



# > Reken je niet rijk!

Impact bevroren  
verpleeghuiscapaciteit (WOZO)

Januari 2023

**SiRM.** Strategies  
in Regulated  
Markets

# Colofon

## Projectteam

Jan-Peter Heida

Michiel Slag

Projectleider: Roderik Ponds - [roderik.ponds@sirm.nl](mailto:roderik.ponds@sirm.nl)

## Copyright

Delen van dit rapport mogen gereproduceerd worden met de volgende bronvermelding: SiRM, Reken je niet rijk! Impact bevroren verpleeghuiscapaciteit (WOZO) januari 2023.

## Opdrachtgever

ActiZ

## Foto voorblad

Flip Franssen - ANP

# Managementsamenvatting

Het kabinet zet met het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) binnen de actielijn “Passende Wlz-zorg” in op verpleegzorg (Wlz) thuis voor ouderen middels het scheiden van wonen en zorg. In de plannen blijft de huidige intramurale verpleeghuiscapaciteit grosso modo gelijk. De groei van verpleegzorg wordt via verpleegzorg thuis geleverd. Wij spreken in dit rapport daarom over het ‘bevriezen van verpleeghuiscapaciteit’ in plaats van het scheiden van wonen en zorg. In opdracht van ActiZ heeft SiRM het effect van deze plannen op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleegzorg in kaart gebracht.

Door het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit ontvangen in 2040 ongeveer 63 duizend extra ouderen verpleegzorg thuis in plaats van intramuraal. Wij verwachten dat dit ouderen zijn die intensieve dementiezorg ontvangen (zorgprofiel vv5). Het aantal ouderen dat verpleegzorg vanuit de Wlz ontvangt stijgt van 132 duizend in 2022 naar 258 duizend in 2040. Bij het voortzetten van het ‘oude beleid’ ontvangen in 2040 naar verwachting circa 76 duizend ouderen verpleegzorg thuis. Bij het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit zijn dit naar verwachting 139 duizend ouderen.

In de financiële paragraaf van het WOZO gaat VWS uit van een netto structurele besparing op de Wlz-uitgaven die jaarlijks met €40 miljoen oploopt. In 2040 loopt deze besparing op tot €720 miljoen per jaar. Het is onbekend welke specifieke aannames en berekeningen hieraan ten grondslag liggen. In onze berekeningen varieert het effect op de collectieve uitgaven van een besparing van €470 miljoen tot een intensivering van €20 miljoen in 2040. Hierbij onderscheiden we een vrij zeker effect op wonen en een onzekerder effect op verpleegzorg.

De uitgaven aan wonen dalen in 2040 per saldo met €280 miljoen. Dit is het saldo van lagere uitgaven aan wonen binnen de Wlz en hogere uitgaven aan wonen buiten de Wlz. De uitgaven aan wonen in de Wlz nemen met €780 miljoen af omdat voor 63 duizend ouderen wonen niet meer via de Wlz wordt bekostigd. De inkomsten uit eigen bijdrage dalen met €390 miljoen omdat de gemiddelde eigen bijdrage lager is voor zorg thuis. Buiten de Wlz nemen de uitgaven aan wonen met €110 miljoen toe door een hoger beroep op huurtoeslag en door de financieringslasten voor de meerkosten van de geplande verpleegzorgplekken in de sociale huursector.

Twee onzekerheden beïnvloeden het effect van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleegzorg: de mate waarin het aantal uren professionele zorg daalt doordat mantelzorgers en/of domotica professionele zorg overnemen en de mate waarin ouderen die verpleegzorg thuis ontvangen geclusterd wonen. Wanneer alle 63 duizend ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg 10% daalt, dalen de zorguitgaven met €190 miljoen. Dit biedt kansen voor de toegankelijkheid vanwege een lagere druk op de arbeidsmarkt, terwijl de risico's op kwaliteit beperkt zijn. Het is onzeker of dit in de praktijk reëel is. Als dit niet zo is, en de helft van deze groep ouderen geclusterd woont en mantelzorgers en/of domotica geen uren professionele zorg overnemen stijgen de uitgaven aan zorg met €310 miljoen. De risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid nemen dan juist toe, onder andere omdat het voor aanbieders moeilijker is om het leveren van onplanbare zorg te borgen.

# Inhoud

<b>Colofon</b>	<b>1</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>2</b>
<b>1 Aanleiding en conclusie</b>	<b>4</b>
1.1 Aanleiding	4
1.2 Conclusie	5
<b>2 In 2040 ontvangen 63 duizend ouderen verpleegzorg thuis door bevrozen verpleeghuiscapaciteit</b>	<b>7</b>
2.1 Bij de gedempte groei van verpleeghuiscapaciteit ontvangen 76 duizend ouderen in 2040 verpleegzorg thuis	8
2.2 Bij het bevrozen van de verpleeghuiscapaciteit ontvangen 139 duizend ouderen in 2040 verpleegzorg thuis	10
<b>3 De uitgaven aan wonen dalen met €280 miljoen door het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit</b>	<b>12</b>
3.1 De uitgaven aan wonen binnen Wlz nemen per saldo af met circa €390 miljoen in 2040	13
3.2 De uitgaven aan wonen buiten de Wlz nemen met €110 miljoen toe in 2040	14
<b>4 Effect van bevrozen van de verpleeghuiscapaciteit op verpleegzorg is onzeker</b>	<b>16</b>
4.1 Het is onzeker of het aantal uren professionele zorg per cliënt daalt door de inzet van meer mantelzorg en/of domotica	17
4.2 Het is onzeker welk deel van de ouderen met verpleegzorg thuis geclusterd woont en daarmee wat de extra reistijd is voor medewerkers ten opzichte van intramurale zorg	19
4.3 Wanneer alle ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg daalt zijn de effecten van het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit positief	20
4.4 Wanneer niet alle ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg gelijk blijft zijn de effecten van het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit negatief	23
<b>Bijlage 1 Effecten nader toegelicht</b>	<b>27</b>

# I Aanleiding en conclusie

## 1.1 Aanleiding

Het kabinet zet met het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen<sup>1</sup> (WOZO) in op een toekomstbestendige ouderenzorg. Het credo 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan' speelt hierin een centrale rol. Het idee is dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven. In het WOZO wordt hier door vijf actielijnen invulling aan gegeven. Binnen de actielijn Passende Wlz-zorg zet het kabinet in op het scheiden van wonen en zorg van de verpleegzorg (binnen de Wet langdurige zorg: Wlz) voor ouderen. In de plannen geeft het kabinet aan dat de huidige intramurale verpleeghuiscapaciteit (circa 130.000 plaatsen, waarvan ongeveer 120.000 bezet<sup>2</sup>) gelijk blijft en de toekomstige groei van de vraag naar verpleegzorg (vrijwel) volledig via verpleegzorg thuis wordt geleverd. Wij spreken daarom over het 'bevrozen van verpleeghuiscapaciteit' in plaats van het scheiden van wonen en zorg. In het WOZO is daarnaast opgenomen dat de aanspraak op verpleegzorg via de Wlz blijft vooralsnog gelijk blijft: in 2025 wordt gestart met de vormgeving van de benodigde wetgeving voor de eventuele aanpassing van de aanspraak. Wij gaan er in dit onderzoek vanuit dat de aanspraak zoals deze nu is ook in de toekomst geldt.

Het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit moet bijdragen aan toekomstbestendige ouderenzorg.<sup>3</sup> Op de eerste plaats omdat dit als middel wordt gezien om de druk op de arbeidsmarkt te verminderen door een hogere zelfredzaamheid van ouderen en een grotere inzet van mantelzorg. Op de tweede plaats omdat het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit volgens de kabinetsplannen bijdraagt aan de betaalbaarheid van de ouderenzorg door lagere uitgaven aan de Wlz. Vanaf 2023 is er uitgegaan van een netto structurele besparing van €40 miljoen per jaar op de Wlz-uitgaven met een jaarlijkse toename van €40 miljoen. In 2026 bedraagt de verwachte besparing daarmee op jaarbasis €160 miljoen en in 2040 €720 miljoen. Vanaf 2052 wordt naar verwachting een structurele besparing van €1,2 miljard gerealiseerd.<sup>4</sup> De specifieke aannames en berekeningen die hieraan ten grondslag liggen zijn niet precies bekend. Wel wordt in de financiële bijlage bij het WOZO aangegeven dat de effecten op de Wmo en de Zvw nog in beeld worden gebracht.

Het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit is een beleidsmaatregel met grote impact. Voor een goede afweging hierover wil ActiZ een integraal beeld hebben van de impact van deze maatregel op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Voor de betaalbaarheid staat bijvoorbeeld tegenover verwachte besparingen op het wonen mogelijk ook een daling van de inkomsten (voor de Rijksoverheid) uit de eigen bijdragen van cliënten uit de Wlz. Naast deze

---

<sup>1</sup> Zie Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen van het Ministerie van VWS van 4 juli 2022.

<sup>2</sup> Peildatum 1 juli 2022. Het verschil met het totaal aantal beschikbare verpleeghuisplaatsen is te verklaren vanwege cliënten met een sectorvreemd profiel (bijv. GGZ of een lichamelijk handicap) en partners die in verpleeghuizen verblijven die niet in de bezettingsgegevens worden meegeteld. Daarnaast is er sprake van mutatieleegstand en leegstand vanwege arbeidskrachte. Het huidige onderzoek gaat daarom uit van een bezetting van circa 120.000 cliënten.

<sup>3</sup> Zie de kamerbrief 'Nadere uitwerking programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor ouderen' van het Ministerie van VWS van 22 december 2022.

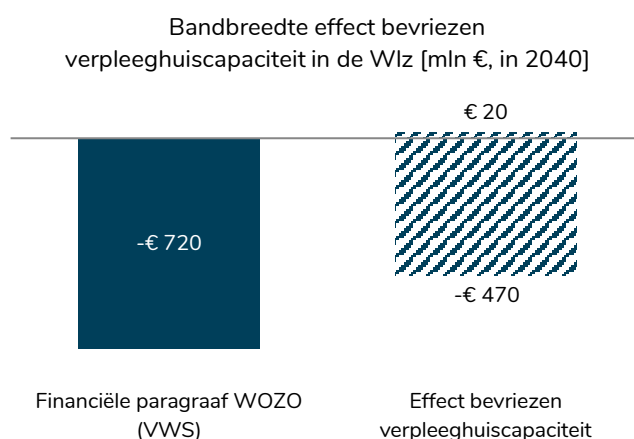
<sup>4</sup> Zie de financiële paragraaf van het programma WOZO van 4 juli 2022.

financiële effecten is het ook onduidelijk in hoeverre er risico's ontstaan waardoor de kwaliteit en toegankelijkheid van verpleegzorg verder onder druk komen te staan. ActiZ heeft daarom SiRM gevraagd om de mogelijke effecten van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg op macroniveau te schatten.

## 1.2 Conclusie

Door het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit ontvangen in 2040 naar verwachting 63 duizend extra ouderen verpleegzorg thuis in plaats van intramuraal (Hoofdstuk 2). Wij verwachten dat al deze ouderen intensieve dementiezorg nodig hebben (zorgprofiel vv5). Het aantal ouderen dat verpleegzorg vanuit de Wlz ontvangt stijgt van 132 duizend in 2022 naar 258 duizend in 2040. Bij het voortzetten van het 'oude' beleid ("gedempte groei van verpleeghuiscapaciteit") ontvangen naar verwachting in 2040 circa 76 duizend ouderen verpleegzorg thuis. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat de helft van de groei van het aantal cliënten met verpleegzorg intramuraal gebeurt en de overige helft door middel van verpleegzorg thuis. Bij het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit ontvangen naar verwachting in 2040 circa 139 duizend ouderen verpleegzorg thuis. De intramurale capaciteit blijft dan gelijk, terwijl de volledige groei opgevangen wordt door verpleegzorg thuis.

In de financiële paragraaf van het WOZO gaat VWS uit van een netto structurele besparing op de Wlz-uitgaven die jaarlijks met €40 miljoen oploopt. In 2040 loopt deze besparing op tot €720 miljoen per jaar. Het is onbekend welke specifieke aannames en berekeningen hieraan ten grondslag liggen. In onze berekeningen varieert het effect op de collectieve uitgaven tussen een besparing van €470 miljoen tot een intensivering van €20 miljoen in 2040 (Figuur 1). Hierbij maken we onderscheid naar een vrij zeker financieel effect op wonen (Hoofdstuk 3), en een onzekerder effect op verpleegzorg (Hoofdstuk 4). Hiernaast zijn er risico's voor de kwaliteit en toegankelijkheid van verpleegzorg.

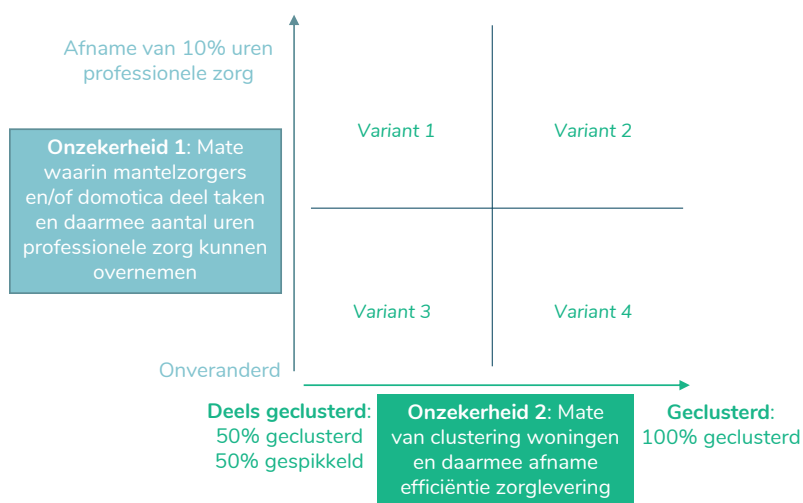


Figuur 1 Het effect van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit op de collectieve uitgaven is onzeker, maar lager dan VWS verwacht

De uitgaven aan wonen dalen in 2040 per saldo met €280 miljoen. Dit is het netto-effect van lagere uitgaven aan wonen binnen de Wlz en hogere uitgaven aan wonen buiten de Wlz. De uitgaven aan wonen in de Wlz nemen met €780 miljoen af omdat voor 63 duizend ouderen

wonen niet meer via de Wlz wordt bekostigd. Daar staan €390 miljoen lagere inkomsten uit eigen bijdragen tegenover omdat deze ouderen een lagere gemiddelde eigen bijdrage betalen. Buiten de Wlz nemen de uitgaven aan wonen €110 miljoen toe door een hoger beroep op huurtoeslag en de financieringslasten voor de meerkosten van de geplande verpleegzorgplekken in de sociale huur.

Twee onzekerheden beïnvloeden het effect van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid: de mate waarin het aantal uren professionele zorg daalt doordat mantelzorgers en/of domotica professionele zorg overnemen en de mate waarin ouderen die door het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis ontvangen geclusterd wonen (Figuur 2).



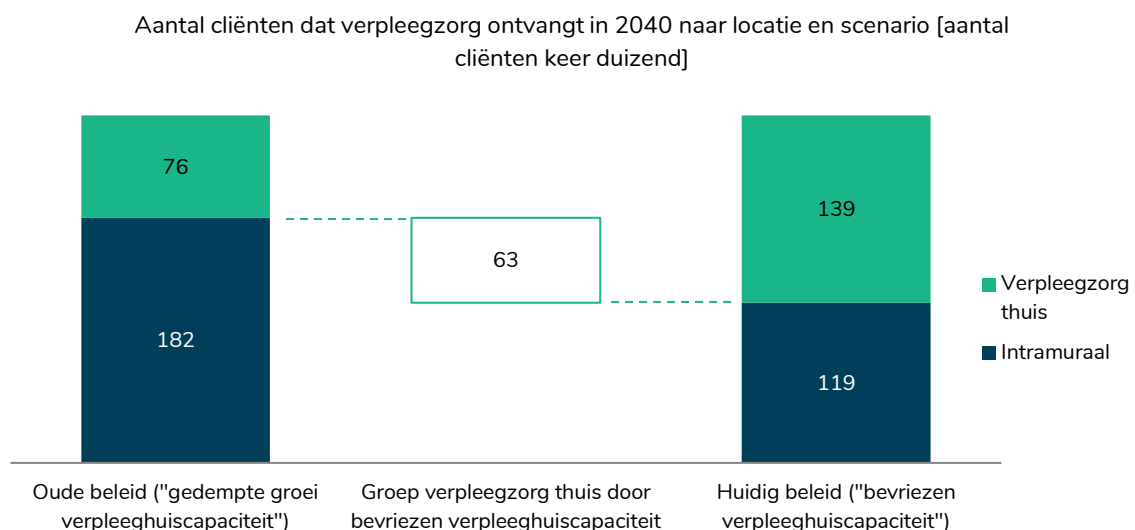
Figuur 2 Vanwege twee belangrijke onzekerheden onderscheiden we voor het effect op zorg vier varianten

Wanneer deze ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg 10% daalt, dalen de zorguitgaven met €190 miljoen (variant 2). Dit biedt kansen voor de toegankelijkheid, en de effecten op kwaliteit zijn beperkt. Wanneer de helft van deze groep ouderen geclusterd woont en mantelzorgers en/of domotica geen uren professionele zorg overnemen stijgen de uitgaven aan zorg met €310 miljoen (variant 3). De risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid nemen dan toe, onder meer omdat de druk op de arbeidsmarkt (nog) verder toeneemt, de gezondheidsrisico's voor ouderen toenemen als ze in niet-passende woningen wonen en het leveren van onplanbare zorg voor zorgaanbieders moeilijker te borgen is.

## 2 In 2040 ontvangen 63 duizend ouderen verpleegzorg thuis door bevroren verpleeghuiscapaciteit

Door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit ontvangen 63 duizend extra ouderen verpleegzorg thuis in 2040. Wij verwachten dat dit ouderen zijn die intensieve dementiezorg ontvangen (zorgprofiel vv5). Het aantal ouderen dat verpleegzorg vanuit de Wlz ontvangt stijgt van 132 duizend naar 258 duizend in 2040. Bij de gedempte groei, zoals voorzien in het 'oude beleid', ontvangen 76 duizend ouderen verpleegzorg thuis in 2040. Bij het bevroren van verpleeghuiscapaciteit ontvangen circa 139 duizend ouderen verpleegzorg thuis in 2040. Hierbij blijft de huidige intramurale capaciteit gelijk: de groei van het aantal ouderen dat verpleegzorg vanuit de Wlz ontvangt wordt volledig opgevangen door verpleegzorg thuis.

Door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit ontvangen 63 duizend extra ouderen verpleegzorg thuis (Figuur 3). Hierbij hebben we de het oude beleid ("gedempte groei", §2.1) vergeleken met het huidige beleid ("bevroren van verpleeghuiscapaciteit", §2.2).



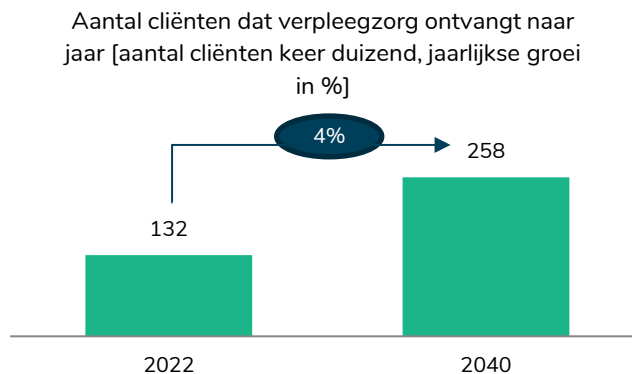
Figuur 3 Door het bevroren van de verpleeghuiscapaciteit ontvangen 63 duizend ouderen extra verpleegzorg thuis in 2040



## 2.1 Bij de gedempte groei van verpleeghuiscapaciteit ontvangen 76 duizend ouderen in 2040 verpleegzorg thuis

### 2.1.1 Het aantal ouderen dat verpleegzorg vanuit de Wlz ontvangt stijgt van 132 duizend naar 258 duizend ouderen in 2040

Het RIVM heeft de verwachte groei van het aantal benodigde verpleegzorgplekken geschat. Dit zijn alle ouderen die, na indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), een aanspraak hebben op zorg via de Wlz en deze aanspraak ook gebruiken. In dit onderzoek nemen we dit aantal over. Het aantal ouderen dat intramuraal of via verpleegzorg thuis Wlz-zorg ontvangt, stijgt volgens deze raming met gemiddeld 4% per jaar van 132 duizend in 2022 naar 258 duizend in 2040 (Figuur 4)<sup>5,6</sup>; bijna een verdubbeling.



Figuur 4 Het aantal ouderen dat verpleegzorg ontvangt verdubbelt bijna naar 258 duizend in 2040

De groep cliënten die met verpleegzorg in 2040 bestaat naar verwachting<sup>7</sup> voor meer dan de helft uit cliënten met zorgprofiel vv5 (Figuur 5). Dit zijn ouderen die intensieve dementiezorg ontvangen. De zorgprofielen worden vastgesteld door het CIZ voor ouderen die blijvend aangewezen zijn op 24 uur per dag zorg nabij of op permanent toezicht. Met een indicatie van het CIZ heeft een cliënt een aanspraak op zorg vanuit de Wlz. De invulling van deze zorg is gebaseerd op de zorgzwaarte van het zorgprofiel: de mate waarin iemand de begeleiding, verzorging en verpleging nodig heeft:

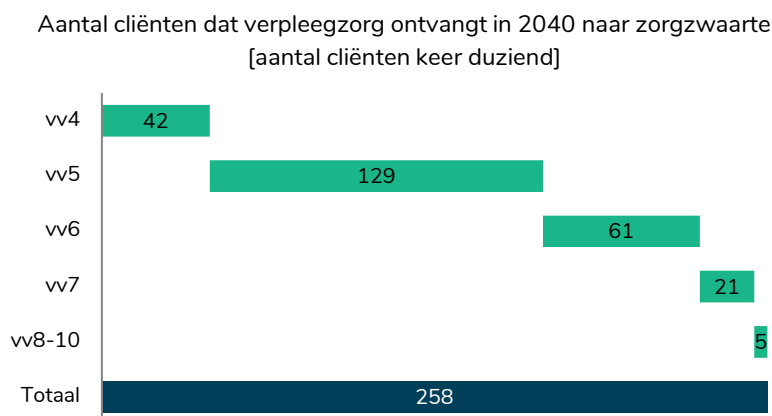
- vv4: Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- vv5: Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
- vv6: Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging

<sup>5</sup> We zijn hierbij uitgegaan van variant 1 (demografische projectie) van de RIVM-prognose. In deze prognose heeft het RIVM in verband met datarestricties cliënten met alleen een modulair pakket thuis (MPT) niet meegenomen. Wanneer dit zou zijn meegenomen ligt het totaal aantal cliënten dat verpleegzorg ontvangt hoger in 2040. We hebben ons gebaseerd op tussentijdse resultaten van het RIVM, aangezien er nog geen officiële publicatie beschikbaar is.

<sup>6</sup> Hiernaast ontvangen in 2022 13 duizend ouderen verpleegzorg thuis via een persoonsgebonden budget, al dan niet in combinatie met een modulair pakket thuis. We veronderstellen dat deze groep in aantal constant blijft en dat alle ouderen die verpleegzorg thuis in plaats van intramurale zorg ontvangen dit in de toekomst ontvangen via een verpleegzorg thuis pakket (vpt).

<sup>7</sup> Het schatten van het aantal cliënten naar zorgzwaarte hebben we gedaan door de prognoses van TNO (2019) en die van het RIVM te combineren. Hierbij hebben we de totalen van de RIVM-prognose voor 2030 en 2040 als uitgangspunt genomen en de groeipercentages van TNO (2019) per zorgprofiel toegepast om de verdeling naar zorgprofiel te maken.

- vv7: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding
- vv8: Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging
- vv9b: Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
- vv10: Beschermd verblijf met intensieve palliatieve terminale zorg<sup>8</sup>.



Figuur 5 In 2040 zijn cliënten met zorgprofiel vv5 de grootste groep cliënten dat verpleegzorg ontvangt

### 2.1.2 Bij de gedempte groei van verpleeghuiscapaciteit ontvangen circa 76 duizend ouderen in 2040 verpleegzorg thuis

De aanspraak op Wlz-zorg kan worden ingevuld door zorg in een verpleeghuis (intramuraal) en door zorg in een zelfstandige woning (verpleegzorg thuis). De afgelopen jaren is er een toename van het aandeel ouderen dat verpleegzorg thuis ontvangt. Dit maakt het aannemelijk dat (ook) bij continuering van het 'oude beleid' een deel van de groei van de vraag via verpleegzorg thuis (extramuraal) plaats zal vinden. We noemen dit de gedempte groei van de verpleeghuiscapaciteit. Hierbij gaan we ervan uit dat de helft van de groei intramuraal wordt ingevuld en de helft van de groei door verpleegzorg thuis wordt ingevuld. In 2040 ontvangen dan circa 76 duizend ouderen (30%, Figuur 3) verpleegzorg thuis. Deze groep bestaat uit 42 duizend cliënten met zorgprofiel vv4 (de gehele groep cliënten met vv4, zie Figuur 5) en 34 duizend cliënten met zorgprofiel vv5.

De woonsituatie van deze cliënten varieert:

- 'Gewone' woning waar ouderen soms al vele jaren woont, ook al voordat de zorgvraag er is. Deze woningen zijn niet altijd de meest passende woonsituatie voor verpleegzorg thuis, bijvoorbeeld vanwege aanwezige trappen en doordat niet alle basisvoorzieningen op één verdieping aanwezig zijn.
- Een ouderenwoning of nultredenwoning. Dit zijn woningen waarbij alle basisvoorzieningen (woonkamer, keuken, badkamer en minimaal één slaapkamer) op dezelfde verdieping en gelijkvloers zijn. Men hoeft geen trappen te lopen, zowel binnen het huis als om het huis binnen te komen.
- Een ouderenwoning in een geclusterde woonvorm, zoals een hofjeswoning, serviceflat of een seniorenflat. Deze woonvormen zijn primair ingericht op de woonwensen van ouderen, er is

<sup>8</sup> De indicatie voor zorgzwaarte vv10 is vervallen.

een ontmoetingsruimte en de woningen zijn in ieder geval nultredenwoningen. In tegenstelling tot reguliere ouderen- of nultredenwoningen zijn deze woningen bij elkaar gebouwd.

- Een verpleegzorgplek. Dit zijn geclusterde woningen die geschikt zijn (gemaakt) om extramuraal verpleegzorg te leveren. Deze woningen hebben extra voorzieningen.

Bovenstaande is onze inschatting van hoe de gedempte groei van verpleeghuiscapaciteit er uit ziet. Dit hebben we gebaseerd op de bestuurlijke afspraken Wonen en Zorg uit 2021 tussen het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties (BZK), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Aedes, Zorgverzekeraars Nederlands (ZN) en ActiZ. Hierin hebben zij afgesproken dat er voor ouderen in 2026 25 duizend extra verpleegzorgplekken zijn gerealiseerd en tussen 2026 en 2031 nogmaals 25 duizend verpleegzorgplekken. In deze bestuurlijke afspraken is opgenomen dat deze uitbreiding zowel intramuraal als extramuraal zou plaatsvinden. De exacte verdeling tussen intramurale plekken en extramuraal plekken is hierin niet opgenomen en daarmee onbekend. We nemen aan dat bij het gedempte groei-scenario de groei evenredig verdeeld wordt tussen intra- en extramuraal plekken. Deze aanname is gebaseerd op een inventarisatie onder ActiZ leden uit mei 2020 over hoe zij de verwachte groei naar extra verpleegzorgplekken toen wilden verdelen<sup>9</sup>.

Vervolgens hebben we aangenomen dat cliënten met het hoogste zorgprofiel hun aanspraak primair via intramuraal verpleegzorg benutten.<sup>10</sup> In ons model betekent dit dat de beschikbare intramuraal capaciteit eerst wordt 'opgevuld' door de cliënten met het hoogste zorgprofiel, dan door cliënten met het een-na-hoogste zorgprofiel en zo verder tot de volledige capaciteit benut is. Alle cliënten met zorgprofiel vv4 ontvangen onder deze aanname verpleegzorg thuis in 2040. Op basis van hun aanspraak kunnen zij in de praktijk zowel verpleegzorg in een verpleeghuis als verpleegzorg thuis ontvangen. Met onze aannames is de volledige intramuraal capaciteit alleen al benut door cliënten met een hoger zorgprofiel.

## 2.2 Bij het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit ontvangen 139 duizend ouderen in 2040 verpleegzorg thuis

Het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit is in het WOZO een van de maatregelen<sup>11</sup>. Bij het doorvoeren van deze maatregel ontvangen in 2040 ongeveer 139 duizend ouderen verpleegzorg thuis (Figuur 3). Meer dan de helft (53%) van het totaal aantal ouderen dat verpleegzorg ontvangt, ontvangt dan verpleegzorg thuis. Ten opzichte van het gedempte groei-scenario, ontvangen 63 duizend extra ouderen verpleegzorg thuis. Dit zijn allemaal ouderen die intensieve dementiezorg

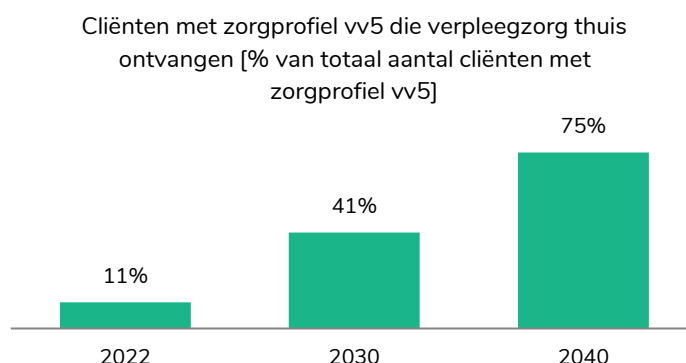
---

<sup>9</sup> ActiZ publieksrapportage Capaciteitsontwikkeling verpleeghuiszorg (mei 2020).

<sup>10</sup> Dat is in lijn met de huidige ontwikkelingen waarin de groei van VPT het sterkst is bij de zorgprofielen met een lagere zorgzwaarte.

<sup>11</sup> In het WOZO heet deze maatregel het 'scheiden van wonen en zorg'. Zoals in §1.1 toegelicht vinden wij deze term de lading niet geheel dekt. Wij spreken daarom over het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit.

nodig hebben (zorgprofiel vv5). Daarmee stijgt het percentage cliënten dat intensieve dementiezorg ontvangt middels verpleegzorg thuis van 11% naar 75% in 2040 (Figuur 6)<sup>12</sup>.



Figuur 6 Het percentage cliënten met vv5 dat verpleegzorg thuis ontvangt stijgt van 11% naar 75% in 2040

In het WOZO-programma is afgesproken dat de intramurale verpleeghuiscapaciteit niet structureel verder groeit<sup>13</sup> en de groei van het aantal ouderen dat verpleegzorg volledig thuis wordt geleverd. De aanspraak op de Wlz verandert niet, maar de verhouding in de leveringsvorm wel: een veel groter deel van de verpleegzorg vindt plaats via verpleegzorg thuis in plaats van in een verpleeghuis. We gaan er hierbij vanuit dat de huidige bekostiging gelijk blijft. Net als in het gedempte groei-scenario gaan we er in ons model vanuit dat cliënten met een relatief zware zorgvraag intramuraal verpleegzorg ontvangen en de overige cliënten verpleegzorg thuis ontvangen. We gaan er vanuit al deze cliënten verpleegzorg thuis ontvangen middels een vpt-pakket<sup>14</sup>. Dit betekent dat, net als bij het gedempte groei-scenario, we aannemen dat door alle cliënten met zorgprofiel vv4 verpleegzorg thuis ontvangen. Hiernaast ontvangen 97 duizend cliënten met zorgprofiel vv5 verpleegzorg thuis.

---

<sup>12</sup> Wij gaan er daarbij vanuit dat de groei van het aantal cliënten met een relatief zwaardere zorgvraag (zorgprofiel vv6 of hoger) intramuraal wordt opgevangen. In de realiteit kan een deel van deze groei ook via verpleegzorg thuis plaats gaan vinden. Als het percentage cliënten dat verpleegzorg thuis met een zorgprofiel vv6 of hoger gelijk blijft (momenteel 8% voor vv6, 1% voor vv7 en 2% voor vv8) ontvangen circa 5000 cliënten met een zorgprofiel vv6 of hoger verpleegzorg thuis. Deze intramurale capaciteit kan dan worden benut voor cliënten met zorgprofiel vv5. Het percentage van 75% neemt dan af tot 71%. In onze berekening zijn wij er ook vanuit gegaan dat de groei van het aantal cliënten met een zorgprofiel vv4 volledig (100%) via verpleegzorg thuis wordt opgevangen. Daarvoor geldt het omgekeerde: als in de realiteit een deel van deze groep toch intramurale zorg ontvangt, dan gaat dat ten kostte van het aantal intramurale plaatsen dat beschikbaar is voor vv5. In dat geval wordt het aandeel cliënten met een vv5-profiel dat verpleeghuiszorg thuis ontvangt juist hoger dan 75%.

<sup>13</sup> Deze kan wel tijdelijk groeien door uitvoer van al bestaande bouwplannen.

<sup>14</sup> In de praktijk ontvangen cliënten ook verpleegzorg thuis door een modulair pakket thuis, een persoonsgebonden budget of een combinatie van beiden. Er zijn echter geen prognoses over het gebruik van deze leveringsvormen en er is minder data beschikbaar voor deze groepen. Voor deze doorrekening nemen we daarom aan dat alle cliënten verpleegzorg thuis ontvangen via een vpt-pakket.

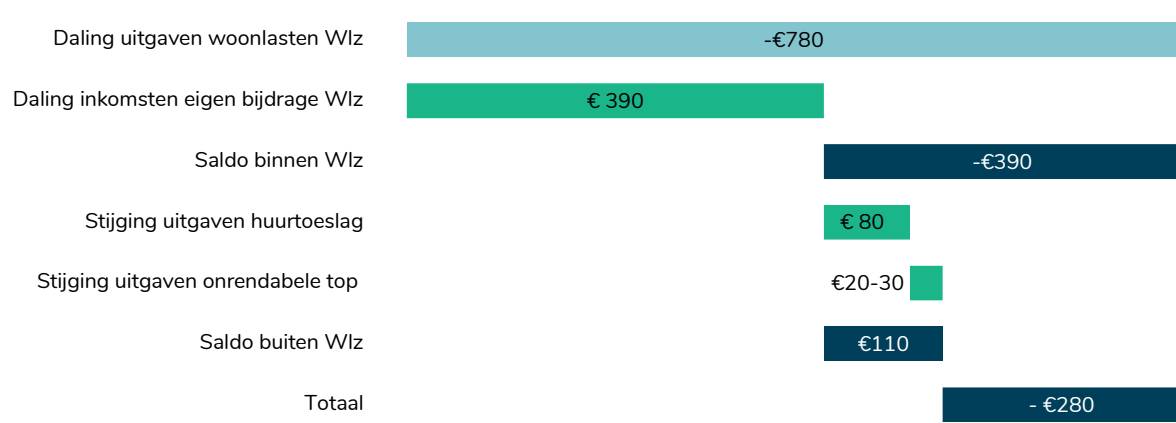
### 3 De uitgaven aan wonen dalen met €280 miljoen door het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit

Door het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit dalen de uitgaven aan wonen in 2040 per saldo met €280 miljoen. Dit is het netto-effect van lagere uitgaven aan wonen binnen de Wlz en hogere uitgaven aan wonen buiten de Wlz. De uitgaven aan wonen in de Wlz nemen met €780 miljoen af omdat voor 63 duizend ouderen wonen niet meer via de Wlz wordt bekostigd. Daar staan €390 miljoen lagere inkomsten uit eigen bijdragen tegenover omdat deze ouderen een lagere gemiddelde eigen bijdrage betalen. Buiten de Wlz nemen de uitgaven aan wonen €110 miljoen toe door een hoger beroep op huurtoeslag en de financieringslasten voor de meerkosten van de geplande verpleegzorgplekken in de sociale huur.

De uitgaven aan wonen voor de Rijksoverheid dalen per saldo met ongeveer €280 miljoen. Alle bedragen zijn op basis van prijspeil 2022, tenzij anders is aangegeven. Dit is de som van de volgende effecten (Figuur 7):

- De uitgaven aan wonen binnen de Wlz dalen.
- De inkomsten uit de eigen bijdrage binnen de Wlz dalen.
- De uitgaven aan huurtoeslag stijgen.
- De financieringslasten van de onrendabele top voor geclusterde verpleegzorgplekken in de sociale huur stijgen.

Effecten bevriezen verpleeghuiscapaciteit op uitgaven aan wonen [mln. €, in 2040]



Figuur 7 Door het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit dalen de uitgaven aan wonen per saldo met €280 miljoen

## 3.1 De uitgaven aan wonen binnen Wlz nemen per saldo af met circa €390 miljoen in 2040

### 3.1.1 De uitgaven dalen met €780 miljoen omdat wonen niet meer bekostigd wordt uit de Wlz

Het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit betekent dat een deel van de cliënten Wlz-zorg thuis ontvangt in plaats van intramuraal. Hierdoor dalen de uitgaven aan wonen binnen de Wlz met circa €780 miljoen. Voor cliënten die intramuraal verpleegzorg ontvangen zijn de woonkosten onderdeel van het tarief dat zorginstellingen ontvangen. Voor cliënten die verpleegzorg thuis ontvangen krijgen zorginstellingen een lager tarief omdat de woonkosten hier geen onderdeel van zijn. Die cliënten blijven namelijk zelf betalen voor hun woonlasten. Het verschil tussen deze tarieven is de som van de normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic). Dit verschil is voor cliënten met zorgprofiel vv5 ongeveer €34 per cliënt per dag.<sup>15</sup> Op jaarbasis betekent dit een verschil van ruim €12.300,- per cliënt<sup>16</sup>. In 2040 gaat het om circa 63 duizend cliënten extra wat leidt tot een besparing in uitgaven in de Wlz €780 miljoen in 2040.

Deze besparing lijkt redelijk in lijn met de jaarlijkse cumulatieve besparing van €40 miljoen volgens VWS. In 2040 zou het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit volgens VWS leiden tot een besparing van €720 miljoen binnen de Wlz.

### 3.1.2 Door een lagere eigen bijdrage voor verpleegzorg thuis dalen de inkomsten met €390 miljoen

De maximale inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wlz is hoger voor intramurale verpleegzorg dan voor verpleegzorg thuis. Het verschil tussen de gemiddelde intramurale en gemiddelde extramurale eigen bijdrage is voor cliënten met zorgprofiel vv5 in 2019 ongeveer €520 per maand ofwel ruim €6.200,- per jaar.<sup>17</sup> Door het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit neemt het aantal ouderen dat verpleegzorg thuis in plaats van intramuraal ontvangt toe. Hierdoor dalen de inkomsten uit eigen bijdragen. Ten opzichte van het gedempte groei-scenario, is deze daling van de eigen inkomsten in 2040 circa €390 miljoen. Hierbij hebben we aangenomen dat het gemiddelde verschil tussen de eigen bijdrage van intramurale cliënten en cliënten die verpleegzorg thuis ontvangen gelijk blijft.

---

<sup>15</sup> NZa - Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 - BR/REG-23122.

<sup>16</sup> We hebben dit niet geïndexeerd met het jaarlijkse indexatiepercentage van 2,5%.

<sup>17</sup> Monitor Langdurige Zorg (2019) - kosten en eigen bijdrage voor personen met een Wlz indicatie op peildatum naar leveringsvorm en zzp 2015-2019.

## 3.2 De uitgaven aan wonen buiten de Wlz nemen met €110 miljoen toe in 2040

### 3.2.1 Doordat meer ouderen een beroep doen op huurtoeslag nemen de uitgaven hieraan met circa €80 miljoen toe

Ouderen die verpleegzorg thuis ontvangen kunnen een beroep (blijven) doen op huurtoeslag, ouderen in een verpleeghuis niet. Door het bevrozen van de verpleeghuiscapaciteit neemt het aantal ouderen dat een beroep kan doen op huurtoeslag toe. In 2040 stijgen de uitgaven hieraan dan met circa €80 miljoen. De aanname hierbij is dat de helft van de ouderen met verpleegzorg thuis huurtoeslag van circa €210 per maand ontvangt.<sup>18</sup>

Deze aanname is gebaseerd op het Programma Wonen en Zorg van ouderen van het ministerie van BZK.<sup>19</sup> Hierbinnen bouwen woningbouwcorporaties de helft van alle verpleegzorgplekken en de helft van alle andere geclusterde woonvormen voor ouderen. We gaan er daarom vanuit dat de helft van de 63 duizend ouderen in een verpleegzorgplek van een corporatiewoning komt te wonen en dat zij allemaal huurtoeslag ontvangen. Dit zijn circa 32 duizend ouderen.

### 3.2.2 Wanneer alle 63 duizend ouderen in een verpleegzorgplek wonen zijn de extra financieringslasten hiervan €30 miljoen

Het bouwen van verpleegzorgplekken is duurder dan het bouwen van reguliere woningen of geclusterde ouderenwoningen wat leidt tot extra financieringslasten. We gaan ervan uit dat woningbouwcorporaties<sup>20</sup> door de Rijksoverheid tegemoet worden gekomen in de financiering van deze meerkosten voor het deel van de verpleegzorgplekken in de sociale huur. Anders zullen de corporaties deze woningen niet (voldoende) gaan bouwen.

De meerkosten voor een verpleegzorgplek zijn naar schatting €21.000 ten opzichte van een reguliere corporatiewoning.<sup>21</sup> Wanneer alle geplande verpleegzorgplekken daadwerkelijk gebouwd worden bedragen de extra uitgaven naar schatting €30 miljoen in 2040.

De ambitie is om in 2030:

- 40 duizend extra verpleegzorgplekken te hebben gerealiseerd waarvan 50% door woningbouwcorporaties.
- 80 duizend extra geclusterde ouderenwoningen te hebben gerealiseerd waarvan 50% door woningbouwcorporaties.
- 140 duizend nultredenwoningen.

We gaan ervanuit dat – bij realisatie van de bouwambitie - alle ouderen die door bevrozen van de verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis gaan ontvangen in een verpleegzorgplek komen te

---

<sup>18</sup> Gebaseerd op de gemiddelde huurtoeslag voor mensen boven de AOW-leeftijd. Nibud (2022) - Rapport Impactanalyse verandering huurtoeslag.

<sup>19</sup> Van 23 november 2022

<sup>20</sup> En eventueel andere organisaties die verpleegzorgplekken bouwen voor de sociale huursector.

<sup>21</sup> KPMG (2022) - Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz.

wonen.<sup>22</sup> Hiernaast nemen we aan dat tussen 2030 en 2040 het aantal verpleegzorgplekken meegroeit met het aantal ouderen dat Wlz-zorg ontvangt en dat van deze groei ook 50% door woningbouwcorporaties wordt gerealiseerd. Dit betekent dat er in 2040 63 duizend verpleegzorgplekken moeten zijn gerealiseerd waarvan 32 duizend door woningbouwcorporaties. De financieringslasten van deze plekken zijn 4,6% per jaar (rentepercentage dat de NZa binnen de nhc hanteert voor Wlz-instellingen).<sup>23</sup>

Wanneer er minder verpleegzorgplekken worden gebouwd, nemen de extra uitgaven naar rato af. Dat betekent dat wanneer 50% van de verpleegzorgplekken wordt gebouwd, de extra uitgaven naar schatting €15 miljoen zijn in plaats van €30 miljoen.

---

<sup>22</sup> Dit betekent dat we aannemen dat een groot deel van de ouderen die ook zonder het bevroren van verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis ontvangt dit doet vanuit een (al dan niet geclusterde) ouderenwoning. De bouwambitie voor verpleegzorgplekken is gekoppeld aan het bevroren van verpleeghuiscapaciteit. Zonder het bevroren van verpleeghuiscapaciteit is de kans aanwezig dat er geen of in elk geval minder verpleegzorgplekken in de bouwambitie zijn opgenomen.

<sup>23</sup> In 2024 wordt dit rentepercentage bijgesteld naar 4,03%. In de toekomst herijkt de NZa dit percentage opnieuw.



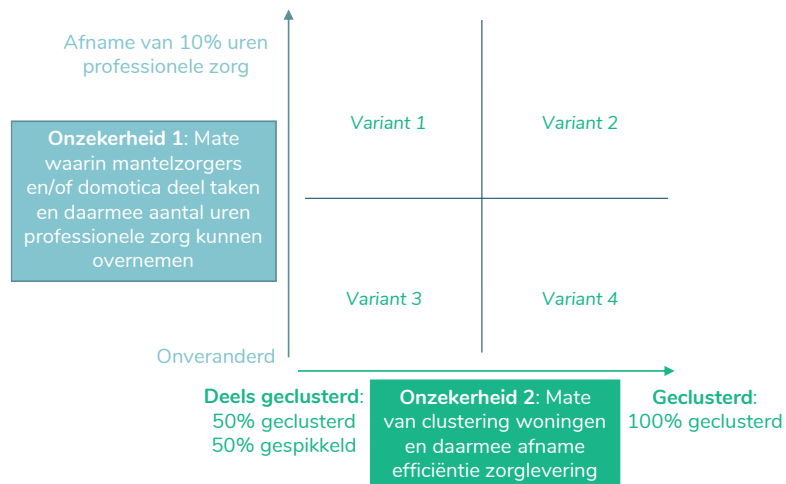
## 4 Effect van bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit op verpleegzorg is onzeker

Twee onzekerheden beïnvloeden het effect van het bevriezen van de verpleeghuiscapaciteit op verpleegzorg: de mate waarin het aantal uren professionele zorg daalt doordat mantelzorgers en/of domotica professionele zorg overnemen en de mate waarin ouderen die verpleegzorg thuis ontvangen geclusterd wonen. Wanneer deze ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg 10% daalt, dalen de zorguitgaven met €190 miljoen. Dit biedt kansen voor de toegankelijkheid terwijl de risico's voor kwaliteit beperkt zijn. Het is onzeker of dit in de praktijk reëel is. Als dit niet zo blijkt te zijn en de helft van deze groep ouderen geclusterd woont en mantelzorgers en/of domotica geen uren professionele zorg overnemen stijgen de uitgaven aan zorg met €310 miljoen. De risico's voor kwaliteit en toegankelijkheid nemen dan toe, onder meer doordat het voor zorgaanbieders moeilijker is het leveren van onplanbare zorg te borgen.

De toekomstige effecten van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit zijn inherent onzeker. Bij de berekening van de effecten op zorg hebben we aannames gemaakt of en hoe bepaalde ontwikkelingen zich voordoen. Twee belangrijke onzekere ontwikkelingen zijn:

- De mate waarin het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit leidt tot minder vraag naar professionele zorg door inzet van mantelzorg en/of domotica (zie §4.1)
- De mate waarin verpleegzorg thuis geclusterd wordt geleverd en daarmee leidt tot een lagere efficiëntie van zorglevering door onder andere extra reistijd van personeel (zie §4.2).

De aannames over deze twee ontwikkelingen beïnvloeden onze conclusies over het effect van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van verpleegzorg sterk. Daarom onderscheiden we voor het in kaart brengen van dit effect vier varianten (Figuur 8). We presenteren het effect in de twee uiterste varianten die we in kaart hebben gebracht (variant 2 in §4.3; variant 3 in §4.4). Deze varianten zijn geen keuzepalet: ze laten zien hoe het effect op zorg afhankelijk is van de mate waarin bepaalde ontwikkelingen zich wel of niet voordoen. De omvang van de effecten voor variant 1 en variant 4, en de achterliggende berekeningen voor de in dit hoofdstuk weergegeven resultaten presenteren we in bijlage 1.



Figuur 8 Vanwege twee belangrijke onzekerheden hebben we het effect op zorg in vier varianten in kaart gebracht

## 4.1 Het is onzeker of het aantal uren professionele zorg per cliënt daalt door de inzet van meer mantelzorg en/of domotica

Het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit kan leiden tot een afname van het aantal uren professionele zorg per cliënt als mantelzorgers en/of domotica een deel van de taken van zorgprofessionals overnemen. Of dit in de toekomst gebeurt, is onzeker.

Uit huidige onderzoeken en publicaties blijkt dat de inzet van zorgprofessionals extramuraal lager is dan intramuraal.<sup>24</sup> Dit komt doordat er meer zorg op maat wordt geboden en de inzet van mantelzorgers extramuraal groter is dan intramuraal.<sup>25</sup> Het is onzeker of deze positieve effecten voor de groep ouderen die nu verpleegzorg thuis ontvangen even groot zijn in de toekomst. De groep ouderen met zorgprofiel vv5 die nu verpleegzorg thuis ontvangt (circa 11%, zie Figuur 6) is waarschijnlijk niet vergelijkbaar met de grotere groep ouderen die in het scenario van bevriezen verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis ontvangt (circa 75%, zie Figuur 6).<sup>26</sup> Bijvoorbeeld omdat veel ouderen die nu verpleegzorg thuis ontvangen een thuiswonende partner hebben, waardoor er veel meer mantelzorg geleverd wordt of omdat de zorgvraag binnen vv5 relatief licht is. Daarmee is het onzeker of de positieve effecten die op dit moment voor deze groep worden gevonden voor de gehele groep ouderen met zorgprofiel vv5 gelden.

### 4.1.1 Er lijkt nu ruimte voor meer uren mantelzorg, maar het is onzeker of dit in de toekomst nog steeds het geval is

Het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit kan leiden tot een grotere inzet van mantelzorgers. De gedachte hierachter is dat ouderen die verpleegzorg thuis ontvangen onderdeel zijn en blijven van

<sup>24</sup> Zie o.a. IQ Healthcare Radboud Universiteit 2022: Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland. Kosten, financiële karakteristieken, kwaliteit en toegankelijkheid; VWS 2022: Het verschil in zorgkosten tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz; NZa 2022: Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging. Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg.

<sup>25</sup> Idem.

<sup>26</sup> IQ Healthcare Radboud Universiteit 2022: Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland. Kosten, financiële karakteristieken, kwaliteit en toegankelijkheid.

de sociale omgeving in hun buurt. De inzet van mantelzorg vanuit het sociale netwerk is hierdoor naar verwachting groter dan wanneer ouderen verpleegzorg in een verpleeghuis ontvangen. Of deze ontwikkeling daadwerkelijk optreedt en welke taken en hoeveel uur mantelzorgers van zorgprofessionals zouden overnemen is onzeker.

Op het eerste gezicht lijken (de huidige) mantelzorgers ruimte te hebben om voor de groep van circa 63 duizend ouderen een deel van de uren van zorgprofessionals over te nemen. Tussen de 8% en 35% van alle Nederlanders geeft mantelzorg aan ouderen (Tabel 1). Dit aandeel kan mogelijk stijgen. Daarnaast geven de meeste mantelzorgers tot drie uur mantelzorg per week. Mogelijk kan ook het aantal uur mantelzorg dat mantelzorgers per week geven toenemen.

Tabel 1 Het grootste deel van de mantelzorgers voor ouderen geeft tot 3 uur mantelzorg in de week. Bron: SCP en PBL (2018), Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040

	% mantelzorgers voor ouderen	Aantal uren mantelzorg per mantelzorger			
		Tot 3 uur	4-7 uur	8-14 uur	15 uur of meer
18-39 jaar	20%	75%	11%	6%	8%
40-49 jaar	30%	73%	12%	6%	10%
50-59 jaar	35%	70%	14%	7%	8%
60-74 jaar	24%	63%	11%	10%	15%
75-84 jaar	18%	48%	14%	12%	25%
>85 jaar	8%	39%	17%	14%	30%

Tegelijkertijd is het onzeker of deze extra inzet van mantelzorg in 2040 wel gerealiseerd kan worden. In de toekomst neemt de vraag naar mantelzorg sterk toe terwijl het aanbod (potentiële) mantelzorgers juist afneemt:

- Zonder het additionele effect van bevriezen van verpleeghuiscapaciteit neemt de vraag naar mantelzorg voor ouderen in de periode tot en met 2040 al sterk toe:
  - SCP en PBL verwachten een toename van zelfstandige wonende 75-plussers met een vraag naar mantelzorg van circa 230 duizend in 2018 naar 390 duizend in 2040<sup>27</sup>.
  - Ook andere zorgsectoren zoals de wijkverpleging en de Wmo zetten fors in op een meer mantelzorg. Die mantelzorgers kunnen dan niet of in mindere mate mantelzorg leveren voor andere groepen.
- Het aanbod van potentiële mantelzorgers neemt door vergrijzing in de periode tot en met 2040 juist af:
  - Het SCP en PBL verwachten (zonder effect van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit) dat voor zelfstandig wonende 75-plussers het aantal mantelzorgers per ontvanger daalt van 5 in 2018 naar 3 in 2040<sup>28</sup>.

<sup>27</sup> Hierbij is rekening gehouden met demografische ontwikkelingen en de ontwikkelingen dat ouderen gemiddeld gezonder worden en dus minder vraag naar mantelzorg hebben. Zie: SCP en PBL, 2018: Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

<sup>28</sup> SCP en PBL, 2018: Toekomstverkenning mantelzorg aan ouderen in 2040.

- De verhouding tussen het aantal 50-75-jarigen en 85-plussers (de oldest-old support ratio) daalt van circa 14 in 2022 naar circa 6 in 2040<sup>29</sup>.

Verskillende onderzoeken en publicaties concluderen dan ook dat meer mantelzorg in de ouderenzorg wenselijk, maar niet vanzelfsprekend is<sup>30</sup>. Verschillende denkrichtingen en opties om dit te stimuleren zijn geopperd maar de effectiviteit en haalbaarheid hiervan zijn onbekend. Dit maakt dat het onzeker is of en welk deel van de vraag naar professionele zorg mantelzorgers bij het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit daadwerkelijk kunnen overnemen.

#### **4.1.2 Domotica kan een deel van de vraag naar professionele zorg vervangen maar de mate waarin is onzeker**

Domotica kan mogelijk zowel intra- als extramuraal een deel van de vraag naar professionele zorg vervangen en/of de productiviteit van zorgprofessionals verhogen<sup>31</sup>. In het eerste geval hoeft professionele zorgverlener een deel van de taken niet meer te doen. In het tweede geval kan een professionele zorgverlener met dezelfde hoeveelheid uren werk meer zorg leveren dan nu.

De impact van domotica is onzeker. Op de eerste plaats omdat hoe en de mate waarin domotica wordt toegepast sterk afhankelijk is van toekomstige technologische ontwikkelingen en van de implementatiegraad hiervan. Op de tweede plaats omdat het effect van domotica op de uren professionele zorg nog onbekend is. Zo kan domotica op afstand bij cliënten signaleren wanneer er iets niet goed gaat met een cliënt. Het opvolgen van de signalering vergt echter nog steeds tijd van professionele zorgverleners.

## **4.2 Het is onzeker welk deel van de ouderen met verpleegzorg thuis geclusterd woont en daarmee wat de extra reistijd is voor medewerkers ten opzichte van intramurale zorg**

Het is onzeker of de door de Rijksoverheid geformuleerde ambitie voor de groei van het aantal verpleegzorgplekken en geclusterde ouderenwoningen daadwerkelijk wordt gerealiseerd. ZN concludeert<sup>32</sup> namens de gezamenlijke zorgkantoren dat de huidige plannen voor uitbreiding van verpleegzorgplekken van zorgaanbieders in de periode tot en met 2027 fors achterblijven bij de verwachte groei van de vraag. Voor de woningmarkt als geheel is het door onder andere macro-economische ontwikkelingen, de beschikbaarheid van (bouw)materialen en voldoende personeel onzeker of de woningbouwambities van de Rijksoverheid haalbaar zijn.<sup>33</sup> In dit rapport gaan we uit

---

<sup>29</sup> Op basis van CBS-bevolkingsstatistiek en CBS en PBL-bevolkingsprognose.

<sup>30</sup> Zie bijvoorbeeld: Canoy e.a. 2022: Laat ouderen zelf ouderenzorg houdbaar maken. In: ESB 107(4808), 21 april 2022; E. Verbakel 2018: Mantelzorgers vervangen professionele ondersteuning niet zomaar even. In: Sociale Vraagstukken 21 mei 2018; Raad van Ouderen 2022: Mantelzorg voor en door ouderen.

<sup>31</sup> Zie o.a. Significant en Vilans 2021: tijdbesparende technologieën in de ouderenzorg en SiRM 2022: Opties onder de loep - Onderzoek beleidsalternatieven arbeidsmarkt ouderenzorg.

<sup>32</sup> ZN 2022: Regiomonitor verpleegzorg 2022, dd. 19-12-2022.

<sup>33</sup> Zie bijvoorbeeld Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) 2022: Nationale Woon- en Bouwagenda Onderzoek naar de haalbaarheid van 100.000 nieuwe woningen per jaar en Ministerie van BZK 2022: Staat van de Volkshuisvesting - Integrale voortgangsrapportage 2022

van de tijdshorizon 2040: dit biedt mogelijk ruimte om eventuele vertraging in het behalen van de woningbouwambities in te halen in de jaren '30.

Omdat het niet zeker is of de woningbouwambities gerealiseerd gaan is het ook onzeker welk deel van de ouderen die verpleegzorg thuis gaat ontvangen dit doet in een geclusterde woning. We gaan ervan uit dat wanneer de bouwplannen gerealiseerd worden alle ouderen uit de groep die verpleegzorg thuis ontvangt in plaats van intramuraal (100%) dit doet in een geclusterde setting. Hiervoor is het niet alleen nodig dat er voldoende geclusterde woningen beschikbaar zijn, maar dat ouderen ook bereid zijn om te verhuizen hiernaartoe. Om dit te realiseren kunnen de overheid en woningbouwcorporaties deze doelgroep actief informeren over de mogelijkheden om (op termijn) te verhuizen naar een geclusterde ouderenwoning.

Wanneer de woningbouwambitie niet gerealiseerd wordt, zal een deel van de ouderen verpleegzorg thuis in een reguliere woning ontvangen. De aanname is dat in dat geval 50% van de ouderen geclusterd woont en 50% ongeclusterd. Het gevolg hiervan is een toename van de reistijd voor zorgprofessionals die verpleegzorg leveren. Ten opzichte van een intramurale setting waar de kamers en appartementen naast elkaar liggen, moeten zorgprofessionals dan binnen een wijk van woning naar woning reizen om verpleegzorg thuis te leveren.

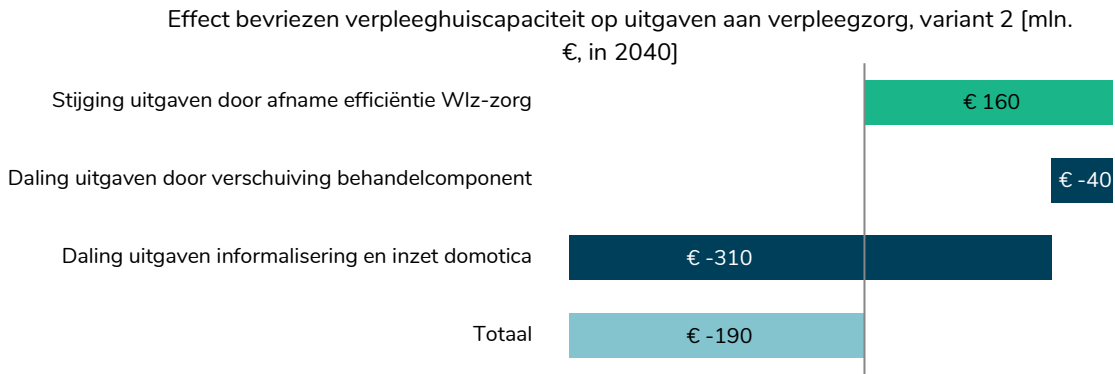
### 4.3 Wanneer alle ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg daalt zijn de effecten van het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit positief

Het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit heeft effect op de zorguitgaven en de kwaliteit en toegankelijkheid van verpleegzorg. Deze paragraaf presenteert de resultaten – vanuit collectief oogpunt bezien - in de meest positieve variant (variant 2). In deze variant wonen de ouderen die verpleegzorg thuis ontvangen door het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit geclusterd. Mantelzorgers en/of domotica nemen 10% van de uren zorg van professionele zorgverleners over.

#### 4.3.1 Bij voldoende geclusterde woningen en toename mantelzorgen/of domotica dalen zorguitgaven met circa €190 miljoen

Als alle 63 duizend ouderen met verpleegzorg thuis geclusterd wonen en de inzet van mantelzorg en/of domotica tot ongeveer 10% minder uren professionele zorg leidt (variant 2), nemen de uitgaven aan zorg af met circa €190 miljoen in 2040 (Figuur 9). Deze afname is ten opzichte van de uitgaven in een intramurale setting en het nettoresultaat van drie effecten:

- 1 De afname van de efficiëntie van zorglevering binnen de Wlz.
- 2 De verschuiving van de behandelcomponent naar de Zvw.
- 3 De afname van het aantal uren professionele zorg per cliënt.



Figuur 9 Bij voldoende geclusterde woningen en toename mantelzorg nemen de uitgaven aan verpleegzorg met circa €190 miljoen af

### **Als alle 63 duizend ouderen geclusterd wonen, leidt bevrozen van verpleeghuiscapaciteit tot een beperkte afname in efficiëntie van de levering van verpleegzorg**

Het bevrozen van verpleeghuiscapaciteit leidt tot een minder efficiënte zorglevering waardoor meer inzet van professionele zorgverleners nodig is om hetzelfde aantal uren zorg te leveren aan een cliënt.

Ten opzichte van een intramurale setting zijn zorgverleners extramuraal naar verwachting iets meer tijd kwijt aan kleinere operationele zaken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de tijd die het kost om bij een cliënt binnen te komen en weer weg te gaan of de tijd die het kost om de juiste medicatie aan te reiken (wat intramuraal soms bij meerdere cliënten tegelijk of vlak na elkaar kan). Ook als alle ouderen geclusterd wonen zijn zorgverleners iets meer tijd kwijt om van cliënt naar cliënt te gaan ten opzichte van een intramurale setting.

We nemen aan dat als alle ouderen met verpleegzorg thuis volledig geclusterd wonen de zorglevering 5% minder efficiënt is dan bij een intramurale setting<sup>34</sup>. Onder deze aanname leidt dit tot een toename van de zorguitgaven van circa €160 miljoen in 2040 ten opzichte van dezelfde uren zorg in een intramurale setting.

### **Verschuiving van de behandelcomponent van Wlz naar Zvw kan leiden tot lagere uitgaven aan behandeling**

In de kabinetsplannen was de overheveling van behandeling en geneesmiddelen van de Wlz naar de Zvw per 2025 voorzien. Hieraan was een besparing van 10% toebedeeld. Inmiddels heeft de minister van Langdurige Zorg en Sport per brief de Tweede Kamer geïnformeerd dat de doelen die deze maatregel poogt te bereiken, in overleg met de sector, op een andere wijze worden gerealiseerd<sup>35</sup>.

Volledigheidshalve gaan we er bij deze analyse vanuit dat deze maatregel wordt uitgevoerd en de daaraan gekoppelde besparing wordt gerealiseerd. We weten niet zeker of de besparing van 10% realistisch is en of deze komt door een prijs- en/of volume-effect en welk deel hiervan komt door behandeling en welk deel door geneesmiddelen. We achten een volume-effect waarschijnlijker:

<sup>34</sup> Gebaseerd op verschillende gesprekken met bestuurders van VVT-instellingen.

<sup>35</sup> Zie kamerbrief 'Voortgang behandeling Wlz-cliënten' van het ministerie van VWS, 1 november 2022.

door de beschikbaarheid van zorg voor cliënten met verblijf met behandeling is de drempel voor inzet van specifieke zorg wellicht lager dan voor cliënten met verblijf zonder behandeling.<sup>36, 37</sup> De NZa onderzoekt de uitgaven aan de afzonderlijke zorgvormen binnen de behandelcomponent en de behandelinzet hierbinnen.<sup>38</sup> De resultaten worden in 2024 of 2025 verwacht.

Een besparing van 10% op uitgaven aan de behandelcomponent in 2040 komt overeen met een bedrag van circa €40 miljoen. Hierbij hebben we aangenomen dat het percentage ouderen dat behandeling ontvangt constant blijft. Dat betekent dat circa 65% van de 63 duizend ouderen in 2040 behandeling ontvangt<sup>39</sup>. We hebben de gemiddelde kosten gebaseerd op de kosten van de behandelcomponent voor cliënten met zorgprofiel vv5 in 2023.

### **Door inzet extra mantelzorgers en/of domotica daalt het aantal uren professionele zorg per oudere**

Het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit kan ertoe leiden dat mantelzorgers en/of domotica een deel van de zorg van zorgprofessionals overnemen. Onder de aanname dat circa 10% van het aantal uren professionele zorg (ongeveer 2,5 uur per cliënt per week) door mantelzorg/en of domotica kan worden overgenomen leidt dit een afname van de zorguitgaven van €310 miljoen in 2040. Hierbij hebben we aangenomen dat de uren professionele zorg die mantelzorgers overnemen gaat om de relatief lichtste vorm van zorg (begeleiding).

De druk op de arbeidsmarkt neemt hiernaast af: de 10% afname van het aantal benodigde uren van zorgprofessionals is groter dan het effect van de afname van de efficiëntie van zorglevering. Het risico van een afname in kwaliteit en toegankelijkheid door een tekort aan personeel wordt dan kleiner dan bij het scenario van gedempte groei.

Het percentage van 10% is in lijn met het verwachte (totale) effect op het aantal uren professionele zorg bij het inzetten van de 'Sociale Benadering Dementie'<sup>40</sup>. Net als in het WOZO-programma is de achterliggende gedachte hier dat, door meer in te zetten op het vergroten van sociale netwerk en anders organiseren van zorg, mantelzorgers een deel van de professionele zorg kunnen overnemen. Het is onzeker of mantelzorgers dit inderdaad kunnen (zie §4.1). In de praktijk kan dit lager liggen en zelfs nul zijn, maar kan ook hoger liggen, door bijvoorbeeld succesvolle aanvullende inzet van domotica. Als de afname van het aantal uren professionele zorg door de inzet van mantelzorg en/of domotica groter is dan deze 10%, dalen de zorguitgaven met meer dan €310 miljoen. Voor elk uur professionele zorg dat niet meer geleverd hoeft te worden dalen de zorguitgaven voor de circa 63 duizend ouderen extra die verpleegzorg thuis ontvangen met ongeveer €120 miljoen.

---

<sup>36</sup> Zie bijvoorbeeld VWS 2022: Het verschil in zorgkosten tussen zorg met en zonder verblijf in de Wlz.

<sup>37</sup> Indien zorg in de Zvw minder goed beschikbaar is, kan dit leiden tot een risico voor onderbehandeling. Dit kan leiden tot extra (zorg)uitgaven in andere domeinen.

<sup>38</sup> Zie brief ministerie van VWS aan NZa: Aanvraag onderzoek behandelcomponent en bekostigingsadvies behandeling Wlz van 1 november 2022 (Bijlage bij Kamerstukken II 2021/22, 34104, nr. 366).

<sup>39</sup> Het percentage van 65% is gebaseerd op NZa: Uitvoeringstoets Integrale zorg voor Wlz-cliënten, 2019

<sup>40</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://socialebenadering.nl/de-resultaten>.

### 4.3.2 De druk op huisartsen neemt toe omdat zij meer patiënten met een relatief zware zorgvraag krijgen

Door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit verschuift voor 63 duizend ouderen een deel van de (verantwoordelijkheid voor de) zorg van de specialist ouderengeneeskunde naar de huisarts. De huisarts is voor ouderen met een Wlz-indicatie die thuis wonen (in welke woonvorm dan ook) het eerste aanspreekpunt en verantwoordelijk voor de algemene medische zorg voor kwetsbare ouderen. Door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit wonen veel meer ouderen met een Wlz-indicatie en een relatief zware zorgvraag thuis. De huisarts krijgt hierdoor met meer patiënten met zware zorgvraag te maken waardoor de gemiddelde zorgvraag van de patiënten in een huisartsenpraktijk toeneemt. De werkdruk voor huisartsen neemt door deze ontwikkeling nu al toe.<sup>41</sup>

Een specialist ouderengeneeskunde kan de huisarts via consultatie en medebehandeling daarbij wel ondersteunen. Op dit moment is de bereikbaarheid van een specialist ouderengeneeskunde voor consultatie en medebehandeling echter niet door alle aanbieders van verpleegzorg thuis in kleinschalige woonvormen goed georganiseerd.<sup>42</sup>

## 4.4 Wanneer niet alle ouderen geclusterd wonen en het aantal uren professionele zorg gelijk blijft zijn de effecten van het bevroren van verpleeghuiscapaciteit negatief

Het bevroren van verpleeghuiscapaciteit kan de zorguitgaven ook vergroten en de kwaliteit en toegankelijkheid van verpleegzorg verlagen. Deze paragraaf presenteert de resultaten in de minst positieve variant (variant 3). In deze variant woont de helft van de ouderen die door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis ontvangt geclusterd. Mantelzorgers en/of domotica nemen geen extra uren zorg van professionele zorgverleners over.

### 4.4.1 Bij onvoldoende geclusterde woningen en zonder toename mantelzorg en/of domotica stijgen de zorguitgaven met circa €310 miljoen euro

In variant 3 nemen de zorguitgaven in 2040 met circa €310 miljoen toe (Figuur 10). Dit komt doordat:

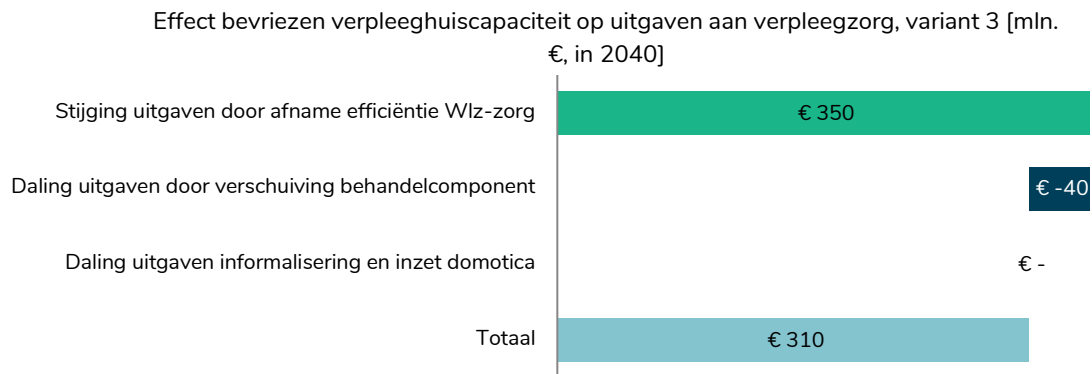
- De efficiëntie van zorglevering binnen de Wlz sterker afneemt dan bij variant 2.
- De behandelcomponent verschuift met een gelijk effect aan variant 2 (zie §4.3.1).
- Het aantal uren professionele zorg per cliënt gelijk blijft.

---

<sup>41</sup> NZa 2020: Medisch-generalistische zorg voor Wlz-patiënten.

<sup>42</sup> Idem.





Figuur 10 Wanneer ouderen niet geclusterd wonen en er geen extra inzet van mantelzorg plaatsvindt nemen de uitgaven aan het leveren van verpleegzorg met circa €310 miljoen toe

### Als de helft van de 63 duizend ouderen ongeclusterd woont leidt bevroren van verpleeghuiscapaciteit tot extra zorguitgaven en een hogere druk op de arbeidsmarkt

Als ouderen met verpleegzorg thuis (deels) niet geclusterd wonen neemt de efficiëntie van de levering van verpleegzorg verder af. Naast de extra tijd voor kleinere operationele activiteiten (zie §4.3.1) neemt de reistijd voor zorgverleners om bij de verschillende cliënten te komen toe. Hoe groter het aandeel ouderen dat in een ongeclusterde woning woont, hoe vaker zorgprofessionals moeten reizen waardoor hun totale reistijd toeneemt.

Als 50% van de 63 duizend ouderen ongeclusterd woont nemen we aan dat de afname van de efficiëntie 10% is (in plaats van 5% bij 100% geclusterd). Dit leidt in 2040 tot een toename van circa €350 miljoen aan zorguitgaven ten opzichte van een intramurale setting.

Deze 10% bestaat uit de som van twee effecten:

- 1 Minder efficiënte zorglevering (zie §4.3.1): 5%.
- 2 Toename van reistijd: 5%.

Deze toename van reistijd is gebaseerd op de aanname dat de verhouding cliëntgebonden tijd en reistijd voor verpleegzorg thuis voor ouderen in een ongeclusterde woning vergelijkbaar is met wijkverpleging. Gemiddeld besteden medewerkers in de wijkverpleging ongeveer 6% van hun tijd aan reistijd<sup>43</sup>. In variant 1 en 3 nemen we aan dat zorgprofessionals voor de helft van hun cliënten reistijd heeft. Dit zijn immers de cliënten die ongeclusterd wonen. Dit betekent dat hun reistijd ongeveer 3% is. Bij gemiddeld ongeveer 60% beschikbare cliëntgebonden tijd<sup>44</sup> komt dit overeen met een afname van de efficiëntie van 5%. Dit is het aantal uren dat zorgmedewerkers extra moeten werken om een gelijkblijvend aantal uren zorg te leveren of het aantal extra zorgmedewerkers dat ingezet moet worden om een gelijkblijvend niveau van kwaliteit en toegankelijkheid te borgen. Indien het niet mogelijk is dat zorgmedewerkers extra uren kunnen werken of om extra zorgmedewerkers aan te trekken, leidt dit tot een lagere kwaliteit (minder uren professionele zorg per cliënt) of lagere toegankelijkheid van zorg (langere wachlijsten).

<sup>43</sup> PwC (2017) - Onderzoek herijking tarieven verpleging en verzorging.

<sup>44</sup> Idem.

## **Hoe minder ouderen geclusterd wonen, hoe groter de uitgaven aan zorg worden**

Als het aandeel geclusterde woningen in de praktijk lager wordt dan 50% dan neemt de reistijd van zorgprofessionals nog verder toe. Meer ouderen wonen immers ongeclusterd. Dit leidt tot een verdere afname van de efficiëntie en vervolgens een verdere groei van de zorguitgaven. Een steeds groter deel van de zorgverleners zal dan voor het leveren van een hetzelfde aantal uren verpleegzorg thuis steeds langer moeten reizen tussen de woningen waar ouderen wonen.

### **4.4.2 Wanneer ouderen niet geclusterd wonen kan de kwaliteit en toegankelijkheid van verpleegzorg onder druk komen te staan**

#### **Het is voor zorgaanbieders moeilijker om het leveren van onplanbare zorg te borgen**

Cliënten met een Wlz-indicatie zijn aangewezen op de nabijheid van 24-uurszorg of permanent toezicht vanwege hun aandoening en/of beperking. Dit is omdat ze niet alleen kunnen worden gelaten. Dit geldt onder andere voor ouderen met (vergevoerde) dementie. Door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit ontvangen circa 63 duizend ouderen die intensieve dementiezorg ontvangen verpleegzorg thuis. Wanneer deze groep (deels) ongeclusterd woont, is het voor zorgaanbieders moeilijk om het leveren van onplanbare zorg te borgen.

Domotica kan helpen bij het signaleren van een onverwachte zorgvraag van een cliënt. Bijvoorbeeld wanneer een cliënt 's nachts valt of wegloopt. Zorgaanbieders moeten deze zorgvraag echter ook opvolgen. Wanneer ouderen ongeclusterd wonen, moeten zorgmedewerkers meer en langer reizen naar cliënten om onplanbare zorg te leveren. Gelet op de huidige druk op de arbeidsmarkt, die in de toekomst naar verwachting niet afneemt, maakt dit voor zorgaanbieders moeilijker om het leveren van onplanbare zorg te borgen.

#### **Wanneer een deel van verpleegzorg thuis plaatsvindt in een niet-passende woning leidt dit tot gezondheidsrisico's voor ouderen**

Bij onvoldoende verpleegzorgplekken en ouderenwoningen zal een deel van de ouderen die verpleegzorg nodig heeft dit ontvangen in een woning die hiervoor niet geschikt is. Verpleegzorg thuis is niet voor elke oudere in hun bestaande woonsituatie mogelijk. Bijvoorbeeld omdat er veel drempels zijn, een portiek trappen heeft of omdat de reistijd tot voorzieningen te ver is.

Dit leidt tot risico's voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de verpleegzorg. De toegankelijkheid staat onder druk als ouderen in een niet-passende woning met verpleegzorg thuis niet kunnen doorstromen naar ouderenwoning of verpleegzorgplek en ook niet naar een verpleeghuis.<sup>45</sup> Voor deze groep ontstaan hierdoor (vermijdbare) gezondheidsrisico's en daarmee is de kwaliteit van verpleegzorg thuis lager dan in een de situatie waarin ze in een verpleeghuis terecht zouden komen.

---

<sup>45</sup> De NZa wijst hiernaast op het risico dat bepaalde passende woonvormen voor ouderen alleen toegankelijk kunnen worden voor ouderen met voldoende financiële middelen. Ouderen met minder financiële middelen kunnen dan alleen kiezen tussen wonen in een al dan niet geschikte eigen woning met verpleegzorg thuis of een verpleeghuis en niet de optie voor een verpleegzorgplek of geschikte (geclusterde) ouderenwoning. Zie NZa 2022: Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging. Aanbevelingen voor het scheiden van wonen en zorg.

#### **4.4.3 De druk op ziekenhuizen neemt toe bij onvoldoende passende woningen of onvoldoende personeel in de verpleegzorgsector**

Het bevriezen van verpleeghuiscapaciteit kan leiden tot een toename van de vraag naar ziekenhuiszorg als er onvoldoende passende woningen zijn of wanneer de druk op de arbeidsmarkt in de verpleegzorgsector toeneemt. Bij onvoldoende passende woningen nemen de risico's op incidenten, zoals valincidenten, toe. Daarmee neemt het (vermijdbare) beroep op onder andere de spoedeisende hulp van het ziekenhuis toe.

Bij onvoldoende passende woningen bestaat er ook een risico dat gemiddelde ligduur van ouderen bij opname in een ziekenhuis toeneemt. De woonsituatie voor ouderen (met verpleegzorg thuis) en de beschikbaarheid van personeel om de zorg te leveren heeft invloed op hoe snel iemand na een opname naar huis kan. Bij een oudere in een niet-passende woning zal dit langer duren waardoor de gemiddelde ligduur toeneemt naar mate het aandeel passende woningen lager is. Dit kan leiden tot een hogere werkdruk in ziekenhuizen en een lagere toegankelijkheid van ziekenhuiszorg.

# Bijlage 1 Effecten nader toegelicht

Deze bijlage bevat:

- Een toelichting op de berekeningen per effect.
- De resultaten voor 2030.
- Een gevoeligheidsanalyse voor de resultaten voor 2040.

## Toelichting berekening per effect:

Tabel 2 geeft een overzicht van het totaal effect en de afzonderlijke effecten per variant. Negatieve getallen in deze tabel zijn vanuit de Rijksbegroting gezien een besparing (bijvoorbeeld de woonlasten in de Wlz). Positieve getallen zijn een intensivering: een toename van de uitgaven (bijvoorbeeld toename van uitgaven aan de huurtoeslag) of een daling van de inkomsten (in het geval van de eigen bijdrage Wlz). We hebben zowel de effecten op wonen als de effecten op zorg doorgerekend in vier varianten. Omdat het verschil tussen het effect op wonen per variant gering is, presenteren we in hoofdstuk 3 het effect voor variant 1 en 3.

Tabel 2 Het totaal effect en de afzonderlijke effecten verschillen per variant.

		Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Wonen	Woonlasten Wlz	-€780	-€780	-€780	-€780
	Eigen bijdrage Wlz	€390	€390	€390	€390
	Huurtoeslag	€80	€80	€80	€80
	Financieringslasten meerkosten verpleegzorgplekken	€20	€30	€20	€30
Zorg	Afname efficiëntie	€320	€160	€350	€180
	Overheveling behandelcomponent	-€40	-€40	-€40	-€40
	Extra inzet mantelzorg en/of domotica	-€310	-€310	€0	€0
Totaal	-€320	-€470	€20	-€140	

## Wonen

### Afname woonlasten Wlz

De afname van de woonlasten binnen de Wlz hebben we berekend door:

- De woonlasten in de Wlz in te schatten op basis van de som van de normatieve huisvestingscomponent en de normatieve inventariscomponent voor intramuraal en verpleegzorg thuis (VPT)
- Dit verschil te berekenen voor vv5: Dit is ongeveer €34,- per cliënt per dag. Dit is gebaseerd op de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 - BR/REG-23122.
- Dit te vermenigvuldigen met het aantal dagen per jaar en het aantal cliënten dat door de beleidswijziging verpleegzorg thuis ontvangt in plaats van intramuraal
- Voor 2040 komt deze som dan uit op €34 x 365 dagen x 63 duizend cliënten = € 780 miljoen

### **Eigen bijdrage Wlz**

De afname van de inkomsten uit de eigen bijdrage binnen de Wlz hebben we berekend door:

- Het verschil te nemen van de gemiddelde maandelijkse eigen bijdrage intramuraal (€800 euro) en extramuraal (€280) voor VV5 in 2019: €520 per maand
- De data is gebaseerd op de meest recente openbare gegevens hierover uit een tabel uit de Monitor Langdurige Zorg: Kosten en eigen bijdrage voor personen met een Wlz indicatie op peildatum naar leveringsvorm en zzp 2015-2019.
- Dit hebben we vermenigvuldigd met het aantal maanden en het aantal cliënten.
- Voor 2040 komt deze som dan uit op €520 x 12 maanden x 63 duizend cliënten = € 390 miljoen

### **Huurtoeslag**

De omvang van de toename het beroep op huurtoeslag hebben we berekend door:

- Uit te gaan van de gemiddelde huurtoeslag van ouderen boven de AOW-leeftijd: €210 per maand
- Dit is gebaseerd op tabel 3 uit het Rapport Impactanalyse verandering huurtoeslag van het Nibud (2022). Daarbij is geen rekening gehouden met mogelijke veranderingen in de huurtoeslag zoals het kabinet van plan is.
- We hebben dit vermenigvuldigd met het aantal maanden en het aantal cliënten. Voor het aantal cliënten nemen we aan dat 50% van de doelgroep huurtoeslag ontvangt. Dit is in lijn met het Programma Wonen en zorg voor ouderen van het Ministerie van BZK waarin woningcorporaties de helft van alle verpleegzorgplekken en de helft van alle andere geclusterde woonvormen bouwen. We gaan ervan uit dat alle ouderen die in een corporatiewoning wonen een beroep doen op huurtoeslag en hier recht op hebben.
- Voor 2040 komt deze som dan uit op €210 x 12 maanden x 63 duizend cliënten x 50% = € 80 miljoen

### **Financieringslasten meerkosten verpleegzorgplekken**

De financieringslasten van de meerkosten van verpleegzorgplekken hebben we berekend door:

- Uit te gaan van de meerkosten van verpleegzorgplekken ten opzichte van reguliere corporatiewoningen. Deze bedragen ongeveer €21.000. Dit is gebaseerd op onderzoek van KPMG 2022: Onderzoek meerkosten geclusterde woonvormen Wlz.
- Aan te nemen dat de kapitaallasten voor het bouwen van verpleegzorgplekken voor woningcorporaties en verpleeg- en verzorgingsinstellingen gelijk is en 4,63% per jaar bedraagt. Dit is gebaseerd op: NZa - Beleidsregel normatieve huisvestingscomponent (nhc) en normatieve inventariscomponent (nic) geestelijke gezondheidszorg, forensische zorg en langdurige zorg - BR/REG-23116. In 2024 gaat dit percentage omlaag naar 4,03%. Hierdoor dalen de financieringslasten. In de toekomst kan dit percentage ook naar boven worden bijgesteld.
- Dit te vermenigvuldigen met het aantal te bouwen verpleegzorgplekken. Hierbij is aangenomen dat alle ouderen die door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit verpleegzorg thuis gaan ontvangen in een verpleegzorgplek komt te wonen en dat het aantal woonzorgplekken vanaf 2030 gelijk groeit met het aantal ouderen binnen de Wlz.
- Dit te vermenigvuldigen met het aandeel verpleegzorgplekken dat woningcorporaties gaan bouwen: 50%. Dit is in lijn met het Programma Wonen en zorg voor ouderen van het Ministerie van BZK waarin woningcorporaties de helft van alle verpleegzorgplekken en de helft van alle andere geclusterde woonvormen bouwen.
- We nemen aan dat de Rijksoverheid de financieringslasten voor woningbouwcorporaties draagt, omdat waarschijnlijk anders onvoldoende van deze woningen tot stand komen. Dit is ook aangegeven door het ministerie van BZK en het ministerie van VWS in het Programma Wonen en zorg voor ouderen.
- Voor 2040 komt deze som voor variant 2 en 4 waar 100% van de verpleegzorgplekken wordt gerealiseerd dan uit op  $€21.000 \times 4,63\% \times 63 \text{ duizend verpleegzorgplekken} \times 50\% \times 100\% = € 30 \text{ miljoen}$
- Voor 2040 komt deze som voor variant 1 en 3 waar 100% van de verpleegzorgplekken wordt gerealiseerd dan uit op  $€21.000 \times 4,63\% \times 63 \text{ duizend verpleegzorgplekken} \times 50\% \times 50\% = € 15 \text{ miljoen}$ . Dit hebben we afgerond naar 20 miljoen in Hoofdstuk 3.

## Zorg

### Afname efficiëntie

We hebben het effect van de afname van efficiëntie berekend door:

- De efficiëntie van de levering van Wlz in een extramurale setting te schatten ten opzichte van een intramurale setting. We maken daarbij onderscheid tussen extramurale zorg in een geclusterde en in ongeclusterde setting.
  - In een geclusterde setting nemen we aan dat de afname van efficiëntie (t.o.v. intramuraal) het gevolg is van extra tijd aan operationele activiteiten bij zorglevering zelf. We nemen dat dit effect 5% is.
  - In een volledig ongeclusterde setting komt het effect van langere reistijd bij. We schatten dat effect op 10% waardoor de zorglevering in totaal 15% minder efficiënt is.

Deze 10% is gebaseerd op cijfers over wijkverpleging: 6% reistijd ten opzichte van 60% beschikbare cliëntgebonden tijd.

- In variant 2 en 4 gaan we uit van een volledig geclusterde setting waardoor het efficiëntieverschil ten opzichte van intramuraal 5% is.
- In variant 1 en 3 gaan we uit van een 50% geclusterd en 50% ongeclusterd waardoor efficiëntieverschil ten opzichte van intramuraal 10% is.
- Dit te vermenigvuldigen met:
  - Aantal uren per cliënt – dat varieert per variant (zie onder kopje ‘extra inzet mantelzorg en/of domotica’)
  - Het aantal weken per jaar.
  - Het maximale uurtarief voor formele zorgverleners indien cliënten een pgb hebben (€68,30) voor de uren verpleging en verzorging en een uurtarief voor uren begeleiding op basis van interne schattingen van de ActiZ-achterban (€37,50,-).
  - Het aantal cliënten.
- Voor 2040 komt deze som voor variant 1 uit op  $10\% \times ((6,5 \text{ uur} \times €68,30) + (14,3 \text{ uur} \times €37,50)) \times 52 \text{ weken} \times 63 \text{ duizend cliënten} = €320 \text{ miljoen}$
- Voor 2040 komt deze som voor variant 2 uit op  $5\% \times ((6,5 \text{ uur} \times €68,30) + (14,3 \text{ uur} \times €37,50)) \times 52 \text{ weken} \times 63 \text{ duizend cliënten} = €160 \text{ miljoen}$
- Voor 2040 komt deze som voor variant 3 uit op  $10\% \times ((6,5 \text{ uur} \times €68,30) + (16,8 \text{ uur} \times €37,50)) \times 52 \text{ weken} \times 63 \text{ duizend cliënten} = €350 \text{ miljoen}$
- Voor 2040 komt deze som voor variant 4 uit op  $5\% \times ((6,5 \text{ uur} \times €68,30) + (16,8 \text{ uur} \times €37,50)) \times 52 \text{ weken} \times 63 \text{ duizend cliënten} = €180 \text{ miljoen}$

### Overheveling behandelcomponent

We hebben het effect van de overheveling van de behandelcomponent berekend door:

- De kosten van de behandelcomponent per dag in te schatten door het verschil te nemen tussen de totaalprijs van de prestatiebehandelingen inclusief en exclusief behandeling op basis van bijlage 4 bij de Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 - BR/REG-23122. Dit is ongeveer €27,- per dag.
- We hebben aangenomen dat – in lijn met de aannames van het kabinet - de overheveling leidt tot een besparing van 10%.
- Dit hebben we vermenigvuldigd met het aantal dagen en het aantal cliënten. Voor het aantal cliënten hebben we aangenomen dat 65% van hen intramuraal behandeling ontvangt, in lijn met NZa – uitvoeringstoets integrale zorg voor Wlz-clieënten (2019).
- Voor 2040 komt deze som voor alle varianten uit op:  $€27 \times 10\% \times 365 \text{ dagen} \times 63 \text{ duizend cliënten} = €40 \text{ miljoen}$

We weten niet zeker of de beoogde besparingen bij de overheveling ook daadwerkelijk optreden. We hebben dit effect ter volledigheid meegenomen en hebben daarbij de aanname van het kabinet overgenomen.

## Extra inzet mantelzorg en/of domotica

We hebben het effect van de extra inzet van mantelzorg en/of domotica berekend door:

- Het aantal uren begeleiding, verpleging en verzorging voor cliënten met zorgprofiel vv5 in te schatten. Dit hebben we gedaan door:
  - Als uitgangspunt hebben we voor cliënten met vv5 het aantal uren uit het onderzoek van HHM genomen, inclusief uitsplitsing naar verpleging (0,55), verzorging (5,90) en begeleiding (9,15). Hier hebben we de uren dagbesteding aan toegevoegd (1,1 uur).
  - De uren uit het kwaliteitsbudget hebben we volledig toegerekend aan begeleiding. Hiervoor hebben we een uurtarief van €28,- gehanteerd. Dit leidt tot een stijging van het aantal uren begeleiding voor cliënten met zorgprofiel vv5 naar 6,6 uur. Het uurtarief van €28,- is lager omdat het extra zorgpersoneel dat is ingezet met de middelen van het kwaliteitsbudget personeel is met relatief lichtere functies.
  - Dit geeft een totaal van 23,3 uur zorg per cliënt met zorgprofiel vv5. Dit bestaat uit 16,8 uur begeleiding. Het aantal uren verpleging en verzorging blijft hetzelfde als het HHM-onderzoek.
- We nemen aan dat door de inzet van mantelzorg er een afname van 15% (circa 10% van het aantal uren professionele uren zorg) kan optreden in de uren begeleiding die door professionele zorg wordt geleverd. We hebben geen rekening met eventuele extra uitgaven die nodig zijn om deze groei van de inzet van mantelzorg te realiseren.
- Deze uren te vermenigvuldigen met het aantal weken per jaar en de gemiddelde kosten per uur dagbesteding. Dit is €37,50,-. Dit is gebaseerd op interne schattingen van de ActiZ-achterban.
- Dit effect treedt alleen op voor variant 1 en 2. In variant 3 en 4 treedt dit effect niet op.
- Voor 2040 komt deze som voor varianten 1 en 2 uit op: circa 2,5 uur per week x 52 weken x €37,50 x 63 duizend cliënten = €310 miljoen

## Resultaten 2030

Tabel 3 geeft een overzicht van de effecten op betaalbaarheid in 2030. In 2030 ontvangen door het bevroren van verpleeghuiscapaciteit ongeveer 23 duizend cliënten verpleegzorg thuis in plaats van intramuraal. Het effect 'financieringslasten meerkosten geclusterde woningen' verschilt – in tegenstelling tot 2040 – niet tussen de varianten. Dit is vanwege afrondingsverschillen.



Tabel 3 De effecten op betaalbaarheid variëren in 2030 tussen de €170 miljoen en €10

		Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Wonen	Woonlasten Wlz	-€290	-€290	-€290	-€290
	Eigen bijdrage Wlz	€140	€140	€140	€140
	Huurtoeslag	€30	€30	€30	€30
	Financieringslasten meerkosten verpleegzorgplekken	€10	€10	€10	€10
Zorg	Afname efficiëntie	€120	€60	€130	€60
	Overheveling behandelcomponent	-€10	-€10	-€10	-€10
	Extra inzet mantelzorg en/of domotica	-€110	-€110	€0	€0
Totaal	-€110	-€170	€10	-€50	

## Gevoeligheidsanalyse

Bij de berekening van de effecten hebben we verschillende aannames moeten maken. De meest onzekere aanname is het aantal uren professionele zorg dat per cliënt met zorgprofiel vv5 geleverd wordt. Hier zijn geen goede bronnen over beschikbaar. We hebben daarom een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd om te zien hoe de resultaten veranderen als we uitgaan van meer of juist minder uren per cliënt met zorgprofiel vv5. De omvang van de effecten 'afname efficiëntie' en 'extra inzet mantelzorg en/of domotica' veranderen hierdoor. Als het aantal uren professionele zorg 10% hoger ligt dan wij hebben aangenomen variëren de effecten op betaalbaarheid van een afname van €480 miljoen tot een toename van €60 miljoen in 2040 (Tabel 4). Als het aantal uren professionele zorg 10% lager ligt dan wij hebben aangenomen variëren de effecten op betaalbaarheid van €460 miljoen tot €10 miljoen in 2040 (Tabel 5).

Tabel 4 Als het aantal uren professionele zorg 10% hoger ligt dan wij hebben aangenomen variëren de effecten op betaalbaarheid van een afname van €480 miljoen tot een toename van €60 miljoen in 2040

		Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Wonen	Woonlasten Wlz	-€780	-€780	-€780	-€780
	Eigen bijdrage Wlz	€390	€390	€390	€390
	Huurtoeslag	€80	€80	€80	€80
	Financieringslasten meerkosten verpleegzorgplekken	€20	€30	€20	€30
Zorg	Afname efficiëntie	€350	€180	€390	€190
	Overheveling behandelcomponent	-€40	-€40	-€40	-€40
	Extra inzet mantelzorg en/of domotica	-€340	-€340	€0	€0
Totaal		-€320	-€480	€60	-€130

Tabel 5 Als het aantal uren professionele zorg 10% lager ligt dan wij hebben aangenomen variëren de effecten op betaalbaarheid van €460 miljoen tot €10 miljoen in 2040

		Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Wonen	Woonlasten Wlz	-€780	-€780	-€780	-€780
	Eigen bijdrage Wlz	€390	€390	€390	€390
	Huurtoeslag	€80	€80	€80	€80
	Financieringslasten meerkosten verpleegzorgplekken	€20	€30	€20	€30
Zorg	Afname efficiëntie	€290	€140	€320	€160
	Overheveling behandelcomponent	-€40	-€40	-€40	-€40
	Extra inzet mantelzorg en/of domotica	-€280	-€280	€0	€0
Totaal		-€320	-€460	-€10	-€160