondom ouderen worden verbeterd vergt inzet van veel verschillende partijen. Om gemeenschapskracht te laten slagen is het van belang dat ouderen geholpen kunnen worden met alledaagse zaken (bijvoorbeeld leren om de was zelf te doen of om te koken) en ook dat er voldoende deskundigheid in de wijk is. Dat betekent ook dat kennis uit het verpleeghuis naar de wijk wordt gebracht bijvoorbeeld in multidisciplinaire teams die zorg aan thuiswonende ouderen bieden of middels wijkklinieken waarin ouderen tijdelijk kunnen verblijven, waarin zorg op-, maar vooral ook weer afgeschaald kan worden en nauw aansluit bij reablement.⁵⁹ Investeren in de professionalisering van sociaal werk is nodig om gemeenschapskracht te faciliteren en benutten.

Er zijn in de praktijk mooie voorbeelden van het faciliteren van de beschikbare gemeenschapskracht. Ook zijn er goede voorbeelden van geclusterde wooninitiatieven zoals *Liv inn Hilversum* en de *Knarrenhof* waarbij wederkerigheid tussen bewoners wordt aangemoedigd en gefaciliteerd. Andere voorbeelden zijn plekken waar het samenwonen tussen jong en oud wordt gestimuleerd waarbij de jongeren optreden als een goede buur en bijdragen aan het vergroten van de leefbaarheid.⁶⁰ Onder de noemer van Samen Ouder Worden wordt op verschillende plekken in het land geëxperimenteerd en geleerd wat ouderen kunnen doen, wat ouderen kan helpen om actief te blijven en welke rol vrijwilligerswerk daarin kan spelen. In Rotterdam ligt de nadruk op vrijwillige inzet voor en door ouderen met een migratieachtergrond.

Over de potentie van gemeenschapskracht en in hoeverre het potentieel al is benut bestaan verschillende beelden. Waar sommigen veel potentie zien⁶¹ geeft het SCP aan dat mensen in het algemeen ook nu al pas beroep op formele zorg doen als de mogelijkheden van het netwerk zijn uitgeput. Extra belasting van het netwerk kan bovendien ook leiden tot ziekteverzuim en minder arbeidsparticipatie. Uitdaging bij het versterken van de gemeenschapskracht is dat mensen best incidenteel hulp willen geven aan een buur maar niet structureel.⁶² Ouderen zijn vaak terughoudend bij het vragen om hulp of weten deze niet goed te vinden.

Voldoende geschikte woningen voor ouderen

Door de vergrijzing zijn er over twintig jaar naar schatting 1,6 miljoen 80-plussers, dat is twee keer zoveel als op dit moment. Tegelijkertijd is er ook nu al een groot tekort aan woningen, ook aan woningen die geschikt zijn voor ouderen. Het is belangrijk dat de woning en de leefomgeving geschikt zijn voor ouderen. Hiermee kan het woonplezier worden verhoogd van de mensen zelf, eenzaamheid worden verminderd en kunnen zorguitgaven worden beperkt. De veranderende samenstelling van de bevolking stelt ons voor een veranderende woonopgave. We moeten woningen bouwen die aansluiten bij de wensen en behoeftes van ouderen. Bijvoorbeeld de hofjes van vroeger gericht op de ouderen van nu. Een plek waar ouderen zelfstandig wonen en zich verzekerd weten van het contact, de zorg en geborgenheid van andere mensen om zich heen. Niet

⁵⁸ Zie ook Kromhout M, van Echtelt P, Feijten P (2020). *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*. Sociaal en Cultureel Planbureau. [Sociaal domein op koers? | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

⁵⁹ Zie bijvoorbeeld Buurman-van Es B (2020). *Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg*. *Huisarts en Wetenschap* 63, 37-40. [Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg | SpringerLink](#)

⁶⁰ [Intergenerationeel wonen heeft potentie – Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg | - Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg \(kcwz.nl\)](#)

⁶¹ Zie bijvoorbeeld oratie Canoy "Voorbij het systeem" - Inaugurele rede prof. dr. Marcel Canoy - YouTube

⁶² de Boer A, de Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I (2020). *Blijvende bron van zorg Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Sociaal en Cultureel Planbureau. [Blijvende bron van zorg | Publicatie | Sociaal en Cultureel Planbureau \(scp.nl\)](#)

alleen om in de groeiende behoefte aan woningen voor ouderen te voorzien, maar ook omdat het een wezenlijke bijdrage levert aan de toekomst van de zorg en de volkshuisvesting in Nederland. Een passende woningvoorraad begint namelijk bij de ouderen. Als zij verhuizen komt een hele verhuisketen op gang. Een verhuizing van een ouder iemand leidt gemiddeld tot drie verhuizingen.⁶³

4.3 MAATREGELEN COALITIEAKKOORD EN RESTERENDE BUDGETTAIRE OPGAVE

Het coalitieakkoord zet een aantal stappen die van belang zijn voor de geschetste opgave. Het kabinet heeft recentelijk de programma's Wonen Ondersteuning en Zorg voor ouderen (WOZO) en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn (TAZ) gepresenteerd.^{64 65} Met het WOZO-programma wil het kabinet samen met partners bereiken dat ondersteuning en zorg zich aanpassen op de voorkeur van ouderen om zo lang mogelijk regie op het eigen leven te houden. Hierdoor kunnen zware, complexe zorgvragen zo lang mogelijk worden uitgesteld of zelfs worden voorkomen. Daarbij is het belangrijk om uit te blijven gaan van hetgeen ouderen willen en nodig hebben en (persoonsgerichte) passende ondersteuning en zorg in te zetten, ongeacht iemands achtergrond.⁶⁶ De norm wordt: Zelf als het kan, Thuis als het kan, Digitaal als het kan. Het WOZO-programma richt zich op 5 actielijnen: samen vitaal ouder worden, sterke basiszorg voor ouderen, passende Wlz-zorg, wonen en zorg voor ouderen, arbeidsmarkt en innovatie.

De ambitie van het programma TAZ is om een transitie in gang te zetten naar passende en arbeidsbesparende zorg zodat ook in de toekomst niet meer dan 1 op 6 werkenden in de sector zorg en welzijn werkzaam is. Dat doet VWS samen met andere partijen in de gehele sector zorg en welzijn: werkgevers, werknemers, beroeps- en brancheverenigingen, onderwijs, zorginkopers.⁶⁷ Het programma richt zich op drie thema's:

- Innovatieve werkvormen – het anders organiseren van het zorgproces met behulp van sociale en technologische arbeidsbesparende innovaties;
- Behoud van medewerkers – door goed werkgeverschap en het vergroten van het werkplezier;
- Leren en ontwikkelen – door blijvende aandacht voor (nieuwe) ontwikkelingen mee kunnen groeien met het anders werken in de zorg.⁶⁸

Het coalitieakkoord kent ook een aantal maatregelen die voor de ouderenzorg randvoorwaardelijk van belang zijn. Het gaat om het verbeteren van de gegevensuitwisseling in de zorg en een aantal afspraken die zowel het woondomein als de langdurige zorg veranderen. We geven hieronder wat meer toelichting op standaardisatie van gegevensuitwisseling en domein-overstijgende samenwerking.

Standaardisatie gegevensuitwisseling in de ouderenzorg

In het coalitieakkoord is voor de gehele zorg een maatregel standaardisatie gegevensuitwisseling opgenomen. De maatregel voorziet in het standaardiseren van elektronische gegevensuitwisseling

⁶³ Zie bijvoorbeeld [20191210 Publicatie doorstroming op de woningmarkt verslag.pdf \(provincie-utrecht.nl\)](#)

⁶⁴ TK, vergaderjaar 2021/22, 29 389, nr. 111 Kamerbrief over Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

⁶⁵ TK, vergaderjaar 2022/23, 29 282, nr. 485 Kamerbrief met Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (programma TAZ) | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

⁶⁶ Daarnaast heeft het kabinet aangegeven te zoeken naar een alternatieve invulling van de CA maatregel Overhevelen behandelcomponent Wlz naar Zvw en het meerjarig contracteren niet te willen verplichten. Zorgkantoren krijgen daarmee de mogelijkheid om niet doelmatig werkende zorgaanbieders per jaar te contracteren om daarmee verbeteringen te kunnen afdwingen.

⁶⁷ Het programma is zorg- en welzijn breed, exclusief kinderopvang. Volgens de CBS-definitie is daarmee sprake van zorg en welzijn smal.

⁶⁸ [Programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & welzijn \(overheid.nl\)](#)

en een goed functionerend persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) voor patiënten.⁶⁹ Voor de ouderenzorg betekent dit dat het receptenverkeer en de verpleegkundige overdracht worden gestandaardiseerd. Deze gegevens kunnen dan door de zorgaanbieder digitaal worden opgenomen in de patiëntendossiers waardoor er minder kans is op fouten en er minder administratieve lasten zijn. Voor patiënten en/of hun mantelzorgers is het inzien en beheren van gegevens via het PGO mogelijk. Daarmee heeft de patiënt alle medische gegevens op één plek en wordt het voeren van eigen regie ondersteund.⁷⁰

Domein-overstijgende samenwerking

Er wordt een wetsvoorstel voorbereid voor domein-overstijgende samenwerking. Een wetswijziging is nodig om zorgkantoren de mogelijkheid te geven om samen met andere inkoopende partijen financiële afspraken te maken over preventieve maatregelen of activiteiten en zo domein-overstijgend samen te werken. Voorwaarde is wel dat de preventieve maatregelen aantoonbaar leiden tot lagere zorguitgaven. Het huidige kabinet is voornemens dit wetsvoorstel aan de Kamer aan te bieden.⁷¹

Maatregelen woondomein die verband houden met ouderenzorg

In het woondomein geldt dat het Rijk een sterkere regierol krijgt. Het Rijk maakt afspraken met provincies, deze worden vertaald naar regionale woondeals tussen provincies en gemeenten. Woningen voor ouderen maken hier onderdeel van uit. Door het afschaffen van de verhuurderheffing per 1 januari 2023 komt er bij corporaties jaarlijks circa 1,7 miljard euro aan investeringsruimte vrij. Daar tegenover staan bindende prestatieafspraken die onder andere gericht zijn op de bouw van geclusterde woonvormen voor ouderen. De woningbouwimpuls draagt bij aan het versnellen van woningbouw, vooral in het betaalbare segment. Dit kunnen ook woningen bestemd voor ouderen zijn. Vanwege de onrendabele top zijn wel stimuli nodig om woningcorporaties te verleiden meer geclusterde woonvormen voor ouderen te realiseren. Het kabinet is hiermee gestart. Met de maatregel scheiden van wonen en zorg heeft het kabinet de verpleeghuiscapaciteit bevroren. De verdubbeling van het aantal 80-plussers, moet daarom in het woondomein worden opgevangen.

Resterende budgettaire opgave voor financieel houdbare ouderenzorg na verwerking coalitieakkoord

Tabel 4.1 toont de geraamde opbrengst van de belangrijkste maatregelen die het kabinet tot dus ver heeft genomen voor de ouderenzorg en de bijbehorende budgettaire opbrengst zoals opgenomen in het coalitieakkoord. Sommige maatregelen worden nog verder uitgewerkt (bijvoorbeeld Scheiden wonen en zorg) waardoor mogelijke interactie-effecten met andere maatregelen nog niet bekend zijn. Cijfermatig zijn interactie-effecten buiten beschouwing gelaten. De opbrengsten van de maatregelen zijn uitgedrukt in volumes voor 2029 en prijspeil 2021.⁷² De personele en maatschappelijke effecten zijn in bestaand onderzoek slechts beperkt onderzocht waardoor de IBO-werkgroep alleen enkele kwalitatieve uitspraken kan doen bij sommige maatregelen.

⁶⁹ De opbrengst van deze maatregel betreft de gehele zorg en is niet uit te splitsen specifiek voor de ouderenzorg.

⁷⁰ Voor het voeren van eigen regie is alle medische gegevens op één plek een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde. Mensen moeten de informatie ook eenvoudig kunnen inzien, bijvoorbeeld met een beperkt aantal begrijpelijke apps.

⁷¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/02/26/kamerbrief-over-stand-van-zaken-domein-overstijgende-samenwerking>

⁷² Conform de raming van het basispad passen we hierbij een gemiddelde jaarlijks groei van de ouderenzorg toe van 3,9% (demografie en inkomensgroei). Dit resulteert in een ophoogfactor van 1,35. Voor sommige maatregelen maken we hier een uitzondering op vanwege de maatregel scheiden en zorg die de intramurale capaciteit befrist. Daarmee veranderen de groeicijfers voor intramurale en extramurale zorg.

Tabel 4.1: Overzicht maatregelen ouderenzorg uit coalitieakkoord met budgettaire effect in 2029

Maatregelen ouderenzorg ⁷³	Budgettaire effect in 2029*
Valpreventie	-70
Meerjarig contracteren	-100
Herinterpretatie Kwaliteitskader	-350
Passende eigen bijdrage Huishoudelijke hulp	-75
Scheiden Wonen en Zorg	-380
Overhevelen behandelcomponent Wlz naar Zvw	-82
Totaal Coalitieakkoord	-1.057

Verder toont tabel 4.2 de resterende budgettaire opgave bij de eerder gepresenteerde ombuigingspaden (zie paragraaf 3.4) na verwerking van het coalitieakkoord. De resterende budgettaire opgave in 2029 bedraagt 0,6 miljard euro voor het demo-pad en 2,7 miljard euro voor het bbp-pad.

Tabel 4.2: Resterende budgettaire opgave na besparingen coalitieakkoord

Omschrijving (miljoenen euro's)	2021	2025	2029*	2035	2040
Netto collectieve uitgaven (exclusief besparingen coalitieakkoord)	18.640	21.791	25.270	31.334	36.626
Besparing Coalitieakkoord		-907	-1.057	-1.330	-1.610
Netto collectieve uitgaven (inclusief besparingen coalitieakkoord)		20.884	24.213	30.004	35.016
Budgettaire opgave (na CA):					
Groei beperken tot demografie		95	-599	-1.809	-2.332
Groei beperken tot BBP		-331	-2.654	-7.256	-11.227

4.4 KEUZES VOOR HOUDBARE OUDERENZORG

Het huidige kabinet zet stappen maar in de toekomst is er meer nodig om tot financiële, personele en maatschappelijk houdbare ouderenzorg te komen. In deze paragraaf staat de vormgeving van de toekomstige ouderenzorg centraal. We gaan allereerst in op de mogelijkheid van een stelselwijziging om de toekomstige ouderenzorg vorm te geven en presenteren daarna een analytisch kader wat kan helpen in het maken van de benodigde keuzes.

Stelselvraagstuk niet nader onderzocht

Er lijkt verdere verbetering mogelijk omtrent de doelmatigheidsprikkels voor zorginstellingen en zorgkantoren in de huidige vormgeving van de ouderenzorg. Daarnaast is er sprake van schottenproblematiek in het huidige stelsel, wat leidt tot afwentelingsmogelijkheden en investeringen in preventie en samenwerken lastiger maakt. In hoeverre en op welke termijn een stelselwijziging deze vraagstukken (deels) kan oplossen zonder andere vraagstukken te creëren is onvoldoende uitgewerkt. Uit de uitgevoerde synthese blijkt dat in Zorgkeuzes in Kaart wel verschillende varianten van stelselwijzigingen zijn beschreven⁷⁴. Een verdere uitwerking van die

⁷³ Naast deze maatregelen zijn er nog tijdelijke middelen beschikbaar gesteld voor digitalisering in de zorg en domein-overstijgende samenwerking. Ook staan er in het coalitieakkoord maatregelen in het woondomein die verband houden met de ouderenzorg.

⁷⁴ Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën (2020). *Zorgkeuzes in Kaart Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>. Zie bijvoorbeeld de ZIK-fiches 132 t/m 147 onder 6.1.7: Stelsel & Transitie

maatregelen is echter noodzakelijk. De effecten van een stelselwijziging hangen sterk af van de uitwerking en de verantwoordelijkheid die partijen (kunnen) nemen. Daarnaast is de precieze transitieduur en kosten die daarmee gemoeid zijn onduidelijk. Gegeven deze onzekerheid gaat de IBO-werkgroep om praktische redenen uit van de werkhypothese dat er geen grote stelselwijziging komt. Dit zegt echter niets over de (on)wenselijkheid van een dergelijke stelselwijziging.

De werkhypothese van geen grote stelselwijziging heeft een aantal consequenties voor de beleidsmaatregelen die we hieronder presenteren. Zo presenteert dit IBO beleidsopties om binnen het huidige stelsel voor betere doelmatigheidsprikkels te zorgen. Ten tweede betekent de werkhypothese van geen grote stelselwijziging dat de schottenproblematiek die het huidige stelsel kent (groten)deels in stand zal blijven. Voor de schottenproblematiek draagt dit IBO namelijk wel verschillende (deel)oplossingen aan (zie maatregel B1 en B5 in paragraaf 4.5.2).

Analytisch kader

In deze paragraaf staan de keuzes wat betreft de vormgeving van de ouderenzorg in de toekomst centraal. Binnen het rapport maakt de werkgroep onderscheid naar drie typen maatregelen die de houdbaarheid van de ouderenzorg kunnen verbeteren: maatregelen die ingrijpen op de doelmatigheid van het stelsel, maatregelen die het collectief gefinancierde pakket inperken en maatregelen die eigen betalingen anders inrichten en/of verhogen. Aangezien maatregelen die de doelmatigheid van het stelsel verbeteren in principe betekenen dat er meer zorg geleverd kan worden met dezelfde financiële of personele middelen zullen dit soort maatregelen in veel gevallen de voorkeur hebben.

De afweging tussen maatregelen die ingrijpen op de omvang van het collectief gefinancierde pakket en de richting/hoogte van de eigen betalingen is minder evident. De IBO-werkgroep gebruikt een analytisch kader van het CPB dat behulpzaam kan zijn om deze afweging langs twee dimensies te maken: zorgsolidariteit en risicosolidariteit.⁷⁵ Deze afwegingen zijn niet zwart-wit; het gaat meer om een glijdende schaal waarop de juiste balans moet worden gevonden.

De dimensie van zorgsolidariteit gaat om de afweging tussen stelsels met een breed collectief verzekerd pakket en stelsels met meer private zorginkoop. In het eerste geval staat de solidariteit voorop waarin het collectieve pakket breed is vormgegeven. Dit uit zich in relatief hoge zorgpremies. De noodzaak om zorg buiten het collectief verzekerd pakket te gebruiken is in een dergelijk stelsel beperkt. In het tweede geval is het collectieve pakket smal vormgegeven, wat leidt tot lagere zorgpremies en meer private zorginkoop.

De tweede dimensie betreft de risicosolidariteit. Hierbij draait het om de mate waarin collectief georganiseerde zorg betaald wordt door het collectief (via zorgpremies) of door zorgbehoevenden (via eigen betalingen). In het eerste geval staat risicosolidariteit voorop en betalen niet zorggebruikers relatief meer mee voor de zorg van zorggebruikers. In het tweede geval financieren zorggebruikers zelf een relatief groter deel van de eigen zorg.

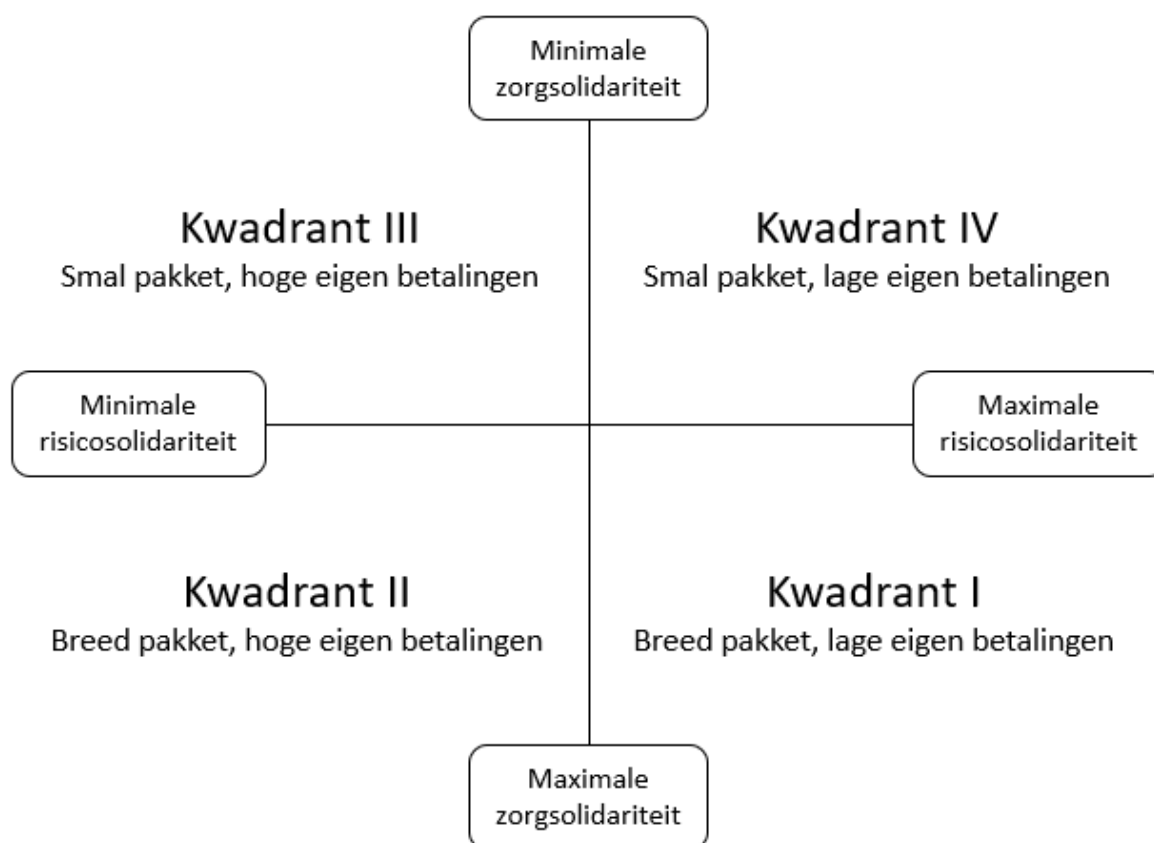
Een keuze voor minder zorg -of risicosolidariteit, oftewel een kleiner collectief gefinancierd pakket of hogere eigen betalingen, heeft gevolgen voor de risico's en verantwoordelijkheden die zorgbehoevenden dragen.

⁷⁵ Van Ewijk, C., van der Horst, A., & Besseling, P. (2013). *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg*. Den Haag: CPB.

Een beweging naar minder zorgsolidariteit betekent dat zorggebruikers grotere verantwoordelijkheid dragen voor organiseren van zorg. In de praktijk zal dit alleen mogelijk zijn voor mensen die zelf of via hun netwerk beschikken over de benodigde (digitale) vaardigheden om dit te organiseren.

Een beweging naar minder zorgsolidariteit én minder risicosolidariteit betekent ook dat (toekomstig) zorgbehoevenden meer financieel risico dragen. In theorie kunnen (toekomstige) ouderen dit deels financieren uit minder snel stijgende zorgpremies. De financiële risico's zijn echter scheef verdeeld over de levensloop en tussen verschillende groepen in de samenleving. De kosten van intensieve verpleeghuiszorg bedragen al snel meer dan een ton per jaar. Meerjarige behandeling loopt al snel in de tonnen. Daarbij kennen mensen met een lage sociaaleconomische status relatief meer ongezonde levensjaren. Deze mensen maken ook vaker gebruik van verpleeghuiszorg.⁷⁶ Bij een vermindering van de risicosolidariteit is het mogelijk om de financiële risico's voor zorgbehoevenden met een laag inkomen en laag vermogen in te perken door de eigen bijdragen inkomens -en vermogensafhankelijk te maken.

Figuur 4.1: Analytisch kader zorg- en risicosolidariteit



Bron: Van Ewijk, C., van der Horst, A., & Besseling, P. (2013). *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg.* Den Haag: CPB.

Vanuit de twee dimensies van zorgsolidariteit en risicosolidariteit kunnen vier mogelijke toekomstbeelden voor de ouderenzorg onderscheiden worden (zie ook figuur 4.1):

⁷⁶ Nza (2022). *Monitor Ouderenzorg: Trendanalyses (deel 2).* [Monitor Ouderenzorg Trendanalyses deel 2 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](https://monitorouderenzorg.nl/overheid.nl)

- I. Breed pakket, lage eigen betalingen. In deze wereld staan zorgsolidariteit en risicosolidariteit hoog in het vaandel. Het collectieve pakket is breed vormgegeven en de financiering van zorg wordt breed gedragen.
- II. Breed pakket, hoge eigen betalingen. Het collectieve pakket is breed vormgegeven, zorggebruikers dragen een hoger deel van de kosten van zorggebruik zelf. Deze wereld kent minder risicosolidariteit.
- III. Smal pakket, hoge eigen betalingen. In deze wereld staan zowel de zorgsolidariteit als de risicosolidariteit op een laag pitje. Het collectief biedt een beperkt pakket aan en zorggebruikers dragen een groot aandeel van de bijbehorende kosten.
- IV. Smal pakket, lage eigen betalingen. Risicosolidariteit is in deze wereld belangrijk en zorgsolidariteit minder; consumenten zijn verzekerd tegen onverwachte kosten van zorg die in het smalle pakket zit.

De analyse in paragraaf 3.3 liet zien dat Nederland zich op dit moment in kwadrant 1 bevindt. In vergelijking met andere landen is het pakket relatief omvangrijk en zijn de eigen betalingen relatief laag. Bovenstaande afwegingen kunnen een leidraad vormen voor een eventuele beweging naar een ander kwadrant.

4.5 KEUZEMENU BELEIDSOPTIES

In deze paragraaf presenteren we een keuzemenu met verschillende maatregelen, die genomen kunnen worden om de ouderenzorg op een gewenst financieel pad te krijgen. Daarbij worden drie categorieën aan maatregelen onderscheiden, te weten 1) doelmatigheidsmaatregelen, 2) maatregelen die ingrijpen in het verzekerd pakket en 3) maatregelen die de eigen betalingen beter richten of verhogen. Conform de taakopdracht zijn beleidsopties (en beleidsrichtingen) geïnventariseerd uit verschillende rapporten.⁷⁷ De beleidsopties die kunnen bijdragen aan financieel, personeel en maatschappelijk houdbare ouderenzorg en (deels) aansluiten bij de analyse uit hoofdstuk 3 zijn opgenomen in het keuzemenu. Hieronder wordt uitgelegd hoe de werkgroep omgaat met de effecten van maatregelen op de financiële, personele en maatschappelijke houdbaarheid.

Met uitzondering van de maatregelen die ook in Zorgkeuzes in Kaart voorkomen zijn maatregelen niet juridisch beoordeeld. Ook uitvoeringsaspecten van veel maatregelen moeten nog nader worden uitgewerkt. Een overzicht van de geïnventariseerde beleidsopties die het keuzemenu niet hebben gehaald zijn opgenomen in bijlage 4.

Budgettaire effecten van maatregelen

Maatregelen die de doelmatigheid van het stelsel verbeteren hebben naar verwachting een positief effect op de financiële houdbaarheid. Er wordt immers meer zorg geleverd met dezelfde financiële middelen of dezelfde zorg voor minder geld

Maatregelen die het collectief gefinancierde pakket verkleinen hebben naar verwachting een positief effect op de financiële houdbaarheid. Een inperking van het pakket betekent immers dat er

⁷⁷ In totaal zijn 121 beleidsopties en beleidsrichtingen geïnventariseerd. Hierbij is geput uit bestaande beleidsopties zoals opgenomen in Rijksoverheid (2020). *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel Brede maatschappelijke heroverweging.* BMH 2 [Naar een toekomstbestendig zorgstelsel | Rapport | Rijksoverheid.nl](#); Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën (2020). *Zorgkeuzes in Kaart Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg.* <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>; Ministerie van VWS (2021). *Dialognota Ouder Worden 2020 – 2040. Publicatie-nr. 130317.* [dialognota-ouder-woorden-2020-2040.pdf \(overheid.nl\)](#); Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen(2020). *Oud en zelfstandig in 2030 Een reisadvies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.* [Oud en zelfstandig in 2030. Een reisadvies | Rapport | Rijksoverheid.nl](#); WRR (2021). *Houdbare Ouderenzorg Ervaringen en lessen uit andere landen.* WRR working paper.

minder zorg collectief gefinancierd wordt. Indien mensen bereid zijn de zorg zelf te betalen betekent dat hogere kosten voor de zorggebruiker (publiek private schuif). Een kanttekening is dat er sprake kan zijn van substitutie-effecten. In zoverre dit substitutie is naar duurdere zorgvormen werkt dit het positieve effect op de financiële houdbaarheid tegen. In zoverre dit substitutie naar informele zorg betreft en de informele zorg dit kan opvangen blijft het positieve financiële effect overeind.

Hogere eigen betalingen hebben naar verwachting een positief effect op de financiële houdbaarheid. Ten eerste betekenen hogere eigen betalingen dat een groter gedeelte van de zorgkosten privaat wordt gefinancierd en een kleiner gedeelte collectief. Dit komt de financiële houdbaarheid van de collectieve zorguitgaven zoals gedefinieerd in dit IBO ten goede. Wel stijgen de zorguitgaven van zorggebruikers. Ten tweede leidt een verhoging van eigen betalingen naar verwachting tot uitstel (of afstel) van zorggebruik.⁷⁸ Een risico hiervan is dat dat op de lange termijn juist leidt tot een grotere en zwaardere (en duurdere) zorgvraag wat een negatief effect kan hebben op de financiële houdbaarheid van de collectieve zorguitgaven.

Bepaling van budgettaire effecten

Bij het bepalen van de budgettaire opbrengst van de maatregelen is telkens uitgegaan van de huidige situatie, inclusief de maatregelen uit het coalitieakkoord, en aangenomen dat alleen deze maatregel wordt genomen.⁷⁹ Verschillende maatregelen uit de drie categorieën kunnen veelal samen genomen worden om op het politiek gewenste financiële pad uit te komen. Echter de opbrengst van een combinatie van maatregelen, zowel binnen een categorie als uit verschillende categorieën, is niet per definitie gelijk aan de som van de opbrengst van de afzonderlijke maatregelen. Maatregelen kunnen elkaar versterken, maar er kan ook sprake zijn van overlap waardoor per saldo de opbrengst lager zal uitvallen (interactie-effecten zijn niet berekend).

Personele effecten van maatregelen

Doelmatigheidsmaatregelen hebben een positief effect op de personele houdbaarheid voor zover ze leiden tot minder (arbeidsintensief) zorggebruik of leiden tot een hogere arbeidsproductiviteit. De hoeveelheid geleverde zorg neemt toe bij een gelijkblijvend aantal medewerkers. Aandachtspunt bij deze maatregelen is enerzijds dat zorginstellingen in staat moeten zijn om de transformatie door te maken naar doelmatiger werken. Daarnaast verdient het perspectief van de zorgmedewerkers aandacht, zodat zij o.a. voldoende professionele ruimte ervaren.⁸⁰ Het risico van doelmatigheidsmaatregelen is dat zij leiden tot hogere werkdruk onder personeel en/of lagere kwaliteit van zorg indien instellingen er niet daadwerkelijk in weten te slagen om (bijvoorbeeld via sociale of technologische innovatie) de arbeidsproductiviteit te verhogen of indien kwaliteit slecht gedefinieerd is. Dit kan leiden tot een neerwaartse spiraal van werkdruk en kwaliteit van zorg.

Maatregelen die de collectief gefinancierde zorg inperken hebben alleen een positief effect op de personele houdbaarheid voor zover ze leiden tot minder zorggebruik (al dan niet privaat gefinancierd of door mantelzorg geleverd). De financiële effecten die samenhangen met de financieringsverschuiving zelf kunnen niet omgezet worden in een effect op de personele

⁷⁸ Tenand M, Bakx P, Wouterse B. (2021). *The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare*. CPB Discussion Paper. Discussion Paper 430 'The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare' | CPB.nl
Non, M. (2017). *Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care?* CPB Discussion paper.

⁷⁹ De precieze invulling van de maatregel scheiden wonen en zorg uit het coalitieakkoord is nog onbekend. Daarmee interfereert deze mogelijk met de budgettaire opbrengst van andere maatregelen.

⁸⁰ SER (2021). *Aan de slag voor de zorg Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Advies 21/04. "Aan de slag voor de zorg" wil ruimte voor de zorgprofessional* | SER

houdbaarheid. Het effect op de personele houdbaarheid moet bovendien worden gezien in de context van een verwacht tekort aan personeel binnen de ouderenzorg, voornamelijk bestaande uit verzorgenden en verpleegkundigen.⁸¹

Maatregelen die de eigen betalingen verhogen hebben een beperkt positief effect op de personele houdbaarheid. Namelijk alleen voor zover ze leiden tot minder zorggebruik, het zogenaamde remgeldeffect.⁸² De financieringsverschuiving zelf heeft geen effect op de personele houdbaarheid. Hogere eigen betalingen leiden naar verwachting tot uitstel van de zorgvraag en daarmee tot een kleinere vraag naar personeel. Daar staat tegenover dat, net als bij financiële houdbaarheid, zorgmijding kan leiden tot een grotere en zwaardere zorgvraag op een later moment en daarmee (een deel van) de positieve effecten op personele houdbaarheid teniet kan doen. Een mogelijk additioneel negatief effect op de personele houdbaarheid van hogere eigen bijdragen is dat zorgbehoevenden door hogere eigen betalingen prijsbewuster worden en daarmee eerder een keuze maken voor een vpt/mpt/pgb bij een commerciële aanbieder (welke de woon- en servicecomponent tegen een commercieel tarief aanbiedt).⁸³ Aangezien commerciële aanbieders in sommige gevallen relatief arbeidsintensief werken zou dit de personele houdbaarheid onder druk kunnen zetten.

De vermindering van het zorggebruik van de maatregelen uit het keuzemenu is niet gekwantificeerd en daarmee is ook het personele effect van maatregelen niet te kwantificeren.

Maatschappelijke effecten van maatregelen

De effecten van maatregelen op de maatschappelijke houdbaarheid zijn niet gekwantificeerd. De effecten worden hier kwalitatief beschreven.

Doelmatigheidsmaatregelen die voorzien in minder inzet van financiële en personele middelen zonder dat de toegankelijkheid of kwaliteit wordt aangetast dragen positief bij aan de maatschappelijke houdbaarheid.

Inperking van het pakket en verhoging van de eigen betalingen hebben een verschillend direct en indirect effect op de maatschappelijke houdbaarheid. Het directe effect van een inperking van het pakket en/of verhoging van de eigen betalingen is naar verwachting negatief aangezien de toegankelijkheid tot zorg wordt beperkt. Dit leidt waarschijnlijk tot verminderde kwaliteit van leven of levensjaren, met name voor ouderen die de zorg niet zelf kunnen organiseren of betalen, maar ook naasten kunnen geraakt worden. Zo zijn groepsactiviteiten, casemanagement en hulp bij het huishouden vormen van zorg die eraan bijdragen dat ouderen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Zorggebruikers die de niet langer verzekerde zorg wel kunnen betalen en organiseren zoeken hun heil elders wat de ongelijkheid in toegang tot ouderenzorg vergroot. Om dit (deels) te ondervangen is een goede inrichting van een verhoging van eigen betalingen van belang. Zo kan solidariteit tussen zorggebruikers met hoge en lage inkomens worden verbeterd indien eigen betalingen in grotere mate inkomens- en/of vermogensafhankelijk worden ingestoken. Het indirecte effect van een inperking van het pakket en/of verhoging van de eigen betalingen is een daling of verminderde stijging van de zorgkosten die zowel niet-zorggebruikers als zorggebruikers betalen. Dit kan de bereidwilligheid van niet-zorggebruikers om bij te dragen

⁸¹ Prognosemodel zorg en welzijn (www.prognosemodelzw.nl)

⁸² Tenand M, Bakx P, Wouterse B. (2021). *The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare*. CPB Discussion Paper. Discussion Paper 430 'The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare' | CPB.nl

⁸³ Commerciële zorginstellingen kennen een juridische vorm die winstuitkering naar derden mogelijk maakt. Gezien het winstverbod voor intramurale zorg geldt de additionele conditie voor de verpleeghuissector dat deze instellingen zorg en wonen van elkaar scheiden door de zorgcomponent te financieren via extramurale pakketten (waar geen winstverbod voor geldt) en de wooncomponent via huur en servicekosten waarover wel winstuitkering mogelijk is.

aan het stelsel en de zorg voor zorgbehoevenden ten goede komen. Zorggebruikers houden minder geld over voor andere zaken en mogelijk worden zij geconfronteerd met een stapeling van eigen betalingen. In het geval inperking van het pakket en/of hogere eigen betalingen leiden tot substitutie naar commerciële en meer arbeidsintensieve zorgaanbieders kan dit de toegankelijkheid tot collectieve zorg en ondersteuning onder druk zetten; direct vanwege de hogere bijdrage die men moet betalen en mogelijk indirect als personeel verschuift van de collectieve naar commerciële sector.

Op de langere termijn kan het maatschappelijke effect van een inperking van het pakket positief uitvallen omdat het bijdraagt aan de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de collectief verzekerde zorg die wel geleverd wordt.

4.5.1 CATEGORIE A: MAATREGELEN DIE DE DOELMATIGHEID VERBETEREN

In tabel 4.3 zijn een viertal doelmatigheidsmaatregelen opgenomen, die onder de tabel nader worden toegelicht. De verschillende maatregelen, in combinatie met de reeds genomen coalitieakkoord maatregelen, beïnvloeden elkaar ook onderling. Wel is duidelijk dat het jaarlijks realiseren van doelmatigheidswinst een forse bijdrage kan leveren aan het beperken van de uitgaven aan ouderenzorg. Om de gedachten te bepalen: bij een additionele productiviteitswinst van 1% in enig jaar ontstaat een besparing van ca €180 mln. in 2029, indien naast productiviteitswinst ook kapitaallasten worden betrokken, levert 1% doelmatigheidswinst in enig jaar een besparing van €240 mln. op.⁸⁴

Tabel 4.3: Overzicht doelmatigheidsmaatregelen

Maatregelen	Budgettaire effect in 2029
A1. Inzetten op gebruik van arbeidsbesparende technologieën	-PM
A2. Benchmarking	
A3. Ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging tegengegaan	-45 tot -70
A4. Invoeren objectief verdeelmodel gemeentefonds	-PM

A1. Inzetten op gebruik van arbeidsbesparende technologieën

Er zijn verschillende stappen die genomen kunnen worden om de inzet van arbeidsbesparende technologieën te bevorderen. We schetsen hier de belangrijkste stappen:⁸⁵

a) Aanpassen kwaliteitseisen

Kwaliteitseisen m.b.t. de personeel-clientverhouding kunnen worden aangepast bij de inzet van technologie, zoals digitale zorgtoepassingen. Technologie kan in potentie namelijk zorgen voor een toename van de arbeidsproductiviteit: de zorg kan op hetzelfde kwaliteitsniveau geleverd worden met een lagere personeel-clientverhouding dankzij de inzet van technologie. Deze maatregel maakt het mogelijk dat personeel op andere, meer effectieve, plaatsen ingezet kan worden, wat goed is voor de personele en financiële houdbaarheid. Bij het Coalitieakkoord is reeds meer ruimte gecreëerd voor een andere interpretatie van het Kwaliteitskader (en dus de personeelsnorm), deze maatregel gaat verder in die richting. Aanpassing van het Kwaliteitskader is een bevoegdheid van het veld. Daarnaast is het ook van belang om op een andere manier te gaan werken, onder andere door het herijken van taken en functies, het flexibel inzetten van zorgpersoneel en een beweging naar "bekwaam is inzetbaar".

⁸⁴ In 2029 zijn de uitgaven aan ouderenzorg na coalitieakkoord €24 mld (zie tabel 4.2) De uitgaven aan ouderenzorg bestaan voor ca 75% uit personeelsuitgaven. 1% productiviteitswinst bedraagt daarmee € 180 mln $(= (0,75 \times 24000) / 100)$; 1% doelmatigheidswinst €240 mln $(= 24000 / 100)$.

⁸⁵ Zie de bijlage 5 "Notitie arbeidsbesparende technologieën in de ouderenzorg" voor een uitgebreidere analyse en meer mogelijke maatregelen.

b) Eenmalig toetsen op effectiviteit (arbeidsbesparende) technologie

Momenteel moeten aanbieders die een eerder goedgekeurde toepassing willen inzetten vaak bij een andere zorgverzekeraar of zorgkantoor nieuwe businesscases indienen of aanvullende eisen uitwerken. De afspraak kan tussen partijen worden gemaakt dat een digitale zorgtoepassing maar een keer bewezen effectief hoeft te zijn voordat aanbieders deze vergoed krijgen. Het Rijk dringt er bij de zorgkantoren en zorgverzekeraars op aan dat zij komen tot een proces waarbij een innovatie niet per zorgkantoor of zorgverzekeraar opnieuw hoeft te worden getoetst als deze eerder geschikt is bevonden. Dit proces kan ervoor zorgen dat inkoop van en investeringen in innovatie sneller en efficiënter gebeuren. Het is daarbij van belang dat dit door alle partijen gebruikt gaat worden.

c) Standaardiseren gegevensuitwisseling

In het coalitieakkoord zijn structurele middelen opgenomen voor het standaardiseren van gegevensuitwisseling. Er wordt gekeken naar de meest doelmatige modaliteit. Er wordt ingezet op eenheid van taal (Wegiz), generieke functies en landelijke ICT-infrastructuur. Daarnaast kunnen mensen hun eigen gezondheidsinformatie inzien via één landelijke persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo). Deze beleidsoptie vergt initieel investeringen. Het vorige kabinet heeft op dit onderwerp het wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling Zorg (Wegiz) naar de Tweede Kamer gezonden.⁸⁶

d) Minder vrijblijvendheid zorginkoop

Om gebruik van (digitale) technologie echt van de grond te krijgen kan het onderdeel worden van afspraken die er tussen zorgkantoren/zorgverzekeraars met de aanbieders worden gemaakt. Belangrijke spelers hierbij zijn de zorgverzekeraars/zorgkantoren die dit moeten meenemen in hun inkoopbeleid in de vorm van "pas toe of leg uit". Zorgkantoren kunnen zorgaanbieders bij de inkoop van zorg aanspreken op het gebruik van bewezen effectieve innovaties (bewezen arbeids- of kostenbesparend). De rijksoverheid kan hen hierin stimuleren en waar nodig ruimte geven. Een belangrijke randvoorwaarde is wel dat er voldoende kennisdeling is over bewezen effectieve innovaties.

A2. Benchmarking

De Wlz kent beperkte inherente doelmatigheidsprikkels, dit geldt dus ook voor de sector Verpleging en Verzorging (V&V). Om doelmatiger werken in de V&V sector te bevorderen kan voor benchmarking gekozen worden. Bij benchmarking worden, in dit geval, verpleeghuizen met elkaar vergeleken wat prestaties en kosten betreft. Benchmarking kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Er bestaan zachte vormen van benchmarking, waarbij bijvoorbeeld alleen verschillen inzichtelijk worden gemaakt en hardere vormen, waarbij deze waargenomen verschillen bijvoorbeeld gebruikt worden bij het zorginkoopproces of de tarifiering. Hoe verfijnder en harder de benchmark is, hoe meer van de potentiële doelmatigheidswinst in theorie benut kan worden. De grootste opbrengst kan worden gehaald met een harde benchmark die gecombineerd wordt met individuele tariefstelling die de onderlinge verschillen tussen zorgaanbieders (verpleeghuizen) in dezelfde omstandigheden inzichtelijk maakt, zodat de zorgaanbieders hun eigen kosten met die van andere, vergelijkbare zorgaanbieders kunnen vergelijken (hierna ook: hun 'peers'). De zorgkantoren kunnen dan vervolgens met zorgaanbieders binnen een door de NZa gereguleerde tariefruimte (de gegeven bandbreedte op basis van de integrale vergelijking) over de individuele tariefafspraken onderhandelen en afspraken maken met minder efficiënte zorgaanbieders om de

⁸⁶ Dit wetsvoorstel heeft echter een andere aanpak dan de hierboven beschreven beleidsopties, waarin er niet wordt gekozen voor een landelijk systeem.

zorg doelmatiger te gaan leveren. Deze vorm van benchmarking is in principe uitvoerbaar mits voldaan aan de noodzakelijke randvoorwaarden.

Een dergelijke vorm van benchmarking is echter nog niet eerder daadwerkelijk ingevoerd dus er resteren belangrijke risico's wat betreft de (juridische) uitvoerbaarheid. Zo zal naast de deugdelijkheid van het vastgestelde tarief ook moeten worden onderbouwd waarom zorgaanbieders als 'peers' zijn te beschouwen en op basis van welke kenmerken dit is bepaald. Dit brengt extra bewijslast voor de NZa met zich mee. Bovendien zal de datakwaliteit verbeterd moeten worden en moet voorkomen worden dat er een race to the bottom ontstaat op kwaliteit (bijvoorbeeld via inspectie van de instellingen die als peer dienen). Verder is er een nadere mededingingsrechtelijke analyse nodig, onder meer naar de mogelijkheden en onmogelijkheden bij het delen van bedrijfseconomische informatie tussen zorginstellingen. Ook zijn er wetswijzigingen nodig. Enerzijds een wetswijziging van de Wlz om gegevensuitwisseling tussen de NZa, Wlz uitvoerders en zorgaanbieders mogelijk te maken en anderzijds een wetswijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg om het mogelijk te maken dat de NZa nieuwe tariefsoorten (zoals minimum- of maximumtarieven respectievelijk bandbreedtetarieven) per aanbieder kan bepalen. Gelet op de grote impact die een dergelijke wijziging van de bekostiging kan hebben op de betreffende zorginstellingen en daarmee op de beschikbaarheid van zorg zal gerekend moeten worden met een overgangperiode voordat de effecten van deze wijziging van de bekostiging zichtbaar kunnen worden.

A3. Ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging tegen gaan

Zorgverzekeraars zijn op grond van artikel 13 van de Zvw verplicht ook verzekerde zorg die zij niet hebben gecontracteerd te vergoeden voor hun verzekerden. Met name binnen de wijkverpleging komt dit voor. Uit onderzoek blijkt dat voor een vergelijkbare cliënt in 2017 bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gemiddeld 2,7 keer meer uren per maand gedeclareerd worden dan bij een gecontracteerde zorgaanbieder.⁸⁷ Het vorige kabinet heeft ingezet op het terugdringen van ongecontracteerde zorg. In de wijkverpleging lijkt dit succesvol. Het percentage cliënten dat ongecontracteerde zorg kreeg in de wijkverpleging is gedaald van 5,6% in 2018 tot 3,3% (18.000 cliënten) in 2020; in termen van kosten van 9,0% tot 5,1% (€138 mln.).⁸⁸ Om de ongecontracteerde zorg verder te beperken kan artikel 13 worden geschrapt voor de wijkverpleging, de indicatiestelling worden aangepast of de vergoeding voor ongecontracteerde worden beperkt. Het aanpakken van ongecontracteerde zorg draagt bij aan de doelmatige inzet van schaars personeel.

A4. Weghalen perverse prikkel in het gemeentefonds

Een aanpassing van de systematiek van het gemeentefonds door rekening te houden met het aandeel ouderen binnen een gemeente met en zonder Wlz-indicatie zorgt voor een eerlijkere en meer doelmatige verdeling van Wmo-middelen. Gemeenten van wie een relatief groter deel van hun (zeer) ouderenpopulatie geen Wlz-indicatie heeft, krijgen dan relatief meer middelen dan gemeenten die relatief veel (zeer) ouderen hebben met een Wlz-indicatie. Deze maatregel ontmoedigt afwenteling richting Wlz en beloont inspanningen van gemeenten om ouderen te ondersteunen en zo langer zelfstandig te kunnen wonen.⁸⁹

⁸⁷ Vektis (2019) *Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016–2018*. Vektis Rapport, 3 september 2019.

⁸⁸ [Omvang niet-gecontracteerde wijkverpleging daalt | Vektis.nl](#)

⁸⁹ Alders P, Schut FT (2021). *Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet langdurige zorg*. ESB, 106(4803), 524-527.

4.5.2 CATEGORIE B: MAATREGELEN DIE DE TOEGANG TOT COLLECTIEF GEFINANCIERDE ZORG EN ONDERSTEUNING OF BEPERKEN

In tabel 4.4 zijn een vijftal pakketmaatregelen opgenomen, die onder de tabel nader worden toegelicht.

Tabel 4.4: Overzicht maatregelen die toegang tot collectief gefinancierde zorg beperken

Maatregelen	Budgettaire effect in 2029
B1. Opheffen pakketverschillen mondzorg Wlz en Zvw voor zzp's verpleging en verzorging	-25*
B2. Schrappen huishoudelijke hulp	-675*
B3. Schrappen aanspraak dagbesteding voor zzp's Verpleging en Verzorging in de Wlz	-485*
B4. Extramuraliseren zzp VV 4	-320
B5. De Wlz wordt beperkt tot zorg en ondersteuning op verpleegzorgplekken; de extramurale Wlz-zorg en ondersteuning gaat naar Wmo en Zvw met een maximum	-PM

* De maatregel treft niet alleen ouderen.

B1. Opheffen pakketverschillen Wlz en Zvw (mondzorg)

Intramurale Wlz-cliënten met behandeling krijgen niet langer mondzorg vergoed vanuit de Wlz. Mondzorg kan alleen nog verzekerd worden vanuit de bijzondere tandheelkundige zorg en de aanvullende verzekering van de Zvw of kan door de cliënt zelf worden betaald. Er treedt een besparing op omdat de aanspraken op mondzorg binnen de Zvw minder ruim zijn dan die in de Wlz. Alle Wlz-cliënten met een zzp VV gaan zelf hun mondzorg organiseren en betalen. Vanuit het verzekeringsprincipe en het principe van rechtsgelijkheid is het verdedigbaar dat de aanspraak mondzorg uit het pakket wordt geschrapt. Er gaat echter wel een preventieve werking uit van mondzorg. Indien ouderen hun mondzorg niet goed georganiseerd hebben of niet kunnen betalen, kan dit bredere medische gevolgen hebben op een later moment. Daar staat wel tegenover dat de gemiddelde verblijfsduur van ouderen in de Wlz met verblijf relatief kort is en de trend is dat de verblijfsduur eerder af- dan toeneemt. De maatregel treft echter ook cliënten die jonger zijn dan 65 jaar en gemiddeld een langere verblijfsduur hebben. Met name bij de jongere cliënten kan de maatregel tot hogere zorgkosten op de langere termijn leiden indien cliënten niet zelf hun mondzorg organiseren.

B2. De huishoudelijke hulp valt niet meer onder de Wmo⁹⁰

Mensen worden zelf verantwoordelijk voor huishoudelijke hulp; zij kunnen hiervoor hun eigen sociale netwerk inschakelen of de huishoudelijke hulp zelf inkopen. Voor mensen die het verlies aan huishoudelijke hulp niet kunnen opvangen, kan overwogen worden een vangnet te creëren. Alternatief is om de inkomensafhankelijke eigen bijdrage zodanig te verhogen dat circa 70% van de gebruikers de volledige kostprijs gaan betalen.⁹¹ Het voordeel van deze alternatieve variant is dat het relatief eenvoudig binnen het huidige stelsel kan worden uitgevoerd en dat mensen die het wel kunnen betalen maar niet kunnen organiseren ook geholpen zijn. De maatregel richt zich op alle doelgroepen die huishoudelijke hulp ontvangen binnen de Wmo en is dus breder dan de ouderenzorg. Dit geldt ook voor het alternatief. Mogelijk ongewenst neveneffect van deze

⁹⁰ Deze maatregel komt overeen met maatregel 75 variant A uit Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) 2020. Het IBO heeft gebruik gemaakt van de uitwerking en doorrekening in ZiK.

⁹¹ Het alternatief is niet doorgerekend. De budgettaire opbrengst van het alternatief kan kleiner zijn dan het bedrag dat is vermeld in tabel 4.4.

maatregel is dat er een weglekeffect optreedt richting Wlz. Daarnaast kan het leiden tot een grotere (en duurdere) zorg en ondersteuningsvraag op een later moment. De huishoudelijke hulp die wekelijks bij een oudere over de vloer komt heeft ook een (vroeg)signalerende rol. Een vangnet draagt eraan bij weglek en zorgmijding te mitigeren. Tekorten aan huishoudelijk personeel zijn er niet of nauwelijks. Het gaat om werk waarvoor weinig scholing nodig en waar voor de (ouderen)zorg geen groot knelpunt zit. Daarom zal de maatregel nauwelijks effect hebben op de personele houdbaarheid.

B3. Schrappen aanspraak dagbesteding in de Wlz voor zzp's verpleging en verzorging⁹²

Wlz-cliënten met een zzp VV krijgen geen collectief gefinancierde dagbesteding meer, maar moeten dit privaat financieren of zijn hiervoor aangewezen op mantelzorg of vrijwillige inzet vanuit de omgeving. Dit geldt voor alle leveringsvormen. De extramurale Wlz-cliënten (met een mpt, pgb of vpt) kunnen een beroep doen op de algemene voorzieningen uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Algemene voorzieningen staan ook open voor mensen met een Wlz-indicatie. Dit geldt niet voor intramurale cliënten. Cliënten die uitwijken naar de Wmo voor dagbesteding moeten de eigen bijdrage van de Wmo betalen naast de eigen bijdrage in de Wlz. Bij het bepalen van de budgettaire opbrengst is rekening gehouden met weglek richting Wmo.

Voor toekomstige cliënten⁹³ betekent de maatregel een achteruitgang in de hoeveelheid zorg die zij ontvangen ten opzichte van de huidige cliënten. Dit zal, afhankelijk van mogelijkheid van de cliënt en/of gemeente⁹⁴ om dagbesteding zelf te organiseren en te bekostigen, leiden tot een verlies van de kwaliteit van leven, onder andere toename van eenzaamheid. Ook kunnen vervangende zorgvragen ontstaan. Daarnaast wordt de informele en formele zorgverlener een moment van "rust" ontnomen, als de zorgbehoevende naar de dagbesteding gaat. Het personeel in verpleeghuizen krijgt minder werk doordat dagbesteding niet meer wordt aangeboden. Echter het personeel behoudt haar toezichttaak voor de cliënten, die door het wegvallen van de dagbesteding zwaarder kan worden. Het positieve effect van de maatregel op de financiële en personele houdbaarheid wordt hierdoor beperkt.

De maatregel beperkt zich niet tot de ouderenzorg, maar treft ook cliënten die jonger zijn dan 65 jaar en waarvoor de impact op hun kwaliteit van leven mogelijk nog groter is.

B4. Extramuraliseren zzp VV⁹⁵

Cliënten met een zorgzwaarteprofiel (zzp) VV4 krijgen niet langer toegang tot de Wlz, maar ontvangen hun zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw. Punt van aandacht is dat met name het toezicht in de thuissituatie goed geregeld moet worden. In de praktijk is door wachtlijsten deze extramuralisatie al gaande. Deze trend wordt door de regeerakkoord maatregel scheiden wonen en zorg versneld. In de praktijk betekent dit dat ouderen met een zzp VV4 geen verpleegzorgplek meer kunnen krijgen en ontstaat er druk om een hogere indicatie te krijgen. In plaats van een gehele bestaande zzp geen toegang meer te geven tot de Wlz, zou ook gekeken kunnen worden of de toegangscriteria voor de Wlz moeten worden aangepast. De maatregel heeft tot gevolg dat relatieve zware cliënten langer zorg en ondersteuning vanuit de Wmo en Zvw blijven ontvangen.

⁹² Deze maatregel komt overeen met BMH maatregel 39. Het IBO heeft gebruik gemaakt van de doorrekening uit de BMH.

⁹³ Het ligt in de rede om voor zittende cliënten een overgangsregeling te treffen.

⁹⁴ In de berekening van het budgettaire effect is rekening gehouden met een weglek richting Wmo van 50%. Wlz cliënten die gebruik maken van dagbesteding vanuit de Wmo, moeten hier wel een eigen bijdrage voor betalen naast de eigen bijdrage die zij voor gebruik van de Wlz betalen.

⁹⁵ De maatregel is onderdeel van ZiK maatregel 19. Aangezien de extramuralisatie van VV4 al gaande is, is een afslag toegepast op de berekende opbrengst in ZiK. Om deze redenen wordt de opbrengst niet verhoogd voor de toegenomen zorgvraag.

Daarmee doet de maatregel niet veel voor de personele houdbaarheid. Het budgettaire effect van de maatregel is het gevolg van het feit dat mensen die langer thuis blijven wonen hun eigen woonlasten betalen.

B5. De Wlz wordt beperkt tot zorg en ondersteuning op verpleegzorgplekken en de extramurale Wlz-zorg en ondersteuning gaat naar Wmo en Zvw met een maximum

Deze beleidsoptie is een combinatie van meerdere maatregelen en bouwt voort op een aanbeveling van de commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO) om van de Wlz een "instellingswet" te maken.⁹⁶ De beleidsoptie verschuift zorg van het ene naar het andere zorgstelsel en kan daarmee gezien worden als een "stelselwijziging" binnen de bestaande stelsels. De beleidsoptie is een combinatie van een pakketmaatregel en een doelmatigheidsmaatregel. De Wlz wordt beperkt tot zorg en ondersteuning op verpleegzorgplekken (zorg met verblijf en vpt). Mpt's en Wlz-pgb's waarbij zorg en ondersteuning wordt geleverd in een intramurale of geclusterde setting (kleinschalige woonvoorzieningen) worden omgezet naar vpt. Dit leidt tot hogere zorguitgaven. De leveringsvormen mpt en pgb verdwijnen uit de Wlz. Extramurale ouderenzorg wordt niet langer geleverd vanuit de Wlz (als pgb of mpt), maar uitsluitend vanuit de Wmo en Zvw. Gemeenten en zorgverzekeraars worden de enige zorginkopers van extramurale zorg. Zij hebben door hun risicodragendheid een prikkel tot doelmatigheid, die de zorgkantoren niet hebben. Daarbij komt dat ook de afwentelmogelijkheid richting Wlz voor gemeenten en zorgverzekeraars wordt verkleind. Voor ouderen die een Wlz-indicatie krijgen, verandert er niets totdat zij terecht kunnen op een verpleegzorgplek. Zij kunnen tot die tijd hun vertrouwde zorgverleners vanuit de Wmo en Zvw houden. De hoeveelheid zorg die vanuit Wmo en Zvw wordt geleverd wordt gemaximeerd op de hoeveelheid zorg die verleend zou worden in het vergelijkbare zzp in de Wlz. Maximering van de zorg en ondersteuning in de Wmo en Zvw moet eraan bijdragen dat zorg doelmatig wordt gegeven, een zorgval wordt voorkomen en de toegang tot schaars zorgpersoneel wordt geborgd. De toeslag voor Extra Kosten Thuis (EKT) in de Wlz, waarmee de zorgval wordt gemitigeerd bij overgang naar de Wlz, wordt bespaard. Maximering in de Zvw kan ook helpen bij het tegengaan van ongecontracteerde zorg. Voor toekomstige cliënten kan de maximering van zorg en ondersteuning in de Wmo en Zvw ertoe leiden dat zij minder zorg en ondersteuning krijgen dan vergelijkbare huidige cliënten. De maximering kan betekenen dat meer cliënten met dezelfde middelen (uitgaven en schaars personeel) geholpen kunnen worden met minder zorg en ondersteuning per cliënt. Cliënten die dit kunnen organiseren en betalen kunnen zelf extra zorg en ondersteuning boven het maximum inkopen.

De maatregel heeft een positief effect op de financiële houdbaarheid omdat de EKT vanwege de zorgval bespaard kunnen worden. Het effect op de maatschappelijke houdbaarheid is tweeledig. Van het maximeren van zorg en ondersteuning gaat een negatief effect uit. Anderzijds zorgt dit er juist voor dat meer mensen toegang tot schaars zorgpersoneel krijgen en dat de uitgaven dalen.

4.5.3 CATEGORIE C: EIGEN BETALINGEN

Uit de analyse in hoofdstuk 3 komen een aantal patronen naar voren die een verandering in het regime van eigen betalingen motiveren. Allereerst verbetert de inkomens- en vermogenspositie van ouderen naar verwachting in de toekomst, terwijl de verschillen in inkomen en vermogen tussen ouderen juist toenemen. Ten tweede volgt uit de analyse dat verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld worden binnen de huidige systematiek van eigen betalingen. Ten

⁹⁶ De aanbevelingen van de commissie TZTO zijn niet doorgerekend en vragen nog om een nadere uitwerking. Dat geldt ook de beleidsoptie zoals hij hier is gepresenteerd. Het gaat om een majeure wijziging met grote (juridische) uitvoeringsconsequenties.

derde blijkt uit de analyse dat een aantal prikkels binnen de systematiek van eigen betalingen anders ingericht kan worden.

In onderstaande tabel staat een aantal maatregelen die een aanpassing van de eigen bijdragen systematiek voorzien. Hiervoor is voor de meeste maatregelen uitsluitend het effect op de eigen bijdragen opbrengsten berekend. Voor alle maatregelen zijn echter ook gedragseffecten te verwachten; afhankelijk van de maatregel (of een combinatie aan maatregelen) kunnen deze leiden tot een besparing op zorguitgaven (bijv. indien de zorgvraag wordt uitgesteld of verplaatst naar lichtere vormen van zorg en ondersteuning) of een intensivering van de zorguitgaven (bijvoorbeeld als er weglek optreedt richting duurdere vormen van zorg). Deze gedragseffecten, evenals eventuele mutaties van uitvoeringskosten, zijn niet gekwantificeerd. De hoogte van de budgettaire opbrengst is daarnaast afhankelijk van de nadere uitwerking van scheiden wonen en zorg. Daarnaast is niet gekeken naar een eventuele stapeling van eigen bijdragen en mogelijke gedragseffecten die daaruit naar voren komen.

Het budgettaire effect wat toegerekend kan worden aan ouderen is voor een aantal maatregelen kleiner dan wat er in de tabel is opgenomen. De eigen bijdragen systematiek is namelijk van toepassing op alle cliënten die zorg of ondersteuning gebruiken. Dit betekent dat een wijziging van de systematiek zowel effect heeft op de oudere als jongere cliëntenpopulatie. Daarnaast werken wijzigingen in de intramurale HEB-LEB-systematiek in de Wlz een-op-een door op Wmo beschermd wonen, omdat hier dezelfde systematiek van toepassing is. In de tabel zijn de totale budgettaire effecten voor alle cliënten met de betreffende eigen bijdragen opgenomen, dus ook van 65-minners en de gebruikers van beschermd wonen.

De maatregelen zijn niet getoetst op (juridische) uitvoerbaarheid. Tevens moet er voor maatregelen die voorzien in aanpassing van de systematiek (dus anders dan een aanpassing van een bestaande parameters) rekening gehouden worden met een implementatietermijn van enkele jaren.

Tabel 4.5: Overzicht maatregelen eigen betalingen beter richten en/of verhogen

Maatregelen	Budgettair effect in 2029
C1. Vermogen zwaarder meewegen	
C1a. Verhogen vermogensinkomensbijtelling (VIB) naar 8%	-75 – PM
C1b. Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB	-80 – PM
C1c. Compensatie vervallen ouderentoeslag afschaffen	-30 – PM
C2. Gelijke behandeling vermogen	
C2a. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, alleen bij HEB (variant 1) ⁹⁷	PM -250
C2a. Vermogen in eigen woning en box 3-vermogen gelijk behandelen, bij alle leveringsvormen (variant 2) ⁹⁸	PM -345
C2b. Box 2- en box 3-vermogen gelijk behandelen	-85 – PM
C3. Prikkels binnen het stelsel	
C3a: Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb	PM -20

⁹⁷ In de berekening is geen rekening gehouden met de samenloop tussen vermogen in box 3 en de overwaarde van de eigen woning. Voor een deel van de cliënten zal niet de volledige overwaarde van de eigen woning in de eigen bijdrage meetellen, omdat zij nog niet het volledige heffingsvrije bedrag verzilveren op het box 3-vermogen. Hierdoor zal de budgettaire opbrengst kleiner zijn.

⁹⁸ Zie voetnoot 3.

C3b: Vervangen abonnementstarief door inkomensafhankelijke eigen bijdrage ⁹⁹	-300
C3c: Eigen bijdrage wijkverpleging ¹⁰⁰	-275 + PM

C1. Vermogen zwaarder meewegen

De drie onderstaande maatregelen verhogen de eigen bijdragen voor cliënten met vermogen (boven de vrijstelling). Hierdoor zullen de eigen bijdragen opbrengsten toenemen. Daar staat tegenover dat hogere eigen bijdragen een negatief effect hebben op de koopkracht van cliënten en leidt tot een hogere stapeling van eigen bijdragen. Cliënten met vermogen gaan relatief meer betalen dan cliënten zonder vermogen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat er een gedragseffect zal optreden; cliënten zullen proberen langer thuis te blijven wonen, gebruik te maken van goedkopere vormen van zorg of een groter beroep doen op mantelzorg. Dit kan effecten op de kwaliteit van leven en het aantal (gezonde) levensjaren hebben. Daarnaast kan er een sterkere prikkel ontstaan vermogen te verschuiven naar derden of andere manieren te benutten de eigen betalingen te ontwijken (bijvoorbeeld via box 2 of de eigen woning). Tevens ontmoedigen de maatregelen om te sparen.

C1a. Verhogen VIB naar 8%

In de huidige situatie wordt voor de berekening van de eigen bijdragen in de Wlz en Wmo beschermd wonen naast het verzamelinkomen, rekening gehouden met de vermogensinkomensbijtelling (VIB). De VIB is gelijk aan 4% van de rendementsgrondslag boven de vrijstelling. Deze maatregel verhoogt de VIB van 4% naar 8%, waarmee de verlaging van de VIB uit 2019 wordt teruggedraaid.¹⁰¹ Hierdoor gaat een groter deel van het vermogen meetellen in de berekening van de eigen bijdragen Wlz en Wmo beschermd wonen.

C1b. Marginaal tarief niet meetellen over grondslag VIB

In de huidige situatie wordt voor de berekening van de lage eigen bijdrage in de Wlz en Wmo beschermd wonen gerekend met 10% (het marginaal tarief) van de som van het verzamelinkomen en de VIB. Doordat het marginaal tarief ook doorwerkt op de VIB, betekent dit dat vermogen feitelijk voor 0,4% ($10\% \times 4\%$) meetelt. Deze maatregel zorgt ervoor dat het marginaal tarief alleen nog wordt berekend over het verzamelinkomen en niet langer over de VIB. Hierdoor gaat het vermogen zwaarder meewegen in de berekening van de lage eigen bijdrage in de Wlz en Wmo beschermd wonen.

C1c. Compensatie vervallen ouderentoeslag afschaffen

Tot 2016 kende de fiscaliteit de zogenoemde ouderentoeslag. Aow-gerechtigden met geen/weinig aanvullend pensioen maar wel vermogen hadden recht op een extra vermogensvrijstelling. Dit leidde tot het betalen van minder belasting voor deze groep en ook het verzamelinkomen daalde door de ouderentoeslag. In 2016 kwam de ouderentoeslag te vervallen. Doorwerking op de hoogte van de eigen bijdrage werd als onwenselijk gezien. Daarom is binnen de systematiek van de eigen bijdragen (Wlz en Wmo beschermd wonen) de zogenoemde Compensatie Vervallen Ouderentoeslag (CVO) geïntroduceerd. De CVO beoogt de doorwerking in de hoogte van de eigen bijdrage te mitigeren. Sinds de introductie van de CVO is het heffingsvrije vermogen voor alle burgers fors verhoogd. Ook is de VIB van 8% naar 4% verlaagd. Daarmee vervalt de noodzaak van de CVO grotendeels. Ook kent de regeling technische imperfecties waardoor sprake kan zijn van overcompensatie. Dit kan betekenen dat het hebben van vermogen tot een lagere in plaats van een hogere eigen bijdrage leidt.

⁹⁹ In de berekening is rekening gehouden met de voorgenomen invoering van de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp.

¹⁰⁰ Zie voor meer informatie ZIK, maatregel 68 "Invoeren eigen bijdrage voor wijkverpleging", variant C.

¹⁰¹ Het voorgaande kabinet heeft een pakket aan maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten te beperken. De halvering van de vermogensinkomensbijtelling van 8% naar 4% was één van de maatregelen in dit maatregelenpakket.

C2. Gelijke behandeling vermogen

De onderstaande maatregelen verhogen de eigen bijdragen voor cliënten met eigenwoningbezit (specifiek: diegenen met overwaarde in de eigen woning) of cliënten met vermogen in box 2 en vergen een aanpassing van de systematiek. Door deze maatregelen zal de opbrengst van de eigen bijdragen toenemen. Daar staat tegenover dat hogere eigen bijdragen een negatief effect hebben op de koopkracht van deze cliënten en leidt tot een hogere stapeling van eigen bijdragen. Een deel van de cliënten met overwaarde in de eigen woning of vermogen in box 2 gaan relatief meer betalen dan cliënten zonder deze vormen van vermogen. Hoewel de koopkrachteffecten van het meenemen van de overwaarde van de eigen woning worden gedempt door de opbouw van een claim die na overlijden wordt verrekend, stijgen de eigen bijdragen per cliënt fors.

Het is zeer waarschijnlijk dat deze maatregelen tot gedragseffecten leiden; cliënten zullen proberen langer thuis te wonen, gebruik maken van goedkopere vormen van zorg, waar mogelijk een groter beroep doen op mantelzorg of financiële constructies onderzoeken om de eigen bijdrage te ontwijken. Ook kunnen deze maatregelen leiden tot zorgmijding en daarmee een verlies aan kwaliteit van leven en/of (gezonde) levensjaren. In zoverre noodzakelijke zorg wordt vermeden kan dit ook leiden tot hogere zorguitgaven. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Maatregel C2a verkleint de prikkel om een woning zo laat mogelijk te verkopen zodat deze zo lang mogelijk buiten de eigen bijdrage blijft (in het geval van opname in een zorginstelling), maar verkleint ook de prikkel om af te lossen op een hypotheek. Ook wordt het aantrekkelijker om de overwaarde in de eigen woning op te nemen voor consumptie, bijvoorbeeld via een omkeerhypotheek. Specifiek bij variant 1 van de eerste maatregel zullen vermogenden naar verwachting de hogere eigen bijdragen vermijden door in te stromen in een vpt. Voor beide maatregelen dient het CAK specifieke gegevens met betrekking tot de overwaarde van de eigen woning en/of vermogen in box 2 te ontvangen.

C2a. Vermogen in eigen woning en box 3 gelijk behandelen (in combinatie met Iers model)

In de huidige eigen bijdrage systematiek voor de Wlz en Wmo beschermd wonen worden verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld (overigens conform de huidige fiscaliteit); het vermogen in de eigen woning wordt enkel voor cliënten die in een zorginstelling verblijven (en die daarvoor de hoge eigen bijdrage betalen) met een vertraging van twee tot vier jaar betrokken bij de grondslag voor de VIB. De overwaarde van de eigen woning telt namelijk pas mee in de VIB-grondslag als deze overgaat naar box 3. Als de cliënt thuis Wlz-zorg gebruikt of de partner thuis blijft wonen blijft de eigen woning onderdeel van box 1. Door het volgen van dit fiscaal onderscheid werkt het vermogen in de eigen woning dus anders door in de berekening van eigen bijdragen dan vermogen in box 3. In deze maatregel wordt de overwaarde van de eigen woning onderdeel van de grondslag voor de VIB in de Wlz en Wmo beschermd wonen. Door de overwaarde van de eigen woning als belastbaar vermogen mee te nemen in de berekening van de eigen bijdragen, wijkt de maatregel af van de fiscale behandeling van de eigen woning. Aangezien dit mogelijk tot liquiditeitsproblemen leidt, wordt in deze maatregel de opbouw van een claim van de overheid bij de cliënt gefaciliteerd door de overheidspartij die de eigen bijdrage int (het CAK) en wordt deze claim bij de verkoop van de woning vereffend. Dit wordt doorgaans het Iers model genoemd.

Deze maatregel kent twee varianten: variant 1 waarbij de overwaarde van de eigen woning alleen mee gaat tellen in de berekening van de eigen bijdragen voor cliënten die in een zorginstelling verblijven en hiervoor de hoge eigen bijdrage betalen (en dus geen woon- en onderhoudslasten meer hebben) en variant 2 waarbij deze maatregel op alle leveringsvormen van toepassing is. Een alternatieve variant zou kunnen zijn om ook de maximum eigen bijdrage aan te passen. De budgettaire opbrengst van de maatregel zal dan toenemen.

In de berekening van de eigen bijdragen telt vermogen vanaf het startmoment van het zorggebruik mee. Voor zowel inkomen als vermogen wordt naar gegevens uit het jaar t-2

gekeken. Deze maatregel zorgt ervoor dat de overwaarde in de eigen woning ook vanaf het startmoment van zorggebruik gaat meetellen. De Belastingdienst en/of het CAK dient dit daarvoor te registreren. Tevens dient verder onderzocht te worden hoe de overwaarde van een eigen woning als zodanig "gelabeld" kan worden; als dit namelijk niet gebeurt en de cliënt het huis verkoopt, dan verplaatst het vermogen zich naar box 3 en werkt het hogere vermogen met een vertraging van 2 jaar (vanwege t-2 systematiek) door in de eigen bijdrage. Er dient nader onderzoek gedaan te worden hoe er omgegaan dient te worden met de situatie waarin de overwaarde in de eigen woning daalt.

C2b. Vermogen in box 2 en box 3 gelijk behandelen

In de huidige eigen bijdrage systematiek voor de Wlz en Wmo beschermd wonen worden verschillende soorten vermogen ongelijk behandeld; voor de grondslag voor de VIB wordt enkel gekeken naar vermogen in box 3. Deze maatregel voegt vermogen in box 2 toe aan de grondslag voor de VIB. Daarmee worden verschillende vormen van vermogen meer gelijk belast en wordt een mogelijkheid tot het ontwijken van eigen bijdragen beperkt. De uitvoerbaarheid van de maatregel hangt af van registratie van box2-vermogen via een register van aandeelhouders of een andere manier van registratie van vermogen in box 2.

C3. Prikkel binnen het stelsel

De onderstaande maatregelen verhogen de eigen bijdragen voor (een groot deel van de) cliënten in de Wlz (met een mpt of pgb), de Wmo (met een maatwerkvoorziening of algemene voorziening met een duurzame hulpverleningsrelatie) of de Zvw (met wijkverpleging). Hierdoor zullen de eigen bijdragen opbrengsten toenemen. Daar staat tegenover dat de hogere eigen bijdragen een negatief effect hebben op de koopkracht van cliënten en leidt tot een hogere stapeling van eigen bijdragen.

Het is waarschijnlijk dat onderstaande maatregelen een gedragseffect hebben. Het gedragseffect van een verhoging van de eigen bijdrage voor mpt en pgb kan twee richtingen hebben: cliënten zullen gebruik proberen te maken van goedkopere vormen van zorg (Zvw/Wmo) waardoor de zorgkosten zullen afnemen, terwijl voor andere cliënten een vpt relatief aantrekkelijker wordt, waardoor de zorgkosten zullen toenemen. De verhoging van de eigen bijdrage voor Wmo-ondersteuning zal er waarschijnlijk toe leiden dat cliënten hun zorgvraag proberen uit te stellen of gebruik gaan maken van commerciële ondersteuning. Het is niet waarschijnlijk dat de doorstroming van de Wmo naar de Wlz door deze maatregel wordt beïnvloed.¹⁰² Ook kunnen deze maatregelen leiden tot zorgmijding en daarmee een verlies aan kwaliteit van leven en/of (gezonde) levensjaren. In zoverre noodzakelijke zorg wordt vermeden kan dit ook leiden tot hogere zorguitgaven. Dit geldt in het bijzonder voor kwetsbare groepen. Bij invoeren van een eigen bijdrage voor wijkverpleging is het waarschijnlijk dat cliënten zowel niet-noodzakelijke als noodzakelijke zorg gaan mijden. Van alle maatregelen is de verwachting dat ze leiden tot een groter beroep op mantelzorg, wat kan leiden tot meer overbelasting van mantelzorgers.

C3a. Afschaffen aftrekpost bijdrageplichtig inkomen mpt/pgb

De huidige berekening van de eigen bijdragen voor een mpt of pgb houdt rekening met een aftrekpost op het bijdrageplichtig inkomen (€ 6.695 in 2023), waardoor deze leveringsvormen nu relatief aantrekkelijk zijn ten opzichte van vpt, met name voor bovenmodale cliënten. Deze maatregel schaft deze aftrekpost af.

C3b. Vervangen abonnementstarief door inkomensafhankelijke eigen bijdrage

¹⁰² In de Monitor Abonnementstarief is onderzocht of cliënten langer in de Wmo blijven en daarmee later doorstromen naar de Wlz vanwege de relatief lage eigen bijdrage in de Wmo. Dit effect lijkt niet te zijn opgetreden. (BRON derde monitor abonnementstarief: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/rapporten/2021/11/15/inhoudelijke-en-financiële-impact-van-het-abonnementstarief-wmo>)

Op dit moment heeft de Wmo een abonnementstarief van € 19 per maand voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie. Het abonnementstarief is onafhankelijk van inkomen en vermogen. In deze maatregel wordt het abonnementstarief in de Wmo vervangen door een inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage zoals deze van toepassing was voor invoering van het abonnementstarief.¹⁰³ Deze maatregel is een aanvulling bovenop de nog in de te voeren passende eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp.¹⁰⁴

C3c. Eigen bijdrage wijkverpleging

In de huidige situatie betalen cliënten met (langdurige) wijkverpleging in de Zvw geen eigen risico en geen eigen bijdrage. Hierdoor is het kostenbewustzijn voor deze zorgvorm minimaal. Deze maatregel voert een vaste eigen bijdrage per uur in voor de wijkverpleging met een inkomensafhankelijk maximum. Hierdoor wordt het verschil in eigen bijdragen tussen de verschillende stelsels verminderd. De maatregel kan leiden tot zorgmijding. De maatregel zal een verhoging van de administratieve lasten voor zorgaanbieders en -verzekeraars met zich meebrengen. Aangezien zorgverzekeraars op dit moment niet over inkomensgegevens van verzekerden mogen beschikken, wordt ervan uitgegaan dat het CAK de eigen bijdrage gaat innen. Hiervoor dient rekening gehouden te worden met een ruime implementatietermijn.

4.6 MOGELIJKE KEUZES

Door een sterk vergrijzende samenleving is de opgave voor de ouderenzorg groot. Bij ongewijzigd beleid nemen de uitgaven aan ouderenzorg en de arbeidsvraag sterk toe richting 2040. Dit is weinig realistisch. De toekomst van de ouderenzorg is daarom een kwestie van maken van ingrijpende keuzes of het laten gebeuren van die keuzes. Niets doen is geen optie.

In dit IBO-rapport is hoofdzakelijk de budgettaire opgave van de ouderenzorg inzichtelijk gemaakt. Bij ongewijzigd beleid stijgen de uitgaven voor de collectief gefinancierde ouderenzorg met 6,6 miljard euro richting 2029. Afhankelijk van het gewenste financiële ombuigingspad is een besparing nodig van 0,6 (demografie-pad) à 2,7 (bbp-pad) miljard euro in 2029. De IBO-werkgroep schetst met het keuzemenu uit de vorige paragraaf keuzes om invulling te geven aan deze budgettaire opgave richting 2029. Om op het gewenste financiële pad na 2029 te blijven zijn aanvullende besparingen nodig.

De IBO-werkgroep maakt onderscheid tussen drie type maatregelen waaruit gekozen kan worden: maatregelen gericht op (a) een grotere doelmatigheid (b) inperking van het pakket of (c) verhogen van de eigen betalingen.

Maatregelen die de doelmatigheid verbeteren zullen veelal de voorkeur hebben boven pakketmaatregelen en verhoging van de eigen maatregelen. Een voordeel van doelmatigheidsmaatregelen is bovendien dat deze de inzet van schaars zorgpersoneel beperken. Doelmatigheidsmaatregelen hebben dus belangrijke voordelen.

Op dit moment kent de Nederlandse ouderenzorg zowel een relatief breed collectief gefinancierd pakket als wel lage eigen bijdragen. Een versmalling van het collectief gefinancierd pakket of hogere eigen betalingen hebben gevolgen voor de risico's en verantwoordelijkheden die (toekomstige) zorgbehoevenden dragen. De keuze tussen maatregelen die het pakket inperken of

¹⁰³ Het voorgaande kabinet heeft een pakket aan maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten te beperken. Invoering van het abonnementstarief in de Wmo was één van de maatregelen in dit maatregelenpakket.

¹⁰⁴ De budgettaire opbrengst is aangepast voor de overlap met de passende eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp.

de eigen betalingen verhogen hangt samen met twee fundamentele afwegingen: zorgsolidariteit en risicosolidariteit. Het relatieve belang van deze twee vormen van solidariteit kan richting geven aan de keuze tussen (combinaties van) maatregelen die het pakket inperken of de eigen betalingen verhogen. Een verbetering van gemeenschapskracht kan zorgbehoevenden ondersteunen bij het dragen van (een deel van) deze risico's en verantwoordelijkheden. Draagvlak voor noodzakelijke keuzes vereist een politiek en maatschappelijk debat over de reikwijdte van collectief gefinancierde ouderenzorg en de verdeling van schaarse financiële en personele middelen.

4.7 AANBEVELINGEN

De IBO-werkgroep doet een vijftal aanbevelingen:

1. Werk – afhankelijk van de gekozen beleidsrichting - de maatregelen uit dit rapport nader uit en reken ze door in voorbereiding op de volgende verkiezingen. Daarbij is het behulpzaam als de mate van vermindering van zorggebruik per maatregel zou worden bepaald, zodat de personele effecten ingeschat kunnen worden. Wanneer wordt afgezien van een aanpassingen van het stelsel dan ligt het in de rede de mogelijkheden tot doelmatigheidsverbeteringen nader te onderzoeken.
2. De IBO-werkgroep heeft geen inzicht in wat een stelselwijziging in de ouderenzorg, waarbij alle ouderenzorg onder één wet met een risicodragende uitvoerder gebracht wordt, zou kunnen bijdragen en wat nodig is om deze te realiseren; en hoe dit zich verhoudt tot het verbeteren van het huidige stelsel. De IBO-werkgroep beveelt aan om hier nader onderzoek naar te doen, maar realiseert zich dat dit een ingrijpende stelselwijziging betreft, die grote invloed heeft op zowel de Wmo, Zvw en Wlz.
3. Er zijn uiteenlopende beelden over de potentie van gemeenschapskracht en in hoeverre dit potentieel reeds wordt benut. Doe onderzoek naar het financiële, personele en maatschappelijk potentieel van gemeenschapskracht, inclusief de mogelijkheden om dit potentieel te verzilveren, de randvoorwaarden en de bijbehorende maatschappelijke effecten.
4. Doe onderzoek naar de wijze waarop effectiviteitsonderzoek kan worden geïntensiveerd zodat het op termijn betrokken kan worden bij de vormgeving van het verzekerd pakket binnen de Wlz.
5. Doe onderzoek naar opties voor anders bouwen voor ouderen of het bevorderen van de doorstroom binnen de huidige woningvoorraad.

5. Literatuurlijst

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Adema Y en van Tilburg I (2019). Zorgen voor morgen, CPB vergrijzingsstudie.

Alders P, Schut FT (2019) Trends in ageing and ageing-in-place and the future market for institutional care: scenarios and policy implications. *Health Economics, Policy and Law*, 14(1), 82–100.

Alders P, Schut FT (2021). Gemeenten verschuiven zorgkosten naar de Wet langdurige zorg. *ESB*, 106(4803), 524-527.

Beertema B, Dieters M, Scholten C (2022). De zorg even overnemen Verkenning ontwikkeling in respijtzorg. DSP groep.

de Boer A, de Klerk M, Verbeek-Oudijk D, Plaisier I (2020). Blijvende bron van zorg Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Buurman-van Es B (2020). Kortdurende zorg bij ouderen als antwoord op spoedzorg. *Huisarts en Wetenschap* 63, 37-40.

CBS (2020). Bevolkingsprognose 2020-2070: bevolking groeit langzamer door corona.

Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Financiën (2020). Zorgkeuzes in Kaart Analyse van beleidsopties van politieke partijen voor de zorg.

Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen(2020). Oud en zelfstandig in 2030 Een reisadvies aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Van Ewijk, C., van der Horst, A., & Besseling, P. (2013). Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg. Den Haag: CPB.

Gopal K, Kort J de, Linckens D, Marchal B, Veen A. (2021). Houdbaarheid ouderenzorg tot 2050 Scenario's voor toekomstig zorggebruik, arbeidsmarkt en huisvesting. Delft, ABF Research.

Gupta Strategist (2022). UITWEG UIT DE SCHAARSTE Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg.

Hinkema M, van Heumen S, Egter van Wissekerke N. (2019). Prognose capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg. TNO 2019 R12033.

Kromhout M, van Echtelt P, Feijten P (2020). Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid. Sociaal en Cultureel Planbureau.

Ministerie van VWS (2021). Dialoognota Ouder Worden 2020 – 2040. Publicatie-nr. 130317.

NIVEL (2019). Zorgmonitor 2019, Ontwikkelingen in de zorg voor mensen met een chronische ziekte: 2005-2018.

Non, M. (2017). Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? CPB Discussion paper.

NZa (2017) Impactanalyse Verpleeghuiszorg 2017.

NZa (2020). Advies Integrale vergelijking verpleeghuiszorg.

Nza (2022). Monitor Ouderenzorg: Trendanalyses (deel 2).

RIVM (2020). Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties.

RIVM(2022). Raming zorguitgaven ouderenzorg 2021-2040 Verslag.

RVS (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking.

Rijksoverheid (2020). Naar een toekomstbestendig zorgstelsel Brede maatschappelijke heroverweging.

Sociaal en Cultureel Planbureau (2019). Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

SER (2021). Aan de slag voor de zorg Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Advies 21/04.

Tenand M, Bakx P, Wouterse B. (2021). The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare. CPB Discussion Paper.

TK, vergaderjaar 2021/22, 29 389, nr. 111

TK, vergaderjaar 2022/23, 29 282, nr. 485

Vektis (2019). Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde wijkverpleging 2016-2018.

Verwey-Jonker Instituut (2022). Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis.

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. WRR-Rapport 104.

WRR (2021). Houdbare Ouderenzorg Ervaringen en lessen uit andere landen. WRR working paper.

Wouterse B, Bakx P, Schut E. (2021). Prikkel voor kwaliteit en preventie bij inkoop ouderenzorg moeten beter. ESB, 106 (4802), 486-489.

BIJLAGE 1 – TAAKOPDRACHT

Anleiding en achtergrond van het IBO

Nederland is aan het vergrijzen. De komende jaren neemt het aantal ouderen sterk toe; zo neemt het aantal 65-plussers tot 2040 toe met circa 40% en het aantal 80-plussers verdubbelt bijna¹⁰⁵. Ook zullen er in de toekomst steeds meer mensen met één of meerdere chronische aandoeningen zijn. Dit leidt ertoe dat tussen 2020 en 2040 de uitgaven aan intramurale ouderenzorg (Wlz) bij ongewijzigd beleid fors stijgen en dat de vraag naar personeel verdubbelt terwijl de arbeidsmarkt steeds krappere wordt en het aantal mantelzorgers daalt. In internationaal vergelijkend perspectief zijn uitgaven aan de ouderenzorg in Nederland relatief hoog¹⁰⁶. De zorgvraag zal de komende jaren toenemen en ook complexer zijn. De oplopende zorgvraag gaat gepaard met een toenemende druk op de bemensbaarheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg, maar vraagt ook om meer en geschikt woonaanbod voor ouderen, in het belang van henzelf, maar ook van anderen op de woningmarkt.

In februari van dit jaar heeft het demissionaire kabinet de Dialoognota ouderen uitgebracht met als doel een brede maatschappelijke dialoog te voeren over hoe de zorg voor ouderen toekomstbestendig is te houden. Het gaat daarbij om de drieslag: (i) wat kunnen en willen ouderen zelf; (ii) welke zorg en ondersteuning hebben ze nodig; (iii) waar en hoe wonen ze? Om de zorg ook op de lange termijn betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed te houden, zijn ingrijpende (en soms pijnlijke) keuzes nodig die in samenhang met elkaar gemaakt moeten worden; geen keuzes maken betekent impliciet dat er ook keuzes gemaakt worden. Op het gebied van de toekomst van de langdurige zorg zijn inmiddels de nodige studies verricht, en is een breed scala van beleidsopties en ideeën beschikbaar. Zo werkt het rapport 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel – brede maatschappelijke heroverweging' twee benaderingen uit (versterking gereguleerde concurrentie en versterking gereguleerde samenwerking) en zijn in de rapportage 'Zorgkeuzes in Kaart' specifieke beleidsopties doorgerekend, waaronder opties voor scheiden van wonen en zorg¹⁰⁷. De commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO)¹⁰⁸ concludeerde in haar rapport dat de fysieke woon- en leefomgeving cruciaal is voor ouderen om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen en zo min mogelijk afhankelijk te worden van zorg, maar dat hier nog onvoldoende op ingespeeld wordt. Recent zijn hierover ook bestuurlijke afspraken gemaakt¹⁰⁹. De WRR heeft de ervaringen en lessen uit Duitsland, Denemarken, Engeland en Japan op het punt van ouderenzorg in beeld gebracht.¹¹⁰

De geïnventariseerde beleidsopties voor de ouderenzorg richten zich op drie hoofdlijnen:

- 1) het vergroten van de zelfredzaamheid/verantwoordelijkheid van de ouderen zelf, het verkleinen van het verzekerd pakket of het verhogen van eigen betalingen (inclusief scheiden wonen en zorg);
- 2) het verhogen van de toegangscriteria van de Wlz waardoor ouderen niet of later gebruik kunnen maken van relatief dure intramurale ouderenzorg en langer zijn aangewezen op zorg en ondersteuning in de wijk;
- 3) het vergroten van de doelmatigheid, bijvoorbeeld via scherpere prikkels voor inkopende partijen, betere samenwerking van de zorg en ondersteuning voor ouderen.

Het IBO maakt gebruik van dit materiaal en beoogt het keuzeprocess om tot toekomstbestendige ouderenzorg te komen te ondersteunen door de beschikbare kennis over deze beleidsopties gestructureerd aan te bieden, en waar nodig aan te vullen met concrete maatregelen.

¹⁰⁵ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84872NED/table?dl=538AA>.

¹⁰⁶ OESO health at a glance 2019.

¹⁰⁷ Ministerie van Financiën (2020), 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel – brede maatschappelijke heroverweging', CPB (2020): Zorgkeuzes in Kaart.

¹⁰⁸ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/06/30/oud-en-zelfstandig-in-2030-aangepast-reisadvies>.

¹⁰⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/06/02/kamerbrief-over-bestuurlijke-afspraken-wonen-en-zorg>.

¹¹⁰ WRR (2021), Houdbare ouderenzorg, Ervaringen en lessen uit andere landen, Working Paper.

De geïnventariseerde beleidsopties kunnen in potentie een forse bijdrage leveren aan de houdbaarheid. Terwijl al veel in beeld is gebracht over het “wat” van mogelijke beleidsaanpassingen, is er tot nu toe relatief weinig aandacht besteed aan het “hoe” van de verandering. Veel opties zijn immers ingrijpend, vragen om een doordachte fasering en vereisen dat de randvoorwaarden op orde te zijn om het in de praktijk uitvoerbaar te maken. Als bijvoorbeeld meer van ouderen en hun omgeving wordt gevraagd en de toegang tot intramurale zorg wordt verhoogd, dan vraagt dit om meer aandacht voor het wonen en de zorg en ondersteuning van mensen in hun oorspronkelijke of mogelijk andere thuissituatie. Het IBO heeft nadrukkelijk aandacht voor deze randvoorwaarden, inclusief woningmarktaspecten.

Doelstelling

Dit IBO heeft als doel om de beleidsopties gericht op een houdbare ouderenzorg - die met name zien op de eigen verantwoordelijkheid van ouderen en het verhogen van de toegangsgrens - gestructureerd in beeld te brengen samen met de randvoorwaarden om deze uitvoerbaar te laten zijn alsook maatregelen in kaart te brengen die het beroep op zwaardere, i.e. duurdere ouderenzorg kunnen voorkomen of uitstellen en wat daar randvoorwaardelijk voor nodig is. Het is van belang wonen en zorg voor ouderen in samenhang te bezien.

Opdracht aan de werkgroep

Gegeven de doelstelling van dit IBO zijn de volgende vragen aan de orde:

Het basispad bij ongewijzigd beleid en de knelpunten die zich daarbij voordoen

- Welke kwantitatieve opgaven liggen er om de zorgvraag van een groeiende groep ouderen op een toekomstbestendig pad te krijgen? Het basispad bij ongewijzigd beleid geeft inzicht in knelpunten op het gebied van de arbeidsmarkt, de woningmarkt, en de budgettaire opgave. Gegeven dit basispad kunnen vervolgens de bijdragen van de geïdentificeerde beleidsopties op dit pad in beeld worden gebracht. De planbureaus zullen hiervoor worden benaderd.

Synthese bestaande onderzoeken

- Breng in kaart welke beleidsopties significant bijdragen aan houdbare ouderenzorg langs de drie bovengenoemde hoofdlijnen. Put daarbij uit bestaande beleidsopties zoals opgenomen in de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen, Zorgkeuzes in Kaart, de Dialoognota Ouderenzorg en de commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO) en internationale inzichten.

Randvoorwaarden waaronder de geschetste beleidsopties kunnen slagen

- Breng concrete randvoorwaarden in kaart waaronder de geschetste beleidsopties uitvoerbaar kunnen worden. Dit betekent dat, bijvoorbeeld bij een versoering van het verzekerd pakket en/of verhoging van de toegangscriteria en/of van de eigen betalingen, ouderen de zorg en ondersteuning kunnen blijven ontvangen die nodig is. Denk bijvoorbeeld aan voldoende passende woon-zorgvormen, een goed georganiseerde eerste lijn, effectieve inzet van mantelzorg, de samenwerking tussen het sociale en het medische domein. Welke maatregelen zijn nodig om aan deze randvoorwaarden te gaan voldoen, met het meest positieve effect op de toegankelijkheid, bemensbaarheid en betaalbaarheid van de ouderenzorg?
- Welke maatregelen zijn nodig om langer thuis wonen te ondersteunen en zodoende dure instellingszorg te voorkomen of uit te stellen? Bijvoorbeeld het wegnemen van prikkels voor gemeenten/zorgverzekeraars om zwaardere zorg af te wentelen, ouderen voorbereiden op hun eigen verantwoordelijkheid, een goede uitvoering van de Wmo door gemeenten in samenwerking met zorgverzekeraars, etc.

Bij de uitwerking van beleidsopties wordt gekeken naar de gevolgen voor ouderen en andere relevante stakeholders en wordt scherp gemaakt waar de te onderscheiden verantwoordelijkheden liggen. Ook wordt er gekeken naar de doorlooptijd van de verschillende opties. Alle opties dienen te leiden tot houdbare zorg, en in één variant wordt een 20% besparingsvariant uitgewerkt t.o.v. het basispad. De uitgaven aan intramurale ouderenzorg zijn hiervoor de grondslag, circa 14,5 mld. in 2022.

Organisatie van het onderzoek

Vertegenwoordigers van VWS, FIN, EZK, BZK, SZW, AZ en experts van het CPB en SCP. Er zal ook een consultatie plaatsvinden met experts en relevante organisaties. Het IBO start in oktober 2021. De werkgroep dient haar eindrapport uiterlijk maart 2022 in. De omvang van het rapport is niet groter dan dertig bladzijden plus een samenvatting van maximaal vijf bladzijden.

BIJLAGE 2 – SAMENSTELLING WERKGROEP

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE
Theo Langejan	Voorzitter	Pensioenfederatie
Leida Lamers	Secretaris	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Christiaan Schakel	Secretaris tot medio juni 2022	Ministerie van Financiën
Ewout de Graaf	Secretaris	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Tim van der Valk	Secretaris	Ministerie van Financiën
Gertjan Dordmond	Secretaris vanaf medio juni 2022	Ministerie van Financiën
Dick Kabel	Werkgroeplid	Ministerie van Financiën
Michiel Geschiere	Werkgroeplid tot medio maart 2022	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Maartje Roelofs	Werkgroeplid vanaf medio maart 2022	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Victor Joosen	Werkgroeplid	Ministerie van Economische Zaken en Klimaat
Hans Ton	Werkgroeplid	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Michiel van Goor	Werkgroeplid tot september 2022	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Joost Baeten	Werkgroeplid vanaf september 2022	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
Mirre Terpstra	Werkgroeplid	Ministerie van Algemene Zaken
Rob Aalbers	Werkgroeplid	Centraal Planbureau
Inger Plaisier	Onafhankelijk expert	Sociaal en Cultureel Planbureau

BIJLAGE 3 – GERAADPLEEGDE EXPERTS

NAAM	FUNCTIE	ORGANISATIE
Werkbezoek Careyn (19 april 2022)		
Macro Meerdink	Voorzitter RvB	Careyn
Rogier van Dijk	Directeur	Careyn Utrecht stad
Arjo Hoogwerf	Directeur	Careyn Zuid Hollandse Eilanden
Annette van Stigt	Bestuurssecretaris	Careyn
Werkbezoek Cordaan (20 april 2022)		
Anke van Braam	Directeur Human Resources Kwaliteit & Innovatie	Cordaan
Sebastiaan Room	Directeur Financiën	Cordaan
Ronald van Weegen	Directeur Zorg in de Wijk	Cordaan
Roos Schellens	Directeur Wonen met Zorg voor Ouderen	Cordaan
Daan Sajet	Voorzitter Cliëntenraad	Cordaan
Ronald Schmid	Lid RvB	Cordaan
Werksessie sociale preventie en zelfredzaamheid (17 mei 2022)		
Erik Dannenberg	Voorzitter	DIVOSA en Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
Peter Rensen	Senior wetenschappelijk medewerker	Movisie

Tine van Regenmortel	Professor	Tilburg University en Universiteit Leuven
----------------------	-----------	--

Theo van Tilburg	Professor	Vrije Universiteit Amsterdam
------------------	-----------	------------------------------

Werkbezoek Tante Louise (19 mei 2022)

Jan-Kees van Wijnen	Bestuurder	Tante Louise
---------------------	------------	--------------

Katja Drost	Science practitioner	Tante Louise
-------------	----------------------	--------------

Nils van de Reijt	Projectleider	Tante Louise
-------------------	---------------	--------------

Xandra van Megen	Onderzoeker	Tante Louise
------------------	-------------	--------------

Matthieu Arendse	Innovatieadviseur	Tante Louise
------------------	-------------------	--------------

Werksessie Flankerend beleid (8 juni 2022)

Jolanda Lindenberg	Wetenschappelijk stafid	Leyden Academy on Vitality and Ageing
--------------------	-------------------------	--

Fatiha Baâdoudi	Zorgonderzoeker	RIVM
-----------------	-----------------	------

Mirella Minkman	Professor	TIAS Businessschool Tilburg University en voorzitter RvB Vilans
-----------------	-----------	---

Marjolein Broese van Groenou	Professor	Vrije Universiteit Amsterdam
------------------------------	-----------	------------------------------

Geert Jan Kommer	Senior onderzoeker	RIVM
------------------	--------------------	------

Inspiratiesessie (7 juni 2022)

Maurits Verweij	Partner	BeBright
-----------------	---------	----------

Lea Bouwmeester	Boundary spanner	BeBright
-----------------	------------------	----------

Mijke Buijs	Programmamanager	CZ
-------------	------------------	----

Digitale expertsessie over privaat gefinancierde zorg (9 juni 2022)

Florien Kruse	Postdoc	Radboud UMC
Bram Wouterse	Assistant professor	Erasmus School of Health Policy & Management
Marcel Canoy	Professor	Vrije Universiteit Amsterdam
Romke van der Veen	Professor	Erasmus Universiteit Rotterdam
Tessa Voesenek	Beleidsmedewerker	NZa

BIJLAGE 4 – BESTAANDE BELEIDSOPTIES: SYNTHESE VAN BESTAAND ONDERZOEK

Beleidsopties uit de rapporten de Brede Maatschappelijke Heroverwegingen (BMH), Zorgkeuzes in Kaart (ZiK), de Dialoognota Ouderenzorg (DNO), de commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO) en Kiezen voor houdbare zorg (WRR-rapport 104) zijn geïnventariseerd. In totaal gaat het om 121 beleidsopties. Na een selectie van de beleidsopties aan de hand van een aantal afwegingen (zie alinea hieronder voor de beschrijving van de afwegingen) blijven er 76 beleidsopties over voor de synthese van bestaand onderzoek. Doel van deze exercitie is louter om een goed overzicht te krijgen van de beschikbare beleidsopties, het type beleidsoptie, en de mate van uitwerking van deze beleidsopties. De 76 beleidsopties zijn ingedeeld langs drie hoofdlijnen conform taakopdracht: 1) het vergroten van de zelfredzaamheid¹¹¹, 2) het verhogen van de toegangscriteria van de Wlz¹¹², en 3) het vergroten van de doelmatigheid¹¹³, waarbij ze tevens zijn ingedeeld in subcategorieën. De subcategorieën zijn zo gekozen dat vergelijkbare beleidsopties in dezelfde categorie vallen en dat de subcategorieën elkaar zoveel mogelijk wederzijds uitsluiten. Van 24 van deze beleidsopties zijn de budgettaire effecten in kaart gebracht. De effecten op personele en maatschappelijke houdbaarheid zijn grotendeels onbekend. De indeling van de 76 beleidsopties is weergegeven op de volgende pagina's.

Selectie van de beleidsopties

De volgende typen beleidsopties zijn niet meegenomen in de onderverdeling naar subcategorieën:

- Identieke of overlappende beleidsopties zijn samengenomen tot één beleidsoptie
- Beleidsopties die niet bijdragen aan de financiële, personele of maatschappelijke houdbaarheid zoals gedefinieerd in paragraaf 2.3 van het IBO rapport.
- Beleidsopties voor de ouderenzorg die reeds zijn opgenomen in het coalitieakkoord (CA).
- Beleidsopties die weinig concreet zijn geformuleerd.
- Beleidsopties die buiten de afbakening van het IBO vallen.
- Beleidsopties over de arbeidsmarkt (inclusief opleidingen) in de ouderenzorg met uitzondering van arbeidsbesparende technologie. De arbeidsmarkt in de ouderenzorg betreft een onderdeel van de arbeidsmarkt in de zorg, wat een apart beleidsterrein is.

¹¹¹ Het vergroten van de zelfredzaamheid/verantwoordelijkheid van de ouderen en hun omgeving, het verkleinen van het verzekerd pakket of het verhogen van eigen betalingen (inclusief scheiden wonen en zorg)

¹¹² Waardoor ouderen niet of later gebruik kunnen maken van relatief dure intramurale ouderenzorg en langer zijn aangewezen op zorg en ondersteuning in de wijk

¹¹³ Bijvoorbeeld via scherpere prikkels voor inkoopende partijen, betere samenwerking van de zorg en ondersteuning voor ouderen.

Legenda

Beleids optie 0-99: WRR = WRR (2021), Houdbare ouderenzorg, Ervaringen en lessen uit andere landen, Working Paper.

Beleids optie 100-199: ZiK = CPB (2020): Zorgkeuzes in Kaart.

Beleids optie 200-299: BMH = Ministerie van Financiën (2020), 'Naar een toekomstbestendig zorgstelsel – brede maatschappelijke heroverweging'

Beleids optie 300-399: TZTO = Commissie Toekomst Zorg Thuiswonende Ouderen (TZTO), 2020. Oud en Zelfstandig in 2030, een (aangepast) reisadvies.

Beleids optie 400-499: DNO = Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2021). Dialoognota Ouderenzorg.

Als de budgettaire effecten niet zijn opgenomen, zijn deze niet bekend.

Beperken aanspraken

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹¹⁴	Categorie
2	Openstellen toegang tot Wlz na twee jaar premie te hebben betaald	De toegang tot Wlz wordt pas opengesteld nadat iemand twee jaar premie heeft betaald	WRR	nvt	40, 103		Vergroten zelfredzaamheid
212	Schrappen aanspraak dagbesteding in Wlz	De aanspraak dagbesteding wordt geschrapt in alle leveringsvormen van de Wet Langdurige Zorg (Wlz): verblijf in een instelling, volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb).	BMH	39	171	-605	
401	Versmallen verzekerd pakket	Het verzekerd pakket wordt versmald, te beginnen met het schrappen huishoudelijke hulp uit de Wmo en het scheiden van wonen en zorg	DNO	30	30		
202B	Opheffen pakketverschillen tandheelkundige zorg	De aanspraak op mondzorg vervalt binnen de Wlz	BMH	22B	132	-40	

¹¹⁴ In mln. euro's, -/- = uitgavenverlagend

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹¹⁴	Categorie
123	Schrappen aanspraak langdurige wijkverpleging Zvw	De aanspraak wijkverpleging wordt beperkt tot de kortdurende zorg. Deze wordt met name verstrekt na een ziekenhuisopname. De kosten van langdurige wijkverpleging draagt de burger voortaan zelf of hij verzekert zich hiervoor. Mensen die op jonge leeftijd een beperking krijgen (Wajongers) houden wel aanspraak op langdurige wijkverpleging. Verder geldt er een overgangstermijn voor bestaande cliënten. Omdat een deel van de cliënten ook in aanmerking zou komen voor Wlz-zorg of gemeentelijke ondersteuning, worden de betreffende budgetten verhoogd met 500 en 800 mln	ZiK	117	400	-1.900	Verhogen toegangscriteria
213	Beperken aanspraak huishoudelijke hulp	De huishoudelijke hulp valt niet meer onder de Wmo-ondersteuning, het budget van de huishoudelijke hulp wordt gekort	BMH	40	173	-730	
434	Instellen minder betaaltitels tijdelijk verblijf	Acuut tijdelijk verblijf wordt volledig ondergebracht in de Zvw en de indicatie Wmo-spoed wordt geschrapt. 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. Het label Wlz-crisis wordt beperkt tot personen met een vooraf bestaande Wlz-indicatie.	DNO	nvt	105		
114	Omvormen van de Wlz naar een voorziening	Het verzekerde recht op zorg in de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt omgezet in een voorziening, waarbij de cliënt zorg op maat krijgt en de mogelijkheden van het sociale netwerk en mantelzorg worden meegewogen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt opgeheven en de uitvoering komt voor een groter deel bij het zorgkantoor te liggen	ZiK	28	126	-PM+50	Vergroten doelmatigheid
207		De sociale context wordt bij de zorgverlening meegewogen, er zijn twee varianten uitgewerkt	BMH	28	145	-75 tot -410	

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹¹⁴	Categorie
209	Instellen maatwerk PGB	De zorgvraag wordt leidend en het zorgbudget wordt daarop gebaseerd. Regelingen als meerzorg en EKT komen te vervallen	BMH	29	148	-100	Vergroten doelmatigheid
408	Centraal stellen zorg op maat	Bij de toekenning van het pgb-budget wordt de zorgvraag centraal gesteld. Het zorgkantoor gaat 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	DNO	51	51		
412	Meewegen sociale context toegang Wlz	Zowel bij de indicatiestelling door het CIZ als bij het te contracteren zorgaanbod door het zorgkantoor wordt de sociale context meegewogen. Door dit te vertalen in de gecontracteerde zorg kan er doelmatigheidswinst (euro's en menskracht) worden gerealiseerd	DNO	59	59		

Vergroten zelfredzaamheid

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
5	Invoeren dementie tax	De waarde van het huis wordt te gelde gemaakt nadat cliënt is overleden	WRR	nvt	42		Aanpassen eigen betalingen
12	Kapitaliseren eigen vermogen	Er wordt een verplichting ingesteld tot verkoop eigen huis om eigen ouderenzorg te kunnen betalen	WRR	nvt	89 ,90		
117	Aanpassen effect van eigen vermogen op eigen betalingen Wlz en Wmo	Het percentage van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) voor de eigen bijdrage Wlz en Wmo wordt aangepast, in verschillende varianten	ZiK	70	254	+80 tot - 690	

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
118	Meenemen vermogen eigen woning in Vermogensinkomensbijtelling (VIB)	Het opgebouwde eigen vermogen in de eigen woning gaat net als het inkomen uit sparen en beleggen meetellen bij berekening van de eigen bijdrage Wlz en Wmo (beschermd wonen). Over dit vermogen wordt een vermogensbijtelling van vier procent gerekend. De maximale eigen bijdrage blijft ongewijzigd	ZiK	71	258	-140	Aanpassen eigen betalingen
119	Afschaffen eigen bijdrage Wlz	De eigen bijdragen in de Wlz (en Wmo beschermd wonen) verdwijnen, er zijn twee varianten uitgewerkt	ZiK	72	261	50 tot 4.700+PM	
120	Invoeren van hoge eigen bijdrage eerste vier maanden intramurale zorg in Wlz en Wmo BW	Nieuwe cliënten in de Wlz (en Wmo 2015 beschermd wonen) gaan direct bij opname in een instelling de hoge eigen bijdrage betalen. De huidige overgangperiode van vier maanden waarin de cliënt de lage eigen bijdrage betaalt, vervalt	ZiK	73	266	-90	
122	Korten op huishoudelijke hulp uit de Wmo	Er wordt gekort op de huishoudelijke hulp, via de eigen bijdrage of een generieke korting	ZiK	76	275	-80	
210	Afschaffen abonnementstarief/verhogen VIB	Het abonnementstarief in de Wmo wordt afgeschaft en de inkomensafhankelijke eigen bijdrage systematiek inclusief de vermogensinkomensbijtelling (VIB) wordt heringevoerd voor maatwerkvoorzieningen (exclusief beschermd wonen) ¹⁰⁸ in de Wmo 2015. Bovendien worden verschillende verhogingen van de vermogensinkomensbijtelling (VIB) in de Wlz en Wmo onderscheiden: 8%, 15% en 100%	BMH	33	158	-350 tot -780	
304	Agenderen pensioensparen	De discussie over (combinaties van) pensioensparen en sparen of liquide maken van de eigen woning voor woningaanpassing, verhuizen en gezond blijven worden nieuw leven ingeblazen	TZTO	5	29		

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
404	Invoeren aanvullende (inkomensafhankelijke) EB	De eigen betalingen worden verhoogd of inkomensafhankelijk gemaakt, dit kan bijdragen aan de macrobetaalbaarheid van de zorg	DNO	35	35		Aanpassen eigen betalingen
407	Beperken reikwijdte Wmo	De reikwijdte van de Wmo wordt beperkt door de financiële draagkracht als onderdeel van 'eigen kracht' mee laten wegen bij de toegang tot de Wmo, de inkomensafhankelijke bijdrage te herinvoeren en/of de huishoudelijke hulp te hervormen waarbij wordt ingezet op reablement en signalering	DNO	48	48		
10	Invoeren preventieve bezoeken	Er worden tweejaarlijkse preventieve bezoeken afgelegd aan ouderen (75 jaar of ouder) thuis, waarin de functionele, psychologische, medische en sociale uitdagingen rondom een oudere in kaart worden gebracht, om ziekenhuisopnames te voorkomen	WRR	nvt	56, 74		Investeren in preventie
102	Terugdringen ondervoeding en uitdroging intramurale ouderenzorg	Ondervoeding en uitdroging in de intramurale ouderenzorg worden teruggedrongen via een bonus voor instellingen die de prevalentie ervan onder de 4% krijgen	ZiK	4	52	PM	
423	Instellen fonds preventie zorg aan ouderen	Gemeenten en zorgverzekeraars investeren in preventieve zorg en ondersteuning voor ouderen	DNO	nvt	85		
8	Inzetten op reablement	Er wordt ingezet op programma's ter vergroting van de zelfredzaamheid van ouderen zodat het beroep op formele zorg wordt verkleind	WRR	nvt	48		Vergroten eigen verantwoordelijkheid
306		Een proefimplementatie van een reablement programma Nederlandse stijl wordt uitgevoerd en geëvalueerd	TZTO	7	30		
421		Er wordt ingezet op reablement via wettelijke verankering in de Wmo, een verplichting om te onderzoeken of de zorgvrager geholpen is met een 'reablement programma' (als onderdeel van het onderzoek dat gemeenten	DNO	nvt	81		

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
		moeten uitvoeren als een cliënt zich meldt met een ondersteuningsbehoefte) in plaats van direct professionele zorg en ondersteuning in te zetten, de ontwikkeling van een toets en een training					Vergroten eigen verantwoordelijkheid
419	Invoeren wijkcentra voor senioren	Er wordt een wijkcentrum voor senioren ingericht, waar ouderen terecht kunnen voor afspraken met welzijn, fysiotherapeut, diëtist, apotheker, wijkverpleging, POH-er, dagbesteding, Wmo-consulent (hulpmiddelen, Hbh of andere Wmo-voorzieningen) en/ of het sociaal wijkteam	DNO	nvt	77		
420	Investeren in een sociale basis	Het ouderenbeleid richt zich op een versterking van de sociale basis door het voorzien in laagdrempelige voorzieningen, organisaties en diensten die het mogelijk maken dat alle mensen kunnen meedoen in de maatschappij. Gemeenten zetten meer in op preventie en algemene voorzieningen, en minder op maatwerkondersteuning	DNO	nvt	79		

Verhogen toegangscriteria

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
108	Beperken toegang tot Wlz voor lichtere zorgzwaartes	De toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige Zorg (Wlz) vervalt voor nieuwe cliënten met de lichtere zorgzwaartes voor verpleging en verzorging en een verstandelijke handicap (ZZP VV4 en VG3). Zij blijven langer thuis wonen en krijgen in plaats van dure Wlz-zorg, ondersteuning en zorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en Zorgverzekeringswet (Zvw)	ZiK	19	92	-430	Schrappen aanspraak
121	Schrappen aanspraak huishoudelijke hulp	Huishoudelijke hulp (en woningaanpassingen) wordt niet meer vergoed vanuit de Wmo, er zijn meerdere varianten uitgewerkt	ZiK	75	271	-500 en -460	
402	Beperken Wlz tot zwaardere zorg	De toegang tot de Wlz wordt zo afgebakend 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	DNO	32	32		

Vergroten doelmatigheid

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettair effect ¹	Subcategorie
109	Indiceren van Wlz zorg door zorgaanbieders	Zorgaanbieders gaan zelf vaststellen of iemand toegang heeft tot de Wet langdurige zorg en wat de ondersteuningsbehoefte is van de cliënt. Dit komt in plaats van de onafhankelijke indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De eigen verantwoordelijkheid van aanbieders gaat ook gelden voor herindicaties bij een verzwarende van de zorgvraag. Het CIZ voert steekproefsgewijs controles uit op de afgegeven indicaties	ZiK	21	99	160	Aanpassen indicatiestelling
323	Verlenen grotere bevoegdheid in indicatiestelling aan wijkverpleegkundigen	Wijkverpleegkundigen krijgen de taak om, rekening houdend met de mogelijkheden en beperkingen van ouderen en hun omgeving, gemeenten en CIZ zwaarwegend te adviseren over respectievelijk de toekenning van Wmo-voorzieningen en de indicering voor Wlz-zorg	TZTO	37	53		
324	Opstellen leidraad indicatiestelling wijkverpleegkundigen	Er wordt een leidraad opgesteld 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	TZTO	38	54		
7	Invoeren financiële prikkel verzekeraars	Er wordt een bonus malus ingesteld voor verzekeraars en verpleeghuizen om mensen via revalidatie uit het verpleeghuis te krijgen	WRR	nvt	48		Aanpassen prikkels
106	Beperken doorstroom naar Wlz vanuit gemeenten	De prikkels voor gemeenten worden beperkt om (zorg voor) cliënten en daarmee samenhangende kosten te verschuiven naar de Wlz	ZiK	16	84	PM	
319	Invoeren nieuwe bekostiging wijkverpleging	Er wordt vaart gemaakt met de invoering van een nieuwe bekostiging voor de wijkverpleging	TZTO	32	47		

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
322	Tegengaan ongecontracteerde zorg wijkverpleging	Artikel 13 van de Zvw wordt buiten werking gesteld voor de wijkverpleging	TZTO	36	52		Aanpassen prikkels
325	Verbeteren prikkels Wmo	De Wmo wordt zodanig aangepast dat gemeenten Wmo-ondersteuning niet mogen weigeren zolang de zorg thuis verantwoord en doelmatig te verlenen is	TZTO	39	54		
326	Verbeteren prikkels gemeentefonds	De middelen in het gemeentefonds worden zodanig verdeeld dat gemeenten met een vergelijkbare bevolkingssamenstelling een hogere uitkering uit het fonds ontvangen naarmate de instroom van hun inwoners in de Wlz lager is	TZTO	40	55		
411		De prikkels in het gemeentefonds worden verbeterd doordat gemeenten met een relatief lage instroom in de Wlz ten opzichte van de huidige situatie extra geld krijgen. Optioneel moeten gemeenten met een hoge instroom het met minder budget doen	DNO	58	58		
105	Bevorderen kleinschalige zorg in de Wlz	Kleinschaligheid in de langdurige zorg wordt gestimuleerd door tariefdifferentiatie toe te passen. Instellingen die kleinschalige zorg leveren, krijgen een hoger tarief. Dit geldt zowel voor de zorg in natura- als de pgb-tarieven	ZiK	7	62	250	Aanpassen woningvoorraad ouderen
205	Stimuleren toetreding nieuwe aanbieders intramurale zorg	Het verbod op winstuitkering voor aanbieders van intramurale zorg in de Wlz wordt opgeheven, om enerzijds zorgaanbieders te prikkelen om sterker op doelmatigheid met elkaar te concurreren en om anderzijds te stimuleren dat meer vernieuwende zorgaanbieders (meer aanbod van kleinschalige woonzorgvormen, meer inzet van digitale zorg) op de markt komen	BMH	25	140		

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
302	Ondersteunen en stimuleren doorstroming naar geschikte woningen	Ouderen worden ondersteund in hun zoektocht naar een geschikte woning, door wooncoaches, verhuismakelaars en goede doorstroomregelingen	TZTO	3	28		Aanpassen woningvoorraad ouderen
313	Opleggen verplichte woonzorgvisies gemeenten	Gemeenten worden verplicht tot het opstellen van woonzorgvisies en gestimuleerd tot het maken van hierbij aansluitende prestatieafspraken conform de Woningwet tussen (oudere) huurders, gemeenten en woningcorporaties. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden verplicht tot het uitbrengen van een 'bod' op de woonzorgvisie	TZTO	18	39		
314	Invoeren verlicht regime geclusterde of collectieve woonvormen	De Woningwet wordt met spoed uitgebreid met een verlicht regime voor geclusterde of collectieve woonvormen en zonder deze woonvormen uit van de Verhuurderheffing	TZTO	19	39		
316	Uitwerken regiovisie	Per regio wordt één leidende visie op wonen, welzijn en zorg opgesteld en publiek gemaakt	TZTO	26	45		
447	Aantrekkelijker maken van de zorg voor investeerders	Investerings in extra VPT-locaties wordt aantrekkelijk gemaakt voor institutionele beleggers, opdat de noodzakelijke capaciteitsuitbreiding doelmatig plaatsvindt en niet wordt vertraagd door gebrek aan financiering	DNO	nvt	131		
112	Introduceren vouchers en mantelzorgvergoeding in de Wlz	In de Wlz worden het Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) en het persoonsgebonden budget (pgb) omgevormd naar analogie van het Duitse pgb-systeem	ZiK	26	115	-90	Aanpassen zorginkoop

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
113	Invoeren vouchers voor individuele inkoop van langdurige ouderenzorg	Naar Zweeds voorbeeld worden vouchers in de langdurige ouderenzorg (verpleging en verzorging) geïntroduceerd binnen de Wlz. In dit model wordt de regeling uitgevoerd door risicodragende gemeenten. Dit betekent dat de circa 350 gemeenten verantwoordelijk worden voor alle ouderenzorg die nu nog valt onder de Wlz. Daarnaast wordt wijkverpleging voor ouderen vanuit de Zvw overgeheveld naar de gemeenten. Ook begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke hulp vallen onder het nieuwe systeem	ZiK	27	118	-1.100+PM	Aanpassen zorginkoop
201	Instellen centraal loket hulpmiddelen	Extramurale hulpmiddelen voor thuiswonenden verstrekt uit de Wmo (dit is dus incl. hulpmiddelen voor thuiswonende Wlz- en JW-cliënten) naar de Zvw overhevelen. Daarnaast hulpmiddelen voor cliënten in een Wlz-zorginstelling verstrekken vanuit de Wlz in plaats vanuit andere regelingen	BMH	3	73		
321	Doelmatig inkopen wijkverpleging	De inkoop van wijkverpleging wordt gelimiteerd tot een beperkt aantal aanbieders en de grootste verzekeraar wordt daarbij gevolgd	TZTO	35	52		
409	Instellen VPT als alternatief pgb wooninitiatieven	Het volledig pakket thuis (VPT) vervangt het pgb voor wooninitiatieven, dit verbetert de rechtmatigheid, beperkt administratieve lasten en introduceert een sturingsrelatie tussen aanbieder en zorgkantoor	DNO	53	53		
429	Vereenvoudig de hulpmiddelenzorg	De hulpmiddelenzorg wordt vereenvoudigd naar één regeling en één loket. Voor de ouderen thuis is dit loket de Zvw, voor de ouderen in een Wlz instelling is dit loket de Wlz	DNO	nvt	97		
444	Doorontwikkelen zorgkantoren	Zorgkantoren ontwikkelen zich door en krijgen meer ruimte	DNO	nvt	126		

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
445	Uitbreiden sturingsmogelijkheden zorgkantoren	Zorgkantoren krijgen meer financiële sturingsmogelijkheden	DNO	nvt	128		Aanpassen zorginkoop
448	Inkopen zorg in geclusterde wooninitiatieven door zorgkantoren	Zorgkantoren kopen zorg in geclusterde woonvoorzieningen in, waarmee zij directe invloed krijgen op continuïteit en kwaliteit van de individueel geleverde zorg in collectieve woonvormen. De administratieve belasting van de vertegenwoordiger van de oudere wordt beperkt	DNO	nvt	132		
115	Standaardiseren tarieven en prestaties wijkverpleging	Om de administratieve lasten te beperken, worden de tarieven voor bekostiging van de wijkverpleging gestandaardiseerd, er zijn meerdere varianten uitgewerkt	ZiK	33	140	PM	Beperken administratieve lasten
415	Harmoniseren administratieve voorwaarden over de stelsels heen	De administratieve voorwaarden in de verschillende stelsel wordt gelijk, waardoor de complexiteit in de uitvoering voor ouderen en voor zorgverleners wordt verminderd	DNO	67	67		
410	Onderzoeken omslagpunt zorg thuis	Er wordt eenduidig bepaald wanneer collectief gefinancierde zorg niet meer in de individuele thuissituatie, maar alleen nog in geclusterde woonvorm geleverd kan worden	DNO	56	56		Bevorderen effectiviteit ouderenzorg
440	Investeren in zorgtechnologie	Er wordt geïnvesteerd in productiviteitsverhogende technologie, zowel thuis als in het verpleeghuis. Daarnaast wordt gekeken naar technologie die ontzorgt, ontlast en waar mogelijk de arbeidsvreugde ondersteunt	DNO	nvt	117		
318	Prioriteren elektronische gegevensuitwisseling	Er wordt hoge prioriteit gegeven aan de ontwikkeling van effectieve en efficiënte digitale gegevensuitwisseling tussen ouderen, mantelzorgers en aanbieders van zorg en ondersteuning	TZTO	31	47		Bevorderen elektronische gegevensuitwisseling

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
416	Implementeren elektronische gegevensuitwisseling	Elektronische gegevensuitwisseling wordt verbeterd door initieel experimenteren en wettelijke borging	DNO	68	68		
111	Omvormen Wlz-instellingen tot pgb-instellingen	Alle Wlz-zorg wordt ingekocht met een pgb. Daarmee vervalt de optie van zorg in natura in de vorm van instellingszorg, VPT en MPT	ZiK	25	111	-820+PM	Doorvoeren stelselwijziging
203	Risicodragend uitvoeren van de (extramurale) ouderenzorg	Ouderenzorg wordt overgeheveld naar de Zvw. Zorgverzekeraars voeren de ouderenzorg integraal risicodragend uit, er zijn twee varianten uitgewerkt	BMH	23A	135		
208		De aanspraken op ouderenzorg vervallen en worden integraal (inclusief de woon- en verblijfscomponent) overgeheveld naar de Wmo. Zorgvragers worden gecompenseerd voor hun beperkingen. Het stelsel van inkomensafhankelijke eigen bijdragen blijft gehandhaafd	BMH	23	135	-360	
320		Alle zorg en ondersteuning voor zelfstandig wonende ouderen wordt uit de Wlz gehaald en overgeheveld naar Zvw en Wmo	TZTO	34	50		
405	Onderbrengen alle ouderenzorg in één domein	De zorg en ondersteuning voor ouderen wordt onder één domein ondergebracht, 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	DNO	39	39		
6	Introduceren financiële vergoeding mantelzorg	Mantelzorgers ontvangen een financiële compensatie, er zijn verschillende varianten benoemd, zoals het inhuren van mantelzorgers door gemeenten, het vergoeden voor respijtzorg, het vergoeden van een 'attendance allowance' of betaald verlof van 40%	WRR	nvt	47		Vergroten mantelzorgpotentieel

nr.	Maatregel	Omschrijving maatregel	Rapport	#	Pagina	Budgettaire effect ¹	Subcategorie
11	Verlenen betaald verlof mantelzorgers	Verlof wordt betaald voor maximaal negen maanden om ondersteuning te verlenen aan een (ernstig) zieke naaste	WRR	nvt	64		Vergroten mantelzorgpotentieel
425	Vergemakkelijken van het combineren van werk en mantelzorg	Verschillende maatregelen die de combinatie van zorg en werk kunnen verlichten, zoals het verruimen van zorgverlof voor werknemers die zorgen voor zieken of hulpbehoevenden, verruimen van de pool van vrijwilligers voor meer 'handen in de zorg thuis' of het invoeren van een aantal dagen gratis kinderopvang per week	DNO	nvt	90		
426	Investeren in mantelzorg en informele zorg	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.	DNO	nvt	92		
427	Stimuleren burgerinitiatieven en vrijwilligerswerk	Er wordt een samenhangende set maatregelen genomen die 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	DNO	nvt	94		

BIJLAGE 5 – NOTITIE ARBEIDSBESPARENDE TECHNOLOGIEËN IN DE OUDERENZORG

Kernpunten

- Er ligt veel potentieel bij gebruik van arbeidsbesparende technologie in de (ouderen)zorg. De juiste inzet hiervan kan een bijdrage leveren aan de toenemende vraag naar zorgpersoneel door dubbele vergrijzing. Zo zijn er positieve businesscases voor verschillende arbeidsbesparende technologieën in de ouderenzorg, zoals medicijndispensers, slim incontinentiemateriaal en slimme sensoren voor nachtzorg (zie bijlage 1).
- We zien echter dat gebruik en opschaling van deze technologie nog onvoldoende van de grond komt en dat besparingen niet altijd gerealiseerd worden.
- Dit wordt mede veroorzaakt door een aantal specifieke knelpunten: personeel is niet opgeleid om ermee te werken, de bekostiging is niet altijd passend, zorgaanbieders hebben vaak niet de specialistische kennis in huis die nodig is voor succesvolle implementatie, en kennis over zorgtechnologie is gefragmenteerd in het zorgstelsel zodat dit onvoldoende wordt benut.
- De huidige organisatie en bekostiging van de WLZ spelen ook een rol, omdat hierin maar beperkte prikkels bestaan voor de inzet van technologie om de doelmatigheid van de WLZ vergroten.
- Ook kan standaardisatie van gegevensuitwisseling bijdragen aan het verder opschalen van arbeidsbesparende technologie.
- Er ligt een regierol voor de Rijksoverheid om: de juiste bekostiging te organiseren, technologie te integreren in de opleiding van zorgpersoneel, en zorgaanbieders te ondersteunen bij het verankeren van digitale zorg in de totale bedrijfsvoering. Daarnaast kan de overheid mogelijk een rol spelen in het stimuleren van kennisdeling tussen zorgaanbieders.

1. Inleiding

Digitalisering en de inzet van technologie in de zorg heeft naar verwachting in de toekomst een groot potentieel om de kosten van de zorg te drukken en om een bijdrage te leveren aan de personeelstekorten met behoud van de kwaliteit van zorg of zelfs versterking daarvan.¹¹⁵ Naar schatting kan het optimaal inzetten van technologie de komende 10 jaar leiden tot 15,5 miljoen potentiële extra uren door productiviteitsstijging.¹¹⁶

Digitalisering en technologie kunnen bijdragen door aanvullend te zijn op inzet van zorgpersoneel, in sommige gevallen specifieke handelingen van zorgpersoneel vervangen, of administratieve lasten verminderen door slimmere gegevensuitwisseling. In de zorg in het algemeen en in het bijzonder in de ouderenzorg is sprake van grote personeelstekorten, is er een ziekteverzuim en ervaren zorgverleners regeldruk en de daarbij behorende administratieve lasten.¹¹⁷ De komende 20 jaar zal de vraag naar zorgpersoneel, met name in de ouderenzorg, steeds verder toenemen door dubbele vergrijzing. Met het oog op de dubbele vergrijzing is inzet van digitale zorgtoepassingen nodig om de zorg toegankelijk, op kwaliteit te houden en om te zorgen dat de zorguitgaven niet onbetaalbaar worden. Zorgverleners kunnen meer mensen ondersteunen als er zorgtechnologie ingezet wordt.

Als we zorg niet anders gaan organiseren moet over twintig jaar één op de drie mensen gaan werken in de zorg. Dit is geen realistische optie dus moeten we kijken hoe we zorg slimmer kunnen gaan organiseren. Een medicijndispenser is hierbij een mooi voorbeeld hoe zorg slimmer georganiseerd kan worden (zie bijlage 1.1).

¹¹⁵ Significant Public (2021), 'Tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg', [Tijdbesparende zorgtechnologieën gepresenteerd aan de Kamer \(vilans.nl\)](#); SIRM (2021), 'Substitutie van zorg' [Rapport-substitutie-van-zorg.pdf \(sirm.nl\)](#)

¹¹⁶ SIRM (2022), 'Opties onder de loep – Onderzoek beleidsopties arbeidsmarkt ouderenzorg', [Eindrapport SIRM - Opties onder de loep. Onderzoek beleidsopties arbeidsmarkt ouderenzorg_0.pdf \(actiz.nl\)](#)

¹¹⁷ Significant Public (2021)

Technologie in de ouderenzorg kan enerzijds worden ingezet om het zorgpersoneel te ondersteunen bij het leveren van zorg, anderzijds ook om ouderen zelf te ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, onder behoud of vermeerdering van kwaliteit van de zorg. Zo zijn er positieve businesscases voor verschillende arbeidsbesparende technologieën in de ouderenzorg, zoals medicijndispensers, slim incontinentiemateriaal en slimme sensoren voor nachtzorg (zie bijlage 1).¹¹⁸ Inzetten op het benutten van de mogelijkheden van deze technologieën kan een bijdrage leveren aan de personele en financiële houdbaarheid van de ouderenzorg. Uitgangspunt hierbij moet zijn dat technologie onderdeel is van de reguliere zorg.

Ondanks de druk op de arbeidsmarkt en de stijgende zorgkosten, zien we dat digitalisering en gebruik van technologie in de (ouderen)zorg maar langzaam vordert en succesvolle initiatieven vaak blijven hangen in pilots en niet opgeschaald worden. Hierbij spelen verschillende factoren een rol, zoals een onvoldoende visie op de inzet van innovatie bij zorgaanbieders, mogelijke beperkingen in de bekostiging van de Wlz, beperkte scholing van zorgpersoneel over de mogelijke inzet van innovatie en technologie en grenzen aan het absorptievermogen van ouderen en hun mantelzorgers/naasten om om te gaan met digitale technologie. Onder meer het SCP wijst daarbij, naast de technische vaardigheden, op de motivatie van ouderen om technologie te omarmen. De technische vaardigheden nemen toe onder ouderen, maar de motivatie kan ernstig verschillen tussen groepen ouderen. Ook zijn verschillen tussen de mogelijkheden van ouderen indien zij verplicht worden zelf technische hulpmiddelen aan de te schaffen (SES).

Als laatste kan worden opgemerkt dat het voor het benutten van de arbeids- en kostenbesparingen van belang is, dat het zorgproces wordt aangepast (procesinnovatie). De verschillende belemmeringen en bijbehorende beleidsopties worden hieronder toegelicht.

2. Noodzaak voor innovatie en arbeidsbesparende technologie in de WLZ

De toenemende krapte op de arbeidsmarkt enerzijds en de toenemende vraag naar zorgpersoneel in verband met de vergrijzing anderzijds, kan als extra stimulans dienen voor zorgaanbieders om meer gebruik te maken van arbeidsbesparende technologie om te kunnen voldoen aan de toenemende zorgvraag. Het is echter niet evident dat de toenemende arbeidsmarktkrapte deze uitwerking heeft. Individuele zorgaanbieders dragen namelijk geen (systeem)verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg aan alle zorgbehoevenden. Individuele zorgaanbieders hebben de verantwoordelijkheid om zorg te verlenen voor hun bestaande cliënten, maar niet direct een verantwoordelijkheid om wachtlijsten te beperken. Hierdoor kan de situatie ontstaan dat patiënten/cliënten die al zorg geleverd krijgen (insiders) hun zorg kwaliteit en menselijk aandeel (handen aan bed) gelijk zien blijven, terwijl de mensen die nog geen zorg geleverd krijgen, maar hier wel recht op hebben de wachttijd zien toenemen (outsiders). Het is daarom in het belang van de houdbaarheid van de ouderenzorg wanneer de overheid stuurt op het verhogen van arbeidsproductiviteit door inzet van arbeidsbesparende technologie.

3. Belemmeringen voor implementatie zorgtechnologie

Naast de beperkte prikkelwerking om de zorg op een doelmatige manier te organiseren, zijn er een aantal belemmeringen waardoor technologie niet optimaal kan worden ingezet binnen de zorg. Deze belemmeringen liggen op het niveau van het stelsel zoals het verkeerd staan van de prikkels, maar ook op het niveau van de zorgorganisaties. Onderzoek in opdracht van VWS concludeert dat het gebrek aan opschaling onder meer komt door de complexe, decentrale organisatie, de afwezigheid van een centrale autoriteit, afwezigheid van visie op de inzet van innovatieve

¹¹⁸ Significant Public (2021)

zorgtoepassingen bij zorgaanbieders, het gebrek aan interoperabiliteit bij gegevensuitwisseling en de complexe financiering. Dit resulteert erin dat elke organisatie opnieuw het wiel uitvindt bij het inkopen, ontwikkelen en implementeren van zorgtechnologie.¹¹⁹ In het algemeen kan gesteld worden dat het hierdoor eenvoudiger is “te doen wat je al deed” dan de stap te nemen om de zorg binnen een organisatie te transformeren naar de inzet van hybride zorg, een combinatie van “handen-aan-het-bed” en technologie. Een van de concrete belemmeringen is bijvoorbeeld het verschil tussen enerzijds de voorfinanciering van innovatie en anderzijds de uiteindelijke inzet waarbij afgerekend wordt in PxQ (ook bij vrije tarieven).

3.1 Inzet van digitale technologie is te vrijblijvend

Op dit moment is de inzet van digitale zorg nog te vrijblijvend. Brancheorganisatie ActiZ schrijft in hun jaarplan 2022 dat de zorg in de toekomst 30% digitaal geleverd moet worden of “digitaal tenzij” moet worden ingericht om ervoor te zorgen dat de ouderenzorg toegankelijk, kwalitatief en warm blijft. Ook zorgverzekeraars, zorgkantoren en de overheid stimuleren het gebruik van digitale zorg. De beweging naar digitale zorg is daarmee onderweg, maar op dit moment nog te vrijblijvend. Zorgaanbieders hoeven niet te melden of ze digitale zorg inzetten, ze hoeven hier geen verantwoording over af te leggen en er zijn hierover geen doelen in de inkoop opgesteld waarop aanbieders worden aangesproken. Hetzelfde geldt voor de zorginkoop.

3.2 Bekostiging

De inzet van digitale technologie vereist in eerste instantie een investering van de zorginstelling. Dit betreft het aanschaffen van de technologie, tijdsinvesteringen om personeel er mee te leren omgaan, en omdat er bijvoorbeeld in een koppeling met een app-omgeving moet worden gemaakt. Er is een fase van “oud” naar “nieuw”: de kosten gaan voor de baten uit waardoor aanbieders niet direct baat zullen hebben bij inzet van technologie. De huidige financieringsstructuur met transitiegelden en subsidies is niet adequaat voor het succesvol implementeren van technologie, vaak is er enkel ruimte voor het uitvoeren van de pilot, maar niet voor verdere implementatie en uitrol na de pilot.¹²⁰ Dat betekent dat veel zorgaanbieders stoppen met het gebruiken van zorgtechnologie na de pilotfase. Voor individuele zorgaanbieders kunnen de implementatiekosten voor de organisatie een drempel zijn, zeker voor kleinere zorgaanbieders.

3.3 Kennis over zorgtechnologie is gefragmenteerd

De kennis over implementatie en effectiviteit van zorgtechnologie is gefragmenteerd, en veel zorgaanbieders moeten ‘opnieuw het wiel uitvinden’. Dit betreft onder andere informatie over effectiviteit van technologie. Zo blijkt het lastig om kwantitatieve gegevens op te halen over de effecten van digitalisering, omdat deze gegevens ontbreken (door beperkte monitoring bij implementatie) of omdat deze gegevens alleen bij de individuele zorgaanbieder beschikbaar zijn die de pilot heeft uitgevoerd. Daarnaast zijn er bijvoorbeeld geen keurmerken voor betrouwbaarheid van technologie of voorwaarden waar leveranciers aan moeten voldoen. Het daarom voor zorgaanbieders niet eenvoudig om een keuze te maken voor de juiste toepassing en aanbieder.

3.4 Bestuur en organisatie van zorgorganisaties zijn onvoldoende toegerust

Ook binnen de zorgorganisaties bestaan verschillende belemmeringen voor het implementeren van technologie. Het gebruik van innovatieve toepassingen in de zorg is momenteel vooral afhankelijk

¹¹⁹ Universiteit Twente (2022, nog te publiceren), ‘Digitalisering in de gezondheidszorg nader beschouwd’

¹²⁰ Universiteit Twente (2022, nog te publiceren)

van de visie van het bestuur.¹²¹ Er is geen prikkel voor zorgbestuurders om zich hiervoor uit te spreken. Uit ervaring blijkt dat als bestuurders geen visie op inzet van innovatieve zorg hebben, dit niet goed van de grond komt. Dit hangt met verschillende factoren samen.

Een van deze factoren is dat de kosten voor de baten uitlopen: implementatie van technologie vergt in eerste instantie investeringen. Naast de financiële investering moet er ook personeel vrijgemaakt worden voor implementatie en om met de technologie te leren werken, terwijl personeel nu al schaars is. Ook is personeel vaak onvoldoende opgeleid om te werken met digitale toepassingen.

Daarnaast vereist implementatie van nieuwe technologie ook kennis van de wettelijke kaders daaromtrent en het uitwerken van een businesscase. Deze kennis en capaciteiten zijn niet altijd al aanwezig binnen de organisatie (zeker bij kleinere zorgaanbieders) maar wel van groot belang voor het berekenen en benutten van de besparingen van de technologie. De besparingen kunnen namelijk pas gerealiseerd worden wanneer de werkprocessen hierop worden aangepast (procesinnovatie). Besparingen worden nu vaak niet (volledig) benut omdat de technologie wordt geïmplementeerd in bestaande processen, en het werkproces er niet op wordt aangepast. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer slimme sensoren worden toegepast in de nachtzorg zodat verplegend personeel wordt gewaarschuwd wordt wanneer cliënten uit bed zijn, maar het verplegend personeel dezelfde controlerondes langs alle cliënten blijft lopen als voor het gebruik van de sensoren. Op deze manier wordt de technologie wel geïmplementeerd, maar het proces niet aangepast en de besparing daarom niet gerealiseerd.

3.5 Opleiding van zorgpersoneel

Zorgtechnologie sluit niet altijd aan bij de wensen, behoeften en vaardigheden van zorgmedewerkers. Daarvoor is het onder andere nodig om dit te laten landen in de zorgopleidingen, zodat nieuwe medewerkers deze nieuwe technologieën kunnen gebruiken en/of meenemen op de werkvloer. Voor zittende medewerkers is het belangrijk om voldoende ruimte te geven voor bij- en nascholing, zodat zij ook leren om met de nieuwe technologieën uit de voeten te kunnen. Inzet van digitale zorgtoepassingen valt of staat met medewerkers die digitale zorg omarmen. De inhoud van de zorgopleidingen wordt bepaald door onderwijsinstellingen in samenwerking met het werkveld en beroepsgroepen.

3.6 Onvoldoende standaardisering binnenkomen van signalen

Ook het gebrek aan standaardisatie bij de verschillende innovatieve toepassingen kan ertoe bijdragen dat er grenzen zijn aan de mogelijkheid om technologie in te zetten. Het gebruik van innovatie en technologie moet hanteerbaar zijn voor iedereen die er gebruik van maakt. Zo moet het bijvoorbeeld niet zo zijn dat de signalen van de verschillende toepassingen (bijvoorbeeld slim incontinentiemateriaal en leefcirkels) bij de zorgmedewerker op verschillende wijze of verschillende devices binnenkomen. Dan kan de zorgmedewerker door de bomen het bos niet meer zien.

3.7 Gegevensuitwisseling is niet gestandaardiseerd

Het gebrek aan interoperabiliteit tussen informatiesystemen in de zorg is een van de grote barrières voor het benutten van het potentieel van technologie in de zorg.¹²² Interoperabiliteit wil

¹²¹ Universiteit Twente (2022, nog te publiceren)

¹²² Universiteit Twente (2022, nog te publiceren)

zeggen dat de systemen zelfstandig met elkaar kunnen communiceren. Dit is momenteel nog niet het geval in gegevensuitwisseling tussen verschillende zorgaanbieders. Hierdoor moet informatie vaak nog handmatig (her)ingevoerd worden, wat administratieve lasten oplevert voor het zorgpersoneel en foutgevoelig is. Daarnaast bemoeilijkt het de toepassing en opschaling van technologie die gebruik maakt van patiëntgegevens. Het realiseren van dit type gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders is de afgelopen jaren te veel aan het veld overgelaten, wat ertoe heeft geleid dat er grote verschillen zijn tussen informatiesystemen.¹²³ Het veld en de TK heeft het Rijk verzocht om hier meer regie in te nemen.

3.8 Stelsel en bekostiging van de Wet langdurige zorg

Marktordening is relevant voor de hoeveelheid innovatie die plaatsvindt. Het stelsel van de Wet langdurige zorg (WLZ) is fundamenteel anders georganiseerd dan de gereguleerde marktwerking die geldt in de Zorgverzekeringswet. In de WLZ bestaan maar beperkte marktwerkingsprikkelers voor doelmatige zorginkoop en doelmatige zorgverlening.

Een van de factoren die hierbij een rol speelt is dat budgetten op macroniveau in de praktijk door het Rijk worden aangevuld. In 2018 en 2019 bedroegen de tekorten resp. € 147 en 335 mln. (pre-corona). Dit gebeurt overigens alleen indien sprake is van gewijzigde omstandigheden na advies van de NZa, zoals een onvoorziene toename van de zorgvraag en niet om ondoelmatigheden te compenseren. Deze tekorten worden gefinancierd uit de algemene middelen. De minister van VWS bepaalt jaarlijks het macrobudget voor de WLZ-zorg. Het macrobudget voor het volgende jaar betreft het budget van het huidige jaar met daaraan o.a. groeimiddelen toegevoegd (extra middelen t.b.v. demografische ontwikkelingen en een toenemende zorgzwaarte). Het macrobudget wordt verdeeld over regionale zorgkantoren. Deze zorgkantoren zijn binnen de WLZ verantwoordelijk voor inkoop van langdurige zorg bij zorgaanbieders.

Een andere reden voor de beperkte doelmatigheidsprikkelers, is dat er niet voldoende intramurale zorgcapaciteit is. Hierdoor is er in de praktijk geen sprake van selectieve inkoop. Door de tekorten aan verpleeghuisplekken is er geen concurrentie op doelmatigheid tussen intramurale zorgaanbieders. Gezien de manier waarop de WLZ wordt gebudgetteerd en ingekocht, kan worden geconcludeerd dat er voor zorginkopers en zorgaanbieders maar beperkte prikkels zijn om de zorg op de meest doelmatige manier te organiseren en te investeren in doelmatige organisatie van de zorg. Een ander aspect betreft het gegeven dat er in de reguliere bekostiging van de WLZ maar beperkt ruimte is voor overkoepelende investeringen, omdat de kosten herleidbaar moeten zijn naar het clientniveau.

VWS treedt in deze markt feitelijk op als monopolist, aangezien er geen andere partij is die de overheid uitdaagt tot een meer doelmatige inkoop van WLZ-zorg. Dit brengt een verantwoordelijkheid met zich mee. Daarom is in de WLZ het doelmatigheidstoezicht en regulering belegd bij de NZa, via de tarieven en het toezicht op de inkoop van de zorgkantoren. Jaarlijks verantwoordt de NZa zich over de uitvoering van de WLZ.

Om tot meer doelmatigere zorgverlening te komen, in de afwezigheid van (markt)prikkelers in de WLZ, kan de Rijksoverheid in aanvulling op de regulering door de NZa extra sturing geven aan de doelmatige inzet van middelen. Het nieuwe kabinet heeft hiervoor een pakket aan maatregelen getroffen en stuurt hierop via meerjarige contractering, scheiden wonen/zorg, de doorontwikkeling

¹²³ Universiteit Twente (2022, nog te publiceren)

van het kwaliteitskader en de overheveling van behandeling van de WLZ naar de Zvw. Daarnaast is meer ruimte nodig in de reguliere bekostiging voor investeringen.

Bijlage 1 - Lijst technologieën ouderenzorg met succesvolle business-case

Hieronder zijn enkele business cases uit het onderzoek 'Tijdsbesparende technologieën in de ouderenzorg' weergegeven.¹²⁴ Van deze technologieën is berekend dat deze tijds- en/of kostenbesparing kunnen opleveren op macroniveau. Besparingen zijn weergegeven per jaar¹²⁵.

I. Medicijndispenser (extramuraal)

- Op dit moment zijn er 5.500 medicijndispensers in gebruik.
- Het potentiële gebruik is ca. 23.000.
- Bij realisatie van het potentieel bedraagt de besparing in tijd ca. 2,8 miljoen uren en 2416 in FTE. De besparing in middelen komt uit op ca. €123 mln.
- Zorgaanbieder Careyn heeft in een pilot gedaan met medicijndispenser Medido en realiseert hiermee een tijdsbesparing van 122 minuten per week per cliënt. Daarnaast is de zelfredzaamheid door inzet van Medido gestegen van een 6,5 naar een 8,5.

De medicijndispenser is een apparaat met een rol van zakjes met daarin de benodigde medicatie voor een bepaald tijdstip op de dag. Op het moment dat iemand medicijnen moet innemen, geeft de medicijndispenser een geluid- en lichtsignaal en worden de medicijnen vrijgegeven. De medicijndispenser voorkomt dat iemand de medicijnen vergeet, of te vroeg of te laat inneemt. Met een bijbehorende app of via een website kan de zorgmedewerker of familie zien of de geplande medicatie is afgenomen. De dispenser houdt het medicijngebruik bij en waarschuwt de zorgverlener, familielid of mantelzorger als een dosering overgeslagen wordt.

II. Leefstijlmonitoring (extramuraal)

- Het huidige gebruik nu is ca. 5.500.
- Het potentieel gebruik is afhankelijk van scenario's. In scenario 1 is het potentieel ca. 10.000, besparing uren 0, besparing middelen ca. € 68 mln. / In scenario 2 is het potentieel gebruik ca. 16.600, wat een besparing van ca. 47.000 uren oplevert en 47 FTE, en in middelen ca. € 18,6 mln.¹²⁶

Leefstijlmonitoring geeft inzicht in het leefpatroon van alleenwonende cliënten met dementie of een ander progressief ziektebeeld met een langzame achteruitgang. Een netwerk van sensoren in de woning monitort de activiteit van de cliënt in verschillende vertrekken van de woning, wat indirect inzicht geeft in wat iemand doet. Naast het netwerk van sensoren bestaat leefstijlmonitoring uit een online zorgdashboard en een app voor een smartphone voor de betrokken wijkverpleegkundige en/of een casemanager dementie. Mantelzorgers kunnen met de zorgprofessionals meekijken. Leefstijlmonitoring is daarmee een combinatie van zorg op afstand en toezicht op afstand, maar kan ook gebruikt worden om trends in het leefpatroon van de cliënt over een langere periode inzichtelijk te maken. Diverse studies maken het aannemelijk dat leefstijlmonitoring leidt tot uitstel van de verpleeghuisopname.

III. Heupairbags (intra- & extramurale zorg)

- Het huidige gebruik is ca. 100.
- Het potentieel ca. 8.000 (vooralsnog alleen intramuraal).

¹²⁴ Onderzoeksrapport *Tijdsbesparende technologieën in de ouderenzorg*, brief van de minister van VWS d.d. 12 juli 2021, kamerstukken II 2020-2021, 27 529, 266

¹²⁵ Significant Public (2021); *Resultaten Vilans onderzoek Anders Werken in de Zorg – Anders werken in de zorg*

¹²⁶ Scenario's kunnen verder worden uitgewerkt.

- Besparing tijd: nog onbekend. Besparing in middelen ca. € 18,9 mln.
- Concreet voorbeeld is de inzet bij zorgaanbieder Tante Louise: op basis van het onderzoek in 2019 wordt geschat dat er daar een kostenbesparing is gerealiseerd van tenminste €112.500 bij een inzet van 35 heupairbags.

Een heupairbag is een riem met sensoren, die een val kunnen detecteren en vervolgens CO2 patronen activeren voor het opblazen van een airbag om de valimpact te reduceren. Als er sprake is van een val wordt er door middel van een SMS-sigitaal een alarm verstuurd naar een contactpersoon. Concreet voorbeeld is de inzet van de heupairbag bij zorgaanbieder Tante Louise: op basis van het onderzoek in 2019 wordt geschat dat er een daling in kosten is van tenminste € 112.500 bij een inzet van 35 heupairbags. Een gebroken heup is een van de belangrijkste oorzaken van ziekenhuisopnames bij ouderen. Hiermee gaan hoge zorgkosten gepaard en verlies van zelfstandigheid en kwaliteit van leven van de betrokkene.

IV. Slim incontinentiemateriaal (intramuraal)

- Het huidige gebruik is ca. 375.
- Het potentieel ca. 26.450 – 41.400.
- Besparing tijd tussen ca. 531.000-1,8 mln. uren.
- Besparing middelen tussen ca. €14 en € 68 mln.

Mensen die incontinent zijn dragen absorberende producten. Afhankelijk van onder andere het mobiliteitsniveau en/of stadium van dementie ondersteunt het zorgpersoneel in de intramurale ouderenzorg bij het verschonen van incontinentiemateriaal. Door het gebruik van slim incontinentiemateriaal kan het verzorgend personeel het incontinentiemateriaal op afstand monitoren en vervangen wanneer dit nodig is. Dit wordt door een sensor doorgestuurd naar een applicatie op telefoon, tablet en/of pc. Het gebruik zorgt ervoor dat cliënten alleen worden verschoond als het nodig is, kan ervoor zorgen dat ze tijdiger worden verschoond, en het scheelt zorgmedewerkers onnodig tillen.

V. Derde generatie zorgdomotica (Intramuraal)

- Huidig gebruik: 5181 kamers (zeker) + 2000 kamers (inschatting).
- Potentieel 2178 locaties, waarvan circa 383 locaties met potentiële besparing op nachtzorg.
- Besparing tijd ca. 957 FTE
- Besparing middelen ca. € 30,6 mln. – ca. € 38,3 mln.

Geavanceerde domotica, ook wel derde generatie toezichthoudende domotica, zijn toepassingen waarmee bewegingen en leefpatronen van bewoners in een verpleeghuis worden vastgelegd. In de nachtzorg zijn de belangrijkste functies het monitoren en opvolgen van in-/uitbedmeldingen, verlaten kamer, dwalen of zelfs inactiviteit. Mensen met gevorderde dementie die verblijven op een PG-afdeling (psychogeriatrische afdeling) hebben vaak een verstoord slaap-waakritme en kunnen gaan dwalen op de gang. De vormgeving is een netwerk van diverse bewegingssensoren verspreid door de kamer/het appartement met hierachter interpreterende en analyserende software of een (enkele) camera - soms ook wel 'optische sensor' genoemd - met beeldinterpretatiesoftware. Een andere vormgeving van deze domotica is de toepassing van een slim matras: dit is dan beperkt tot de uit-bed-melding, waarbij een slim matras wel een bredere functionaliteit heeft zoals het kunnen monitoren van het slaapproces zelf.

BIJLAGE 6 – BESTEDINGSINDEX OUDEREN MET ZORG OF ONDERSTEUNING UIT DE WLZ OF WMO

Vrij besteedbaar inkomen en bestedingsindex zorg

Koopkrachtplaatjes focussen zich op het besteedbaar inkomen. Dit is het bruto inkomen minus belastingen en premies en opgehoogd eventuele inkomensoverdrachten (zoals de zorgtoeslag). Het *vrij* besteedbaar inkomen gaat een stapje verder door ook noodzakelijke uitgaven zoals bijvoorbeeld uitgaven aan “wonen” mee te nemen.

Onderstaande analyses baseren zich op het *vrij besteedbaar inkomen zorg*. Naast de woonlasten worden ook de eigen bijdragen Wlz en Wmo meegenomen. Dit zijn immers noodzakelijke uitgaven als van zorg of ondersteuning uit de Wlz of Wmo gebruik wordt gemaakt.

Om te bepalen welk deel van het bruto-inkomen een huishouden overhoudt om te besteden na het betalen van onder meer belastingen en noodzakelijke uitgaven voor wonen en de eigen bijdragen voor zorg, wordt er gekeken naar de zogenaamde bestedingsindex¹²⁷, en meer specifiek naar de bestedingsindex zorg. Deze wordt als volgt bepaald:

$$\text{Bestedingsindex zorg} = \frac{\text{vrij besteedbaar inkomen zorg}}{\text{bruto inkomen}}$$

Eigen bijdrage per leveringsvorm

De Wlz kent verschillende leveringsvormen en twee verschillende systemen voor de berekening van de eigen bijdragen. In de Wlz betaalt de cliënt de hoge eigen bijdrage (HEB) of de lage eigen bijdrage (LEB). Cliënten die in een intramurale instelling verblijven betalen in principe altijd de HEB, tenzij een van de uitzonderingssituaties van toepassing is en de cliënt een LEB betaalt. De uitzonderingssituaties zijn:

- de eerste vier maanden bij intramuraal verblijf,
- als de cliënt een thuiswonende partner heeft,
- als de cliënt moet voorzien in het levensonderhoud van thuiswonende kinderen
- of als de cliënt naar verwachting terug naar huis kan keren (de lage eigen bijdrage is dan van toepassing gedurende de laatste vier maanden van opname).

In de berekening van de HEB zit impliciet ook een eigen bijdrage voor de wooncomponent. Mensen hebben in een intramurale instelling geen bijkomende kosten meer voor wonen en voeding (dit zit in het zorgpakket).

Voor de extramurale leveringsvormen betaalt de cliënt altijd de LEB. De eigen bijdrage voor een volledig pakket thuis (VPT) wordt op dezelfde manier berekend als de LEB die van toepassing is bij intramuraal verblijf. Mensen in de VPT-situatie hebben geen bijkomende kosten meer voor voeding (dit zit in het zorgpakket). Een VPT kan in de eigen thuissituatie worden geleverd, maar wordt veelal in een geclusterde woonvorm geleverd. De eigen bijdragen voor een modulair pakket thuis (MPT) en persoonsgebonden budget (PGB) kennen twee extra aftrekposten.

De Wmo 2015 kent het abonnementstarief voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie. Deze eigen bijdrage is onafhankelijk van inkomen, vermogen en zorggebruik en bedraagt maximaal € 19 per maand¹²⁸.

De eigen bijdrage voor een MPT kent twee varianten:

- Bij maximaal 20 uur per maand geldt een nominaal bedrag van € 24,80 per maand (dit is gelijk aan de minimale eigen bijdrage MPT/PGB). Dit is op jaarbasis € 69,60 meer dan de

¹²⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2021/03/22/rapport-commissie-draagkracht>

¹²⁸ In het coalitieakkoord is reeds (per 2025) een wijziging van de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp in de Wmo voorzien.

eigen bijdrage Wmo van € 19,00 per maand. Vanwege het geringe verschil met de eigen bijdrage Wmo, is deze variant niet apart doorgerekend voor de bestedingsindex zorg.

- Bij meer dan 20 uur per maand is de eigen bijdrage gelijk aan de eigen bijdrage PGB. Daarom nemen we deze variant niet separaat in de tabellen op.

Tabel 1: Overzicht eigen bijdragen Wlz en Wmo, relevant voor de ouderenzorg, bedragen 2022.

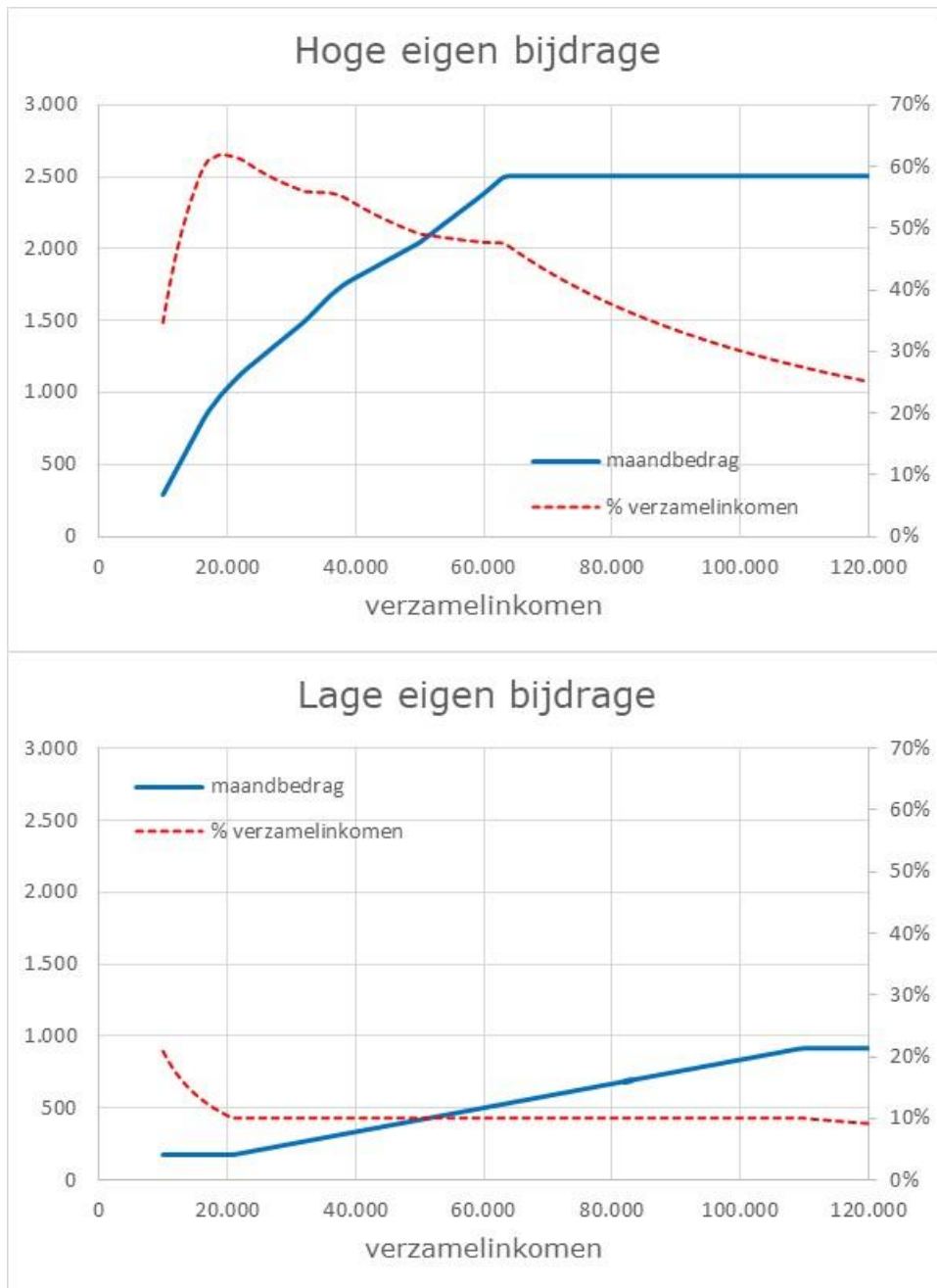
Domein	Intra- /extramuraal	Leveringsvorm	Minimale eigen bijdrage p.m.	Maximale eigen bijdrage p.m.
Wlz	Intramuraal	Hoge eigen bijdrage (HEB)	€ 0	€ 2.506
		Lage eigen bijdrage (LEB)	€ 174	€ 913,20
	Extramuraal	Volledig Pakket Thuis (VPT)	€ 174	€ 913,20
		Modulair Pakket Thuis (MPT) > 20 uur	€ 24,80	€ 764
		Modulair Pakket Thuis (MPT) <= 20 uur		€ 24,80
		Persoonsgebonden budget (PGB)	€ 24,80	€ 764
Wmo	Extramuraal	Maatwerkvoorzieningen (en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie)		€ 19

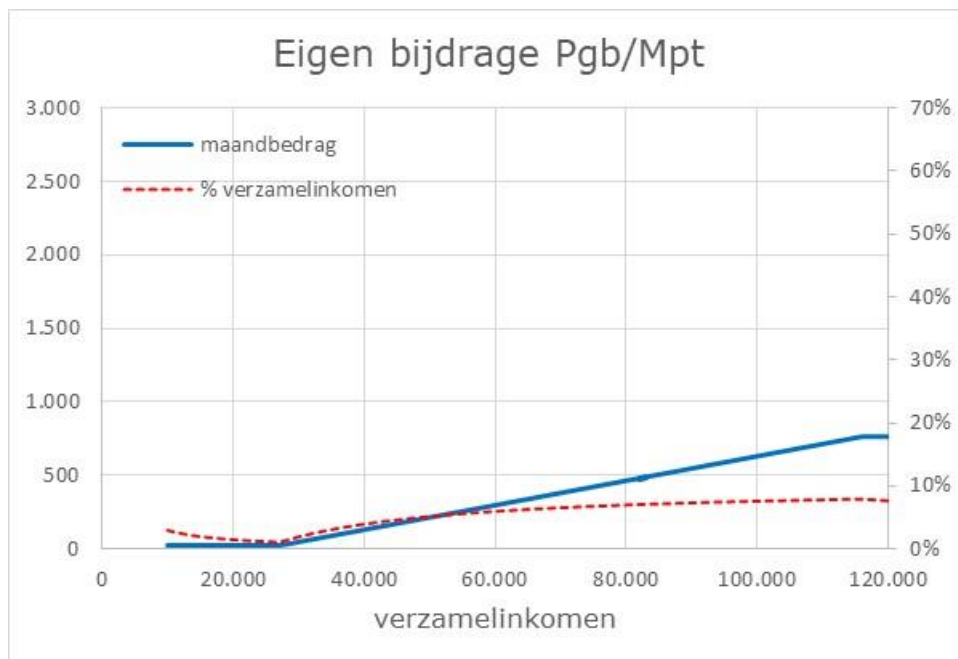
De eigen bijdragen in de Wlz en Wmo staan genoemd in tabel 1. Voor de analyses resteren vier leveringsvormen met bijbehorende eigen bijdragen: Wmo, PGB (in de thuissituatie)¹²⁹, VPT (geleverd in instelling of geclusterde woonvorm) en Zorg met Verblijf (ZmV; in een instelling).

Hoogte eigen bijdrage en inkomen

Onderstaande grafieken laten zien dat de hoogten van de eigen bijdragen Wlz sterk afhankelijk zijn van het verzamelinkomen. Hoe hoger het inkomen, hoe hoger de eigen bijdrage.

¹²⁹ Pgb komt ook voor een geclusterde woonvormen. De cliënt betaalt dan apart voor de wooncomponent. Het lijkt het sterk op Vpt. Alleen maken eten en drinken geen onderdeel uit van het geleverde pakket.





De hoogte van de eigen bijdrage is echter gemaximeerd. Daarom daalt de quote van eigen bijdrage en inkomen boven een bepaald inkomen. De lage eigen bijdrage en de eigen bijdrage Pgb/Mpt kennen daarnaast ook een minimum bedrag. Daarom is de quote van de lage eigen bijdrage bij lage inkomens hoger dan de 10% die in de regelgeving staat.

Analyse

Het vrij besteedbaar inkomen wordt door meer bepaald dan alleen de eigen bijdrage. Ook onder meer de te betalen belasting, de zorgkosten (inclusief zorgtoeslag), de woonkosten (inclusief huurtoeslag) en de kosten van levensonderhoud spelen een rol.

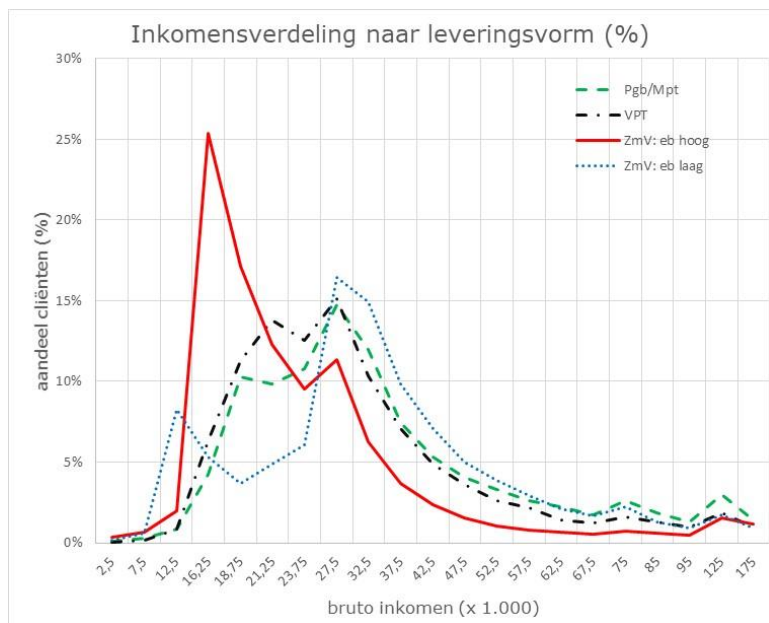
De eerder genoemde bestedingsindex zorg geeft een beeld van het deel van het bruto inkomen dat overblijft na aftrek van de bovengenoemde posten. Op deze wijze ontstaat zicht op de financiële aantrekkelijkheid van de verschillende leveringsvormen van de langdurige zorg.

Om een zinvolle vergelijking te kunnen maken, zijn een aantal aannames echter noodzakelijk.

Op basis van informatie over de populatie van huishoudens met Wlz-zorg en/of Wmo-ondersteuning is voor een aantal huishoudens de bestedingsindex-zorg uitgewerkt. Hierin is onderscheid gemaakt naar eenpersoons- en meerpersoonshuishoudens met een verschillende mix van inkomen en vermogen. Ook is een onderscheid naar de type woning (huur versus koop) gemaakt.

Onderstaande grafiek laat zien dat het aantal cliënten met een hoog inkomen relatief beperkt is. Daar is bij de keuze van voorbeeldhuishoudens rekening mee gehouden. Ter vergelijking zijn echter ook huishoudens met een (zeer) hoog inkomen meegenomen.

In de vierde kolom van de tabellen is aangegeven in welke mate de voorbeeldhuishoudens in de werkelijkheid voorkomen. Dit is gedaan door de gedetailleerde CBS-verdeling van het inkomen op te delen in een aantal klassen waarin de voorbeeldhuishoudens zich ongeveer in het midden bevinden.



De volgende aannames/bedragen zijn gehanteerd in de analyse:

- Als een alleenstaande kiest voor VPT (in instelling of geclusterde woonvorm) of ZmV vervallen de woonlasten van de “oude” woning. Daarvoor komen bij VPT de woonlasten van de nieuwe verblijfplaats in de plaats. Bij ZmV worden woonlasten niet apart berekend maar zijn deze onderdeel uit van de eigen bijdrage.
- Bij echtparen kan bij de keuze voor VPT dubbele woonlasten optreden. De achterblijvende partner blijft in het huis wonen waardoor de woonlasten doorlopen¹³⁰. De VPT-cliënt gaat echter ook huur en servicekosten betalen.
- Bij de bestedingsindex voor huurders (bij Wmo en PGB) is gewerkt met huren die variëren met het inkomen van de bewoners. Ook is er verschil tussen de huur voor alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens. De gebruikte gegevens zijn afkomstig van het ministerie van Bzk en hebben betrekking op 2017. Daarom is een indexatie naar 2022 toegepast
- Bij VPT is uitgegaan van de hierboven genoemde huren voor alleenstaanden plus € 100 aan servicekosten waaronder energie.
- Uit CBS-gegevens blijkt dat de meeste “oudere” eigenaren van een koopwoning slechts een bescheiden hypotheek hebben. De aanname is dat deze hypotheek aflossingsvrij zal zijn zodat er geen fiscale aftrek geldt.
- Voor uitgaven aan eten/drinken, energie, onderhoud e.d. zijn de cijfers uit het rapport *Micro-effecten van scheiden wonen en zorg*¹³¹ de basis. Ook deze 2008-bedragen zijn geïndexeerd naar 2022.
- Bij VPT én ZmV vervallen de uitgaven aan eten en drinken. Deze worden door de zorgaanbieders geleverd en betaald.
- Bij een echtpaar is het mogelijk dat beide partners zorg nodig hebben. In deze situatie geldt de anticumulatie-regeling. Een echtpaar betaalt slechts één keer een eigen bijdrage. Indien een huishouden zowel gebruik maakt van ondersteuning uit de Wmo als zorg uit de Wlz betaalt men enkel de eigen bijdrage voor de Wlz.
- Het is uitzonderlijk dat beide partners intramuraal verblijven (ZmV). Daarom blijft deze casus buiten de berekeningen.

De tabellen 2 en 3 tonen de bestedingsindices zorg voor respectievelijk alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens.

¹³⁰ Als de woning volledig is afgelost resteert alleen het eigenwoningforfait.

¹³¹ Dit onderzoek is een coproductie van de ministeries van SZW, VROM en VWS.

Tabel 2. Bestedingsindex zorg alleenstaande (77% van de cliënten), 2022

aanvullend pensioen	type woning	vermogen boven vrijstelling box 3	aandeel cliënten	WMO abonne- ments- tarief	PGB EB Pgb/Mpt	VPT lage EB	ZmV hoge EB	
							inclusief VIB	exclusief VIB
€ 0	huur	nee	31%	35%	35%	49%	30%	30%
		ja	9%	11%	11%	26%	26%	30%
	koop	nee	0,5%	48%	48%	49%	30%	30%
		ja	0,1%	48%	48%	26%	26%	30%
€ 10.000	huur	nee	18%	39%	38%	45%	26%	26%
		ja	12%	34%	33%	40%	21%	25%
	koop	nee	3%	57%	57%	45%	26%	26%
		ja	2%	57%	56%	40%	21%	25%
€ 20.000	huur	nee	3%	39%	36%	41%	23%	23%
		ja	5%	38%	35%	40%	16%	22%
	koop	nee	1%	59%	56%	41%	23%	23%
		ja	2%	59%	55%	40%	16%	22%
€ 35.000	huur	nee	1%	38%	33%	37%	20%	20%
		ja	3%	36%	30%	33%	8%	14%
	koop	nee	1%	54%	50%	37%	20%	20%
		ja	2%	52%	46%	33%	8%	14%
€ 85.000	huur	nee	0,1%	44%	37%	39%	31%	31%
		ja	2%	38%	29%	32%	25%	25%
	koop	nee	0,4%	51%	44%	39%	31%	31%
		ja	4%	45%	36%	32%	25%	25%

- Voor een alleenstaande is ZmV financieel geen aantrekkelijke optie. De bestedingsindex is lager dan bij de andere leveringsvormen. Bij huishoudens met een substantieel vermogen is het verschil nog beduidend groter. Dit komt omdat de VIB bij de hoge eigen bijdrage een veel groter effect heeft op de hoogte van de eigen bijdrage dan bij de andere eigen bijdragen
- Bij de meerpersoonshuishoudens zien we echter een heel andere beeld. Hier ontlopen ZmV en Pgb elkaar niet veel. De reden is dat bij ZmV meerpersoonshuishoudens de lage eigen bijdrage betalen. Deze ligt weliswaar wat hoger dan de eigen bijdrage Pgb/Mpt maar daar staat tegenover dat er geen uitgaven zijn voor eten- en drinken.
- Voor meerpersoonshuishoudens is VPT financieel onaantrekkelijker dan ZmV. Dit komt omdat voor beide leveringsvormen dezelfde lage eigen bijdrage wordt betaald terwijl er bij VPT sprake is van dubbele woonlasten. De cliënt gaat woonkosten betalen én de woonkosten van de thuisblijvende partner blijven globaal gelijk. Als er geen vermogen is, wordt dit effect gemitigeerd via de huurtoeslag. Bij hogere vermogens vervalt echter het recht op huurtoeslag.
- De dubbele woonlasten leiden bij een aanvullend pensioen van € 10.000 in combinatie met een huurhuis en vermogen zelfs tot een negatieve bestedingsindex zorg. Dit betekent echter niet dat dit huishouden geen geld te besteden heeft. Er is immers sprake van vermogen dat kan worden aangewend om uitgaven te doen.
- Deze casus illustreert daarmee ook een belangrijke beperking van de bestedingsindex zorg. In de teller wordt namelijk wel meegenomen dat de eigen bijdrage en de belasting hoger zijn door het vermogen. In de noemer staat echter alleen het bruto inkomen en blijft het vermogen buiten beeld.
Het verhogende effect van de VIB speelt met name bij de hoge eigen bijdrage. Daarom hebben we berekend wat deze eigen bijdrage zou zijn, zonder VIB. De impliciete aanname is

hierbij de VIB wordt betaald vanuit het vermogen.
Deze aanpassing leidt inderdaad tot een beduidend hogere bestedingsindex. Wel daalt het vermogen geleidelijk. Dit laatste is overigens een beoogd effect maar wordt door de cliënt veelal niet begrepen en als onrechtvaardig beschouwd.

Tabel 3. Bestedingsindex zorg meerpersoonshuishouden (23% van de cliënten), 2022

aanvullend pensioen	type woning	vermogen boven vrijstelling box 3	aandeel cliënten	WMO abonne- ments- tarief	PGB EB Pgb/Mpt	VPT lage EB	ZmV lage EB
€ 0	huur	nee	16%	35%	35%	16%	37%
		ja	3%	35%	35%	-20%	19%
	koop	nee	4%	45%	45%	27%	48%
		ja	1%	45%	45%	9%	47%
€ 10.000	huur	nee	18%	25%	23%	7%	24%
		ja	6%	25%	23%	-7%	24%
	koop	nee	7%	55%	53%	38%	55%
		ja	2%	55%	53%	23%	54%
€ 20.000	huur	nee	5%	35%	31%	13%	33%
		ja	3%	35%	31%	7%	33%
	koop	nee	6%	57%	53%	35%	55%
		ja	4%	57%	53%	29%	55%
€ 35.000	huur	nee	2%	39%	34%	15%	36%
		ja	3%	39%	33%	14%	35%
	koop	nee	4%	61%	56%	37%	58%
		ja	6%	61%	55%	36%	57%
€ 85.000	huur	nee	1%	47%	40%	30%	41%
		ja	2%	46%	38%	28%	40%
	koop	nee	2%	59%	51%	41%	52%
		ja	8%	58%	50%	40%	51%

- Een alleenstaande met een koopwoning die kiest voor ZmV of Vpt verkoopt in het algemeen het huis. Dit leidt tot een hoger vermogen, zeker gezien de in het algemeen zeer forse overwaarde. De doorwerking op de VIB en daarmee de eigen bijdrage treedt echter pas na minimaal drie op omdat de eigen bijdrage is gebaseerd op inkomens- en vermogensgegevens van twee jaar eerder ("t-2").¹³² In de tabel is het effect van de verkoop van het huis daarom *niet* meegenomen.

¹³² Stel dat een cliënt in maart 2022 in een verpleeghuis is opgenomen en dat het huis in juni 2022 is verkocht. Dan neemt de belastingdienst het vermogen per 1-1-2023 mee. Voor de eigen bijdrage van 2025, gebaseerd op gegevens van 2023, speelt dit extra vermogen pas een rol. Een groot deel van de cliënten overlijdt binnen twee jaar waardoor het effect helemaal niet optreedt.

