

**Advies**

# **Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ**

Extramuraliseren ZZP's

6 september 2012



# Inhoud

<b>Vooraf</b>	<b>5</b>
<b>Managementsamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>13</b>
1.1 Leeswijzer	13
<b>2. Definitie en varianten SWZ</b>	<b>15</b>
2.1 Huidige aanspraak op verblijf	15
2.2 Verschillende varianten SWZ	16
2.3 SWZ per 1 januari 2013	18
2.4 Openstaande vragen SWZ	18
<b>3. Extramuraliseren van ZZP's</b>	<b>19</b>
3.1 Analyse extramuralisering ZZP's 1-3	19
3.2 Beoordeling ZZP's Lente-akkoord	20
3.3 Uitvoeringsmodaliteiten voor extramuralisering	22
3.3.1 Extramuraal prestaties	22
3.3.2 Volledig pakket thuis	23
3.4 Aandachtspunten fysiek scheiden van wonen en zorg	23
3.5 Conclusie	24
<b>4. Doorrekening financiële effecten</b>	<b>25</b>
4.1 Omvang maatregelen	25
4.2 Financiële effecten zorgaanbieders	27
4.2.1 Effecten op aanvaardbare kosten	28
4.2.2 Effect loon- en materiele kosten	31
4.3 Financiële risico's vastgoed	31
4.3.1 Macro-gevolgen bekostiging vastgoed	32
4.3.2 Vastgoedrisico's door overcapaciteit	32
4.4 Effecten zorgkantoorregio's	33
4.5 Continuïteit van zorg	34
4.6 Conclusie	35
<b>5. Veranderende markt voor intramuraal en extramuraal zorg</b>	<b>37</b>
5.1 Marktverhoudingen	37
5.2 Gevolgen voor gemeenten	38
5.3 Conclusie	39
<b>6. Borging publieke belangen</b>	<b>41</b>
6.1 Toegankelijkheid van zorg	41
6.1.1 Beschikbaarheid zorg	41
6.1.2 Beschikbaarheid adequate woningen	42
6.2 Betaalbaarheid	43
6.2.1 Verschuiving van woon- en zorglasten	43
6.2.2 Kostenbeheersing	44
6.2.3 Zorginfrastructuur	45
6.3 Kwaliteit	45
6.4 Beperken risico's voor publieke belangen	46
<b>7. Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>51</b>
7.1 Conclusies	51
7.2 Aanbevelingen	52



## Vooraf

Voor u ligt het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over mogelijke gevolgen van de extramuralisering van ZZP's 1 tot en met 3, zoals besloten in het Lente-akkoord. Met dit document geeft de NZa antwoord op het verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om de gevolgen van deze maatregel in kaart te brengen en nader onderzoek te doen naar een aantal mogelijke risico's van deze maatregel.

De NZa hecht grote waarde aan het betrekken van belanghebbenden en deskundigen bij de totstandkoming van haar beleid en advies. Gezien de beperkte tijd die voor het opstellen van dit advies beschikbaar was heeft een consultatie met veldpartijen helaas niet kunnen plaatsvinden.

De Nederlandse Zorgautoriteit,



dr. M.E. Homan  
lid Raad van Bestuur



## Managementsamenvatting

In het *Lenteakkoord: Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd* van het voorjaar 2012 is besloten om zorgzwaartepakketten (ZZP's) 1-3 per 1-1-2013 te extramuraliseren.<sup>1</sup> De maatregel geldt alleen voor nieuwe cliënten. Dit betekent dat vanaf 2013 geen indicaties voor de betreffende ZZP's meer worden afgegeven aan cliënten die op 1-1-2013 niet over een intramurale indicatie beschikken. Cliënten die voorheen voor één van deze ZZP's zouden worden geïndiceerd, worden vanaf 2013 voor extramurale zorg geïndiceerd. Voor cliënten die voor 1-1-2013 over een intramurale indicatie beschikken, verandert in principe niets.

Ten behoeve van een zorgvuldige uitvoering van de maatregel geeft de NZa in dit advies antwoord op de volgende vier vragen:

- Welke gevolgen heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor de bekostiging?
- Welke financiële consequenties heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor zorgaanbieders in 2013 en de jaren daarna?
- Welke consequenties heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?
- Welke risico's ziet de NZa bij het invoeren van extramuralisering van ZZP's 1-3 per 1 januari 2013?

### *Gevolgen voor bekostiging*

Globaal gezien is het scheiden van wonen en zorg in twee varianten in te delen.

1. Fysiek scheiden van wonen en zorg, waarbij zorg veelal wordt geleverd in de thuissituatie en de aanspraak op verblijf vervalt.
2. Financieel scheiden van wonen en zorg, waarbij de zorg vanuit inhoudelijke en doelmatige overwegingen wordt geleverd in een geclusterd setting. In deze variant behoudt een cliënt zijn aanspraak op verblijf, maar betaalt zijn eigen woonlasten.

In het Lente-akkoord is sprake van fysiek scheiden van wonen en zorg waarbij geen indicatie wordt afgegeven voor de ZZP's 1-3. De zorg, wordt extramuraal geleverd op basis van de bestaande extramurale prestaties. Het is de vraag of alle ZZP's zonder problemen kunnen worden geëxtramuraliseerd of dat het financieel scheiden van wonen en zorg meer passend is. Voor de ZZP's 3, LVG 1 en LVG 2 kan verblijf noodzakelijk zijn om permanent toezicht, een therapeutisch leefklimaat en/of een (be)veilig(d)e woonomgeving te kunnen bieden.

De NZa kan niet inschatten in hoeverre extramuralisering van zorg leidt tot een groter beroep op ZZP's 4 en hoger, zwaardere extramurale zorg waarvoor een hoger deskundigheidsniveau en/of nieuwe extramurale zorgprestaties zijn vereist. Dit vergt nader onderzoek.

<sup>1</sup> Het gaat specifiek om de volgende ZZP's: verpleging en verzorging (VV) 1 t/m 3, verstandelijk gehandicapten (VG) 1 t/m 3, licht verstandelijk gehandicapten (LVG) 1 en 2, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 1c t/m 3c en GGZ 1b t/m 3b.

In het verlengde hiervan stelt de NZa voor om de mogelijkheden van extramurale zorgpakketten (EZP's) nader te onderzoeken. Met EZP's kan eenvoudig(er) geïndiceerd worden en kan substitutie plaatsvinden tussen zorgfuncties binnen het pakket.

Het volledig pakket thuis (VPT) is hiervan een voorbeeld. Voor een VPT is een indicatie voor verblijf noodzakelijk.

Onder de huidige regulering kan de zorg voor de te extramuraliseren ZZP's niet via een VPT worden bekostigd, omdat de aanspraak op verblijf komt te vervallen. Door de woon- en verblijfscomponenten uit het VPT te verwijderen en de voorwaarde van een verblijfsindicatie te schrappen, zou het VPT als basis kunnen dienen voor EZP's.

#### *Gevolgen voor aanbieders*

Het totaal van de te extramuraliseren ZZP's betreft ruim 30% van de intramurale zorg in aantallen cliënten in zorg. De NZa heeft de mogelijke financiële gevolgen voor 904 zorgaanbieders met intramurale zorg in kaart gebracht door te berekenen met hoeveel procent de aanvaardbare kosten van deze zorgaanbieders dalen wanneer zij geen nieuwe instroom hebben voor de ZZP's 1-3. Dit is een worst case scenario en betekent niet dat de aanvaardbare kosten van de zorgaanbieders daadwerkelijk zoveel dalen. Zorgaanbieders kunnen de capaciteit die beschikbaar komt gebruiken om alternatieve omzet te realiseren. Deze alternatieve omzet kan bestaan uit andere zorg (hogere ZZP's of extramurale zorg), of een ander gebruik van het vastgoed (verhuur of verkoop).

Per saldo verwacht de Staatsecretaris voor 2013 € 100 miljoen op de contracteerruimte te kunnen besparen door het versneld toepassen van het scheiden van wonen en zorg<sup>2</sup>. Dit lijkt beperkt<sup>3</sup> maar voor de totale intramurale omzet die wegvalt voor individuele intramurale zorgaanbieders kunnen de consequenties fors zijn. De verwachte gemiddelde omzetsdaling voor intramurale zorgaanbieders bedraagt in 2013 2.5% en neemt in 2014 toe tot 6.5%. Het is de vraag of zij de intramurale omzetsdaling kunnen opvangen door meer extramurale zorg te leveren.

Een kwart van de aanbieders wordt zonder alternatieve omzet in 2013 geconfronteerd met een omzetsdaling van meer dan 5%. Kleine zorgaanbieders ervaren naar verwachting meer financiële consequenties dan grote zorgaanbieders. Het effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders neemt verder toe in 2014. Vier op de vijf aanbieders wordt in 2014, zonder alternatieve omzet geconfronteerd met een daling van de aanvaardbare kosten van meer dan 5 procent, één op de drie met een daling van meer dan 10%. Dit sterkere effect in 2014 wordt veroorzaakt doordat intramurale cliënten uitstromen zonder dat sprake is van nieuwe instroom en door de afbouw van de nacalculatie op de kapitaallasten.

#### *Gevolgen voor kapitaallasten*

Door de invoering van de integrale tarieven in 2012 kunnen instellingen te maken krijgen met boekwaardeproblematiek. Een deel van deze problematiek wordt opgelost via de regeling compensatie vaste activa, een deel moet worden opgelost binnen het strategisch (vastgoed)beleid van de zorgaanbieder.

---

<sup>2</sup> Zie brief van Staatsecretaris over contracteerruimte van 8 juni 2012 met kenmerk DLZ/SFI-U-3118314

<sup>3</sup> De totale gezamenlijke AWBZ omzet van de intramurale zorgaanbieders bedraagt ongeveer € 20 miljard.



Daarnaast is tot 2018 het ingroeimodel kapitaallasten van kracht. Met de maatregelen uit het Lente-akkoord wordt tijdens deze overgangperiode richting volume-afhankelijke bekostiging het volume aan intramurale zorg kleiner. Hierdoor ondervinden aanbieders extra financiële consequenties van de overgang naar NHC-bekostiging.

Zonder aanpassing van het ingroeimodel ondervinden zorgaanbieders die kleinschalig wonen aanbieden een extra omzetsdaling in vergelijking met aanbieders met grootschalige faciliteiten. De oude kapitaallastenvergoeding voor kleinschalig wonen is gebaseerd op bezetting en daarmee volumeafhankelijk. Dit in tegenstelling tot de oude vergoeding voor grootschalig wonen, die niet volumeafhankelijk is.

#### *Effect op toegankelijkheid*

Naar verwachting zal op korte termijn het aanbod extramurale zorg zich niet direct kunnen aanpassen aan de extra vraag: er moet meer aanbod komen terwijl in het najaar van 2012 al de productieafspraken extramurale zorg voor 2013 worden gemaakt. De extra vraag zal in eerste instantie moeten worden opgevangen door de zorgaanbieders waarmee de zorgkantoren nu afspraken maken.

Het is niet duidelijk in hoeverre het tot problemen in de toegankelijkheid van zorg leidt, wanneer niet alle additioneel benodigde extramurale zorg direct beschikbaar is. Immers, de nieuwe instroom voor extramurale zorg zal toenemen maar dat zal geleidelijk gebeuren, waardoor er tijd is om het aanbod uit te breiden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot aanvullende productieafspraken in de herschikkingsronde in november 2013. Tijdelijke regionale en/ of doelgroep specifieke toegankelijkheidsproblemen zijn echter niet uit te sluiten.

Een deel van de intramurale omzet vervalt naar verwachting door het Lente-akkoord. Mochten zorgkantoren niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht dan kan in incidentele situaties waarbij de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt door exploitatietekorten veroorzaakt door het Lente-akkoord, worden terug gevallen op de regeling voor een vangnetstichting.

#### *Effect op betaalbaarheid*

Door minder intramurale zorg te indiceren zal een verschuiving van intra- naar extramurale capaciteit plaatsvinden. Voor de ZZP's waarvoor geen indicatie meer wordt afgegeven, worden de kosten van verblijf niet meer uit de AWBZ bekostigd. De AWBZ-uitgaven nemen af, wat leidt tot een verlaging van het BKZ-langdurige zorg. Deze daling in de uitgaven wordt de eerste jaren gedempt door het overgangsregime voor de kapitaallasten. Bovendien zal eerder een indicatie voor ZZP 4 of hoger worden afgegeven indien een verblijf in de thuissituatie niet verantwoord wordt geacht. Tegenover een afname van de AWBZ-uitgaven staat ook dat (een deel van) de besparing ergens anders als kosten neerslaat, zoals hogere uitgaven aan onder meer huurtoeslag en Wmo. Daarnaast verminderen de inkomsten uit de eigen bijdrage omdat cliënten de lagere eigen bijdrage voor extramurale zorg gaan betalen. Het netto-effect van het extramuraliseren van ZZP's 1-3 op de Rijksbegroting is daardoor minder groot dan het effect op het BKZ.

Door het niet meer uit publieke middelen bekostigen van verblijf verschuiven deze uitgaven deels naar het private domein. De totale uitkomst van deze herverdeling is complex. Het is daardoor moeilijk te voorspellen tot welke andere macro-uitgaven dit leidt. De NZa ziet voor zichzelf geen rol weggelegd in het maken van dergelijke herverdelingsanalyses.

Doordat de zorg niet intramuraal maar extramuraal wordt geleverd nemen de kosten per uur geleverde zorg toe. Dit komt doordat bij extramurale zorg meer reistijd nodig is om cliënten te kunnen bereiken en schaalvoordelen bij het gebruik van medische inventaris bij zorg thuis ontbreken. Daar staat tegenover dat het beroep op de zorg (de vraag) af zou kunnen nemen omdat de zorg minder vanzelfsprekend beschikbaar is.

Bijkomend gevolg van de extramuralisering is dat het beroep op de beleidsregel zorginfrastructuur zal toenemen. Meer zorg thuis vergt investeringen in zorginfrastructuur om deze zorg te kunnen leveren. Aangezien de beleidsregel zorginfrastructuur niet onder de contracteerruimte valt en niet is genormeerd voorziet de NZa hier een risico voor de betaalbaarheid.

#### *Effect op kwaliteit*

Naar verwachting zijn om de kwaliteit van extramurale zorg van met name de ZZP's 3, LVG 1 en LVG 2 te kunnen borgen aanvullende maatregelen nodig om deze in de thuissituatie te kunnen leveren. Deze maatregelen hebben betrekking op investeringen in domotica en het ontwikkelen van nieuwe zorgprestaties/extramurale zorgpakketten.

De NZa constateert dat door invoering van scheiden van wonen en zorg het aantal zorgvarianten verandert. Voor de ZZP's 1-3 wordt geen indicatie voor verblijf meer afgegeven waardoor de mogelijkheid om op kosten van de AWBZ intramuraal te verblijven of om een VPT te ontvangen vervalt. Daar staat tegenover dat het extramurale zorgaanbod zich (op termijn) zo zal aanpassen dat de mogelijkheden om zorg in de eigen woning te ontvangen zullen toenemen waardoor cliënten langer in de eigen omgeving kunnen verblijven.

#### *Gefaseerde invoer*

Aan het extramuraliseren van de ZZP's 1-3 kleven een aantal risico's voor wat betreft de kwaliteit van de zorg en de financiële consequenties voor individuele zorgaanbieders. Zorginhoudelijk doen deze risico's doen zich vooral voor bij ZZP's 3 en LVG 1 en LVG 2. Wanneer de extramuralisering voor deze ZZP's zou worden uitgesteld, ontstaat meer tijd om te onderzoeken welke maatregelen nodig zijn voor het extramuraliseren van deze ZZP's en of financiële scheiden van wonen en zorg een optie is.

Uitstel van extramuralisering van deze ZZP's zou op korte termijn het financiële effect voor instellingen beperken, waardoor de risico's voor de continuïteit van zorg worden beperkt en zorgaanbieder de tijd krijgen om het zorgaanbod aan te passen aan de beleidswijziging.

#### *Aanbevelingen*

De NZa doet de volgende aanbevelingen voor de invoering van de extramuralisering per 1 januari 2013:

- gefaseerde invoering voor de ZZP's VV3, VG3, GGZ 3b, GGZ 3c op grond van zorginhoudelijke aspecten en te verwachten financiële gevolgen voor de zorgaanbieders. Voor LVG 1 en LVG 2 moet worden bezien of extramuralisering van deze ZZP's mogelijk is en op welke termijn;
- onderzoek of de huidige extramurale prestaties, ZZP's en tarieven toereikend zijn om de additionele zorgvraag op een doelmatige en verantwoorde manier in de eigen omgeving te leveren;

- overweeg om voor de extramurale zorg over te stappen op extramurale zorgzwaartepakketten. Op korte termijn is een toegespitste variant van het VPT een optie;
- pas de bekostiging van het vastgoed van kleinschalige woonvoorzieningen zoals opgenomen in de beleidsregel kapitaallasten bestaande zorgaanbieders aan zodat kleinschalig en grootschalige woonvoorzieningen op gelijke wijze door de maatregel worden geraakt;
- breng de beleidsregel voor zorginfrastructuur met ingang van 2014 onder in de contracteerruimte zodat de uitgaven beter kunnen worden beheerst. De wijze waarop de middelen voor zorginfrastructuur moeten worden verdeeld over de zorgkantorregio's dient nader te worden onderzocht;
- evalueer de ontwikkelingen als gevolg van de invoering van scheiden van wonen en zorg nauwgezet zodat de mogelijke effecten van stapeling van beleidsmaatregelen zichtbaar worden.



## 1. Inleiding

Naar aanleiding van de brief van VWS over de voorlopige contracteerruimte 2013 heeft de NZa een aantal risico's gesignaleerd die kunnen ontstaan door het versneld doorvoeren van scheiden van wonen en zorg voor nieuwe cliënten in de lagere ZZP's zoals opgenomen in het Lente-akkoord. Deze maatregel uit het Lente-akkoord moet worden uitgewerkt. De staatssecretaris van VWS heeft de NZa gevraagd de risico's te onderzoeken en VWS te voorzien van voldoende informatie om een definitieve keuze te maken voor het invoeringsscenario voor 2013.

Met het voorliggende advies geeft de NZa inzicht in mogelijke gevolgen van scheiden van wonen en zorg en de daaruit voortvloeiende uitwerkingsvraagstukken. Het advies is beperkt tot het taakgebied van de NZa en gaat daarom niet nader in op de gevolgen voor bijvoorbeeld de woningmarkt en het inkomensbeleid.

Uitgangspunt van dit advies is het scheiden van wonen en zorg door het niet langer afgeven van indicaties voor zorgpakketen 1-3<sup>4</sup>, zoals omschreven in het Lente-akkoord. Cliënten die voorheen voor deze ZZP's werden geïndiceerd, ontvangen met ingang van 2013 een indicatie voor extramurale zorg in functies en klassen.

### 1.1 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt het voornemen van scheiden van wonen en zorg uitgelegd. In hoofdstuk 3 worden de consequenties van het extramuraliseren van ZZP's beschreven waarna in hoofdstuk 4 de financiële consequenties voor zover mogelijk zijn doorgerekend. In hoofdstuk 5 zijn de veranderingen voor de intra- en extramurale zorgmarkt beschreven en in hoofdstuk 6 de borging van de publieke belangen. In hoofdstuk 7 staan conclusies en aanbevelingen.

---

<sup>4</sup> Het gaat specifiek om de volgende ZZP's: verpleging en verzorging (VV) 1 t/m 3, verstandelijk gehandicapten (VG) 1 t/m 3, licht verstandelijk gehandicapten (LVG) 1 en 2, geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 1c t/m 3c en GGZ 1b t/m 3b.



## 2. Definitie en varianten SWZ

Voordat de consequenties van het Lente-akkoord verder worden onderzocht is in dit hoofdstuk eerst kort uiteengezet wat scheiden van wonen en zorg is en welke mogelijkheden er bestaan om dit beleidsconcept toe te passen. Het hoofdstuk eindigt met een aantal vragen die de NZa in dit advies beantwoordt.

### 2.1 Huidige aanspraak op verblijf

De AWBZ is ingevoerd om niet verzekerbare zorg financieel te dekken. Het gaat om vormen van zorg en welzijn die duur en langdurig zijn; medische kosten die vrijwel niemand op kan brengen en niet te verzekeren zijn. De AWBZ is een publieke verzekering. Iedereen die in Nederland woont of werkt is verzekerd en heeft recht op AWBZ-zorg.

De zorg die wordt verzekerd via de AWBZ is geoperationaliseerd in functies. Deze functies zijn gedefinieerd in het besluit zorgaanspraken AWBZ. Het gaat om onder andere persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, verpleging en verblijf. Aangezien verblijf is gedefinieerd als aparte aanspraak, wordt het verblijf in een instelling op dit moment volledig bekostigd en georganiseerd vanuit de AWBZ. Voor verblijf geldt een andere (inkomensafhankelijke) eigen bijdrage dan voor de overige functies.

In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ is verblijf in artikel 9 als volgt omschreven:

**"Artikel 9**

*1. Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht."*

Het is al enige jaren een beleidsdoel van VWS om het aantal cliënten dat verblijft in een instelling te verminderen. De afgelopen jaren zijn diverse maatregelen door het ministerie van VWS genomen om de zorg voor cliënten zoveel mogelijk thuis te leveren. Deze beweging wordt ook wel "extramuralisering" of "ambulantisering" genoemd. In dit rapport gebruikt de NZa het eerstgenoemde begrip.

Extramuralisering kan bereikt worden door mensen langer thuis te laten wonen en minder snel te indiceren voor intramurale zorg. Passend bij deze ontwikkeling is bijvoorbeeld het 'volledig pakket thuis' (VPT)<sup>5</sup>, waarbij de zorg zo lang mogelijk vanuit de normale (thuis)situatie wordt geleverd.

---

<sup>5</sup> VPT is geen aparte aanspraak, maar een leveringsvorm van verblijf.

Extramuralisering is een vorm van scheiden van wonen en zorg. Het scheiden van wonen en zorg houdt in dat bij zorg die in een instelling wordt geleverd, de bekostiging van verblijf en zorg wordt opgesplitst, waarbij de kosten van verblijf niet meer door de AWBZ worden gedekt. Met name het woonaspect in een instelling wordt in mindere mate bekostigd uit de publieke middelen van de AWBZ.

Overigens geldt scheiden van wonen en zorg alleen voor (langdurend) verblijf. De aanspraak op kortdurend verblijf wordt niet aangepast.

## 2.2 Verschillende varianten SWZ

Scheiden van wonen en zorg kan worden uitgelegd als een beperking van de aanspraak op verblijf vanuit de AWBZ. De NZa ziet globaal twee varianten van scheiden wonen en zorg:

1. Fysiek scheiden wonen en zorg
2. Financieel scheiden wonen en zorg

### Ad. 1 Fysiek scheiden wonen en zorg

Het belangrijkste kenmerk van deze variant is dat cliënten alleen aanspraak maken op publiek bekostigde extramurale zorg. De indicatie voor verblijf in een instelling komt te vervallen. Dit zal tot gevolg hebben dat de zorg in veel gevallen extramuraal geleverd wordt – bij voorkeur in de thuissituatie. De huisvesting wordt bepaald door vraag en aanbod op de woningmarkt en staat los van de AWBZ. Het realiseren van voldoende aanbod van adequate huisvesting is in deze variant een opgave voor het volkshuisvestingsbeleid en niet langer van het zorgbeleid.

### Ad. 2 Financieel scheiden wonen en zorg

Het belangrijkste kenmerk van deze variant is dat de aanspraak op verblijf blijft bestaan. Bepaalde vormen van zorg kunnen zowel vanuit zorginhoudelijke als vanuit economische overwegingen beter in geclusterde setting worden geleverd. Echter, de wooncomponent komt bij financieel scheiden van wonen en zorg direct ten laste van de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van huur. Zorginstellingen kunnen de aangeboden woonruimte afstemmen op de wensen van de cliënt en de huur daarop aanpassen. Financieel-technisch gezien blijven ZZP's met NHC blijven bestaan, maar in de prestaties en tarieven zal de wooncomponent niet langer zijn opgenomen. Door het scheiden van wonen en zorg worden de kosten van individuele woonruimten niet langer opgenomen in het integrale ZZP-tarief.

#### *Opsplitsing bekostiging en aanspraken*

Het bestaande integrale ZZP-tarief bestaat uit componenten die te maken hebben met zorg, verblijf en kapitaallasten. Tabel 1 laat zien hoe de huidige integrale bekostiging opgebouwd is. De exacte opbouw per ZZP<sup>6</sup> is terug te vinden op de website van de NZa.

---

<sup>6</sup><http://www.nza.nl/95826/Zorgzwaartebekostiging/99442/Onderbouwing-uren-en-tarieven-ZZP-2013.pdf>



**Tabel 1: Opbouw integrale bekostiging intramurale AWBZ**

onderdeel ZZP-prijs	zorg	A	persoonlijke verzorging
		B	Verpleging
		C	Begeleiding
		D	Dagbesteding
		E	Behandeling
(nog) geen onderdeel ZZP-prijs	verblijf	F	Huishoudelijke verzorging
		G	Eten en drinken
		H	gas, water, licht etc.
			dagelijks onderhoud
(nog) geen onderdeel ZZP-prijs	kapitaallasten	I	Inventaris
		J	kapitaallasten zorggebonden ruimten (mini-NHC)
		K	kapitaallasten individuele ruimten

Het is een politieke keuze welke kostensoorten voor rekening van de cliënt komen. In de huidige bekostigungsstructuur is zowel de bekostiging als de aanspraak integraal. De kosten voor verblijf komen bij scheiden van wonen en zorg (gedeeltelijk) voor rekening van de cliënt, via huur of eigen bijdrage. Verschillende uitwerkingen zijn denkbaar.

Bij fysiek scheiden van wonen en zorg worden de functies A t/m E bekostigd uit de AWBZ. De componenten F, G, H, I en K komen voor rekening van de cliënt. Wanneer zorggerelateerde aanpassingen in het huis noodzakelijk zijn of huishoudelijke verzorging gewenst is, kan de cliënt aanspraak maken op de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Financieel scheiden van wonen en zorg kent twee varianten: 1) de functies A t/m G en I worden bekostigd uit de AWBZ en 2) de functies A t/m E en I worden bekostigd uit de AWBZ. Het is een politieke keuze om te bepalen of zorggebonden ruimten (J) al dan niet als zorg worden gezien, en daardoor bekostigd worden vanuit de AWBZ via bijvoorbeeld een zogeheten mini-NHC<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Een mini-NHC is een variant op de bestaande NHC's. De mini-NHC biedt alleen een vergoeding voor zorggebonden ruimtes en niet voor de wooncomponent van het verblijf in een instelling. De bestaande NHC's bieden een vergoeding voor de kapitaallasten van een hele verblijfsvoorziening.

## 2.3 SWZ per 1 januari 2013

In het Lente-akkoord is ervoor gekozen om geen indicaties voor de ZZP's 1-3 meer af te geven, waardoor deze zorg voortaan extramuraal wordt geïndiceerd. Per 1 januari 2013 ontvangen nieuwe cliënten die voorheen een indicatie zouden hebben ontvangen voor VV 1 t/m 3 (sector verpleging en verzorging), GGZ 1b/c t/m 3b/c (sector geestelijke gezondheidszorg), VG 1 t/m 3 (verstandelijk gehandicapten) of LVG 1 t/m 2 (jeugdig licht verstandelijk gehandicapten) een indicatie voor extramuraal zorg (in functies en klassen). Deze ZZP's worden verder aangeduid als ZZP's 1-3. Deze beleidswijziging is te typeren als het fysiek scheiden van wonen en zorg, waarbij de indicatie op verblijf voor deze groepen geheel vervalt.

De ZZP's voor zintuigelijk gehandicapten (ZG) en lichamelijk gehandicapten (LG) en sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) zijn door de staatssecretaris uitgezonderd van extramuralisering.<sup>8</sup>

Een aandachtspunt bij de uitvoering van dit voornemen is hoe de afbakening gemaakt wordt tussen de aanspraken voor nieuwe en bestaande cliënten. Zowel de toegankelijkheid van zorg voor individuele cliënten als de uitvoerbaarheid voor de betrokken uitvoeringsinstanties is hiervan afhankelijk.

## 2.4 Openstaande vragen SWZ

De NZa heeft zich bij dit advies gericht op haar eigen taken en verantwoordelijkheden. In dit advies beantwoordt de NZa de volgende vragen:

1. Welke gevolgen heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor de bekostiging van de betreffende zorg?
2. Welke financiële consequenties heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor zorgaanbieders in 2013 en de jaren daarna?
3. Welke consequenties heeft de extramuralisering van ZZP's 1-3 voor de publieke belangen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg?
4. Welke risico's ziet de NZa bij het uitvoeren van extramuralisering van ZZP's 1-3 per 1-1-2013?

---

<sup>8</sup> Zie brief van Staatssecretaris over contracteerruimte van 8 juni 2012 met kenmerk DLZ/SFI-U-3118314

### 3. Extramuraliseren van ZZP's

In dit hoofdstuk bekijkt de NZa op hoofdlijnen het zorgaanbod dat is opgenomen in de ZZP's om te beoordelen of er aanvullende maatregelen nodig zijn om de bekostiging van zorg bij invoering van scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken.

#### 3.1 Analyse extramuralisering ZZP's 1-3

Een deel van het zorgaanbod dat is opgenomen in de ZZP's 1-3 is niet noodzakelijkerwijs verbonden aan een intramurale setting. ZZP's zonder specifieke kenmerken in het cliëntprofiel waarvoor verblijf noodzakelijk is, zouden op het eerste gezicht ook extramuraal kunnen worden geleverd. Een aantal kenmerken van het zorgaanbod van deze ZZP's leidt echter tot de vraag of deze zorg zonder aanvullende maatregelen extramuraal geleverd kan worden met tenminste de huidige (zorg)kwaliteit en doelmatigheid.

Ter beoordeling van de mogelijkheid tot extramuralisering is gekeken naar de omschrijving van de ZZP's en de cliëntengroep van de ZZP's. De NZa ziet drie criteria<sup>9</sup> waardoor aanvullende maatregelen moeten worden getroffen om de ZZP's extramuraal te kunnen leveren. Deze maatregelen kunnen bestaan uit het investeringen in domotica en/of in de ontwikkeling van nieuwe extramurale zorgvormen en prestaties.

1. Permanent toezicht: intensief toezicht, en ondersteuning. Sommige cliënten vragen 24/7 zorg (op afroep) bij hun dagelijkse activiteiten. Het gaat om meermaals per dag noodzakelijke handelingen die zich niet planbaar voordoen (bijvoorbeeld hulp bij de toiletgang) of wanneer het noodzakelijk is dat zorgverleners altijd waakzaam en in de buurt moeten zijn om cliënten te ondersteunen. Zorgaanbod dat met dit criterium te typeren is, is herkenbaar aan de ZZP-omschrijvingen waarbij de verblijfskenmerken "wakende wacht, voortdurende nabijheid, beperkte sociale redzaamheid en ADL" van toepassing zijn. Het CIZ<sup>10</sup> merkt op dat vanwege doelmatigheid deze zorg het best met verblijf kan worden geleverd. Via clustering van woningen zijn dan namelijk schaalvoordelen te behalen.

2. Therapeutisch leefklimaat. Zorg die vanwege haar aard sterk aangepaste/gespecialiseerde voorzieningen nodig heeft, kan eigenlijk onmogelijk zonder verblijf worden aangeboden. Dit geldt voor zwaardere ZZP's. Binnen het Lente-akkoord zijn geen ZZP's genoemd die dit kenmerk hebben. Voor toekomstige besluitvorming kan dit criterium wel relevant zijn.

3. Beschermende/beveiligde woonomgeving. Zorg die door haar aard niet in de eigen omgeving geleverd kan worden, kan niet zonder meer aangeboden worden zonder verblijf. Voor sommige cliënten is het – ter bescherming van zichzelf of de samenleving – noodzakelijk om te behandelen op een beveiligde afdeling.

<sup>9</sup> Deze criteria zijn in bewerkte vorm overgenomen van het CVZ-signalement Scheiden Wonen en Zorg. Een iets andere duiding heeft plaatsgevonden, omdat de NZa als startpunt de bestaande ZZP's genomen, uitgangspunt voor CVZ is het besluit zorgaanspraken.

<sup>10</sup>[http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/indicatiewijzer/Indicatiewijzer\\_50.pdf](http://www.ciz.nl/sites/ciz/files/filemanager/indicatiewijzer/Indicatiewijzer_50.pdf)

Dit kan ook gedwongen gebeuren, door een BOPZ-maatregel<sup>11</sup>. Dit criterium stelt specifieke eisen aan bouw en er dient 24/7 beveiliging bij de cliënt aanwezig dient te zijn. Ter beoordeling van dit criterium is gekeken naar de opbouw van de investeringskosten van de NHC voor deze ZP's. Indien er geen toeslagen toegepast zijn, gaat de NZa er van uit dat aangepaste bouw niet noodzakelijk is en een reguliere woning of een licht aangepaste woning volstaat. Onder dit criterium valt ook het opleggen van zorg (al dan niet met verblijf). Of er sprake is van opgelegde zorg is minder goed te herkennen aan ZP-omschrijvingen, maar ook deze groep cliënten zou op basis van dit criterium een alternatieve verblijfsgrondslag moeten kunnen verkrijgen, mocht dat wenselijk zijn voor een specifieke cliënt. Een aanwijzing voor de mate waarin opgelegde zorg voorkomt binnen een cliëntenpopulatie zou de aanwezigheid van gedragsproblematiek kunnen zijn.

### **3.2 Beoordeling ZP's Lente-akkoord**

De (zorg)inhoud van de ZP's is geanalyseerd op basis van de criteria zoals genoemd in 3.1. Tabel 2 geeft weer tot welke conclusies deze beoordeling van de ZP's leidt. Hierbij moet worden vermeld dat het om een eerste globale beoordeling van de ZP 1-3 gaat. De NZa heeft bij de beoordeling gebruik gemaakt van de cliëntprofielen en omschrijving van de ZP's. In de praktijk kan de zorgbehoefte tussen cliënten met hetzelfde ZP sterk verschillen<sup>12</sup>. De NZa doet niet op cliëntniveau een uitspraak of de zorg extramuraal geleverd kan worden, maar doet dit enkel op basis van bovenstaande criteria per ZP.

---

<sup>11</sup> Opname in een kliniek op grond van de Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen

<sup>12</sup> KPMG 'Onderzoek naar de zorglevering aan cliënten met een indicatie voor ZP VV5', 2012

**Tabel 2: Globale beoordeling extramuraliseren ZZP's Lente-akkoord**

ZZP	Fysiek SWZ mogelijk per 2013	Fysiek SWZ later mogelijk
VV1	Ja	
VV2	Ja	
VV3	Misschien	Misschien
VG1	Ja	
VG2	Ja	
VG3	Misschien	Misschien
LVG1	Nee	Nee
LVG2	Nee	Nee
GGZ 1B	Ja	
GGZ 2B	Ja	
GGZ 3B	Misschien	Misschien
GGZ 1C	Ja	
GGZ 2C	Ja	
GGZ 3C	Misschien	Misschien

De NZa verwacht dat de extramuralisering van ZZP's 1 en 2 (met uitzondering van LVG1 en LVG2) geen tot weinig problemen oplevert. Deze cliëntengroepen kenmerken zich doordat ze over het algemeen redelijk zelfstandig zijn, ook wat betreft de ADL-activiteiten. De benodigde zorgverlening dient op afspraak of oproepbaar te zijn. Het zorgaanbod opgenomen in deze ZZP's kan naar verwachting extramuraal verantwoord geleverd worden, zonder dat de kwaliteit van zorg of toegankelijkheid in het geding komt.

Naar alle waarschijnlijkheid zijn voor extramuralisering van de ZZP's: VV3, VG3, LVG1, LVG2 en GGZ3B, GGZ3C, aanvullende maatregelen nodig. Kenmerkend aan het zorgaanbod dat met deze pakketten wordt geleverd, is de 'intensieve verzorging'. Dit houdt in dat de zorgverlening voortdurend in de nabijheid is en op meerdere momenten per dag wordt geboden. Cliënten die aanspraak hebben op deze pakketten hebben regelmatig hulp nodig binnenshuis (bijvoorbeeld bij wassen, kleden en toiletgang). Op basis van het criterium 'permanent toezicht' moet nader worden onderzocht hoe deze zorg in de thuissituatie kan worden geboden. Hierbij adviseert de NZa om ook de doelmatigheid van deze zorglevering mee te nemen. Zoals het CVZ opmerkt, zijn voor deze cliëntengroepen schaalvoordelen te behalen indien de zorg in een geclusterde setting wordt geleverd.

Voor de ZZP's GGZ-B en LVG1 en LVG2 constateert de NZa dat het verblijf zorg gerelateerd is. GGZ-cliënten met een ZZP-B verblijven al een jaar intramuraal ten laste van de ZVW waarna in de AWBZ sprake is van voortgezet verblijf. Cliënten die voorheen een indicatie kregen voor GGZ 1,2 of 3B krijgen na een jaar verblijf in het ziekenhuis of kliniek, extramuraal zorg. Onderzocht moet worden of extramuralisering van deze groep mogelijk is.

Cliënten met een LVG1- of LVG2-indicatie verblijven gedurende een afgebakende periode intramuraal, in een omgeving met een behandelend karakter. De cliënt wordt voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven/wonen. Daarbij is ook terug te zien in de ZZP-omschrijvingen dat deze cliëntengroep gemiddeld meer beperkingen kent dan de cliëntenpopulatie van in het Lente-akkoord genoemde ZZP's 3.

Bijvoorbeeld de aanwezigheid van gedragsproblematiek kan ertoe leiden dat het wenselijk is deze zorg niet in eigen omgeving te leveren. Extramuralisering van deze ZZP's lijkt (ook op een later moment) niet aan te bevelen.

### **3.3 Uitvoeringsmodaliteiten voor extramuralisering**

Per 1 januari 2013 ontvangen nieuwe cliënten geen indicatie meer voor ZZP's 1-3. Deze cliënten ontvangen hun zorg in de eigen woonomgeving, bekostigd met extramurale zorgprestaties. Het volledig pakket thuis (VPT) biedt de mogelijkheid om zorg extramuraal aan te bieden, maar vereist wel de indicatie verblijf en deze wordt juist niet meer afgeven aan cliënten.

#### **3.3.1 Extramurale prestaties**

Het is een mogelijkheid om de te extramuraliseren zorg te bekostigen via de bestaande extramurale prestaties. Binnen de bestaande extramurale prestaties voor de AWBZ is ruimte om voor specifieke cliënten extra maatregelen te treffen. Het gaat bijvoorbeeld om de volgende prestaties:

- Verpleging extra of speciaal;
- Persoonlijke verzorging extra of speciaal;
- Begeleiding extra of speciaal.

Van verpleging, begeleiding en persoonlijke verzorging extra is sprake als de zorgaanbieder niet alleen voorziet in planbare maar ook in onplanbare zorg. Zorgaanbieders mogen dan een hoger tarief declareren voor beschikbaarheid. Dit tarief voorziet in een vergoeding voor de tijden waarop de beroepskrachten beschikbaar zijn maar niet feitelijk met de zorgverlening bezig. Bij verpleging, begeleiding en persoonlijk verzorging speciaal is sprake van een hoger vereist deskundigheidsniveau van de beroepskracht.

De NZa kan niet inschatten in hoeverre extramuralisering van zorg leidt tot een additionele vraag naar zwaardere extramurale zorg waarvoor een hoger deskundigheidsniveau vereist is. Het inzetten van bovenstaande prestaties is een manier om de kwaliteit en veiligheid van zorg te garanderen bij extramuralisering van de ZZP's.

Een ander aandachtspunt is dat er in de extramurale zorg wordt gewerkt met tarieven per uur en in de intramurale zorg met pakketten. In tegenstelling tot de extramurale prestaties, stimuleren deze pakketten het kostenbewustzijn van zorgaanbieders bij het opstellen van een zorgplan. Met pakketten kan er eenvoudig geïndiceerd worden en kan er gesubstitueerd worden tussen zorgfuncties, zonder daar elke keer een nieuwe indicatie voor aan te vragen.

Het is de vraag of de huidige extramurale prestaties beantwoorden aan de gewijzigde situatie. De NZa adviseert VWS om op korte termijn aan de NZa de opdracht te geven om te onderzoeken in hoeverre bestaande tarieven en prestaties aanpassing behoeven. Daarnaast biedt een kostenonderzoek de mogelijkheid om voor (nieuwe) extramurale prestaties tot een (nieuwe) tariefonderbouwing te komen. In het verlengde hiervan stelt de NZa voor om de invoering van extramurale zorgpakketten (EZP's) nader te onderzoeken, gezien de voordelen van pakketten ten opzichte van de tarieven per uur. De invoering van EZP's vereist echter wel een hervorming van het bestaande systeem. Onder andere de indicaties, de ICT-systemen, de zorginkoop en de eigenbijdrage regeling moeten hiervoor worden veranderd.

Tot slot signaleert de NZa dat ook de cliëntgroepen voor de ZZP's 4 en hoger kunnen wijzigen door extramuralisering van de ZZP's 1-3. Dat betekent dat de intramurale prestaties en tarieven op korte termijn aan onderhoud toe zijn.

### 3.3.2 Volledig pakket thuis

Het volledige pakket thuis (VPT) is een integraal pakket aan zorg inclusief huishoudelijke verzorging en hotelmatige functies voor cliënten met een indicatie voor verblijf. Een cliënt heeft door het VPT de mogelijkheid om de verblijfszorg thuis af te nemen, in plaats van in een instelling. Voorwaarde voor een VPT is dat de omgeving van de cliënt voldoende is ingericht om verantwoord zorg te kunnen aanbieden. Het is aan de zorgaanbieder om hierover een besluit te nemen. Een zorgaanbieder die een VPT levert moet toegelaten zijn voor de functie verblijf. De huidige voorstellen uit het Lente-akkoord gaan uit van het vervallen van de indicatie voor verblijf. Hiermee vervalt binnen de huidige regelgeving de mogelijkheid om een VPT af te spreken voor de genoemde ZZP's.

De NZa ziet in het VPT een bruikbare bekostigingsvariant binnen het concept van scheiden van wonen en zorg. Er kan op eenvoudige wijze een EZP verkregen worden door de bestaande VPT-tarieven te schonen voor de hotelmatige functie en huishoudelijke verzorging en daarnaast de voorwaarde van indicatie voor verblijf te laten vallen. Deze variant van een EZP zou eenvoudig uit te werken zijn, maar komt te laat voor 2013. Voor 2013 is de zorginkoop al begonnen. Het is op dit moment daarom niet meer mogelijk om extra prestaties en tarieven toe te voegen.

## 3.4 Aandachtspunten fysiek scheiden van wonen en zorg

Bij fysiek scheiden van wonen en zorg verdwijnen op termijn de betreffende ZZP's, omdat de aanspraak op intramurale zorg verdwijnt. Deze ZZP's worden vervangen door extramurale zorg. Voor de bestaande cliënten blijven de huidige ZZP's voorlopig bestaan. Bestaande cliënten behouden immers hun aanspraak op het huidige pakket. De NZa ziet de volgende aandachtspunten bij het op termijn afschaffen van de bestaande ZZP's en daarmee ook de indicatie voor verblijf.

1. Volgens het CVZ<sup>13</sup> kan een cliënt aanspraak maken op verblijf indien het integrale zorgpakket, permanent toezicht, therapeutisch leefklimaat en/of bescherming niet verantwoord of doelmatig is te leveren in de eigen woonsituatie. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer een eigen woning ontbreekt (bijvoorbeeld daklozen) of ongeschikt is om zorg te kunnen leveren. Het moet worden uitgezocht in hoeverre een dergelijke constatering past binnen het concept van SWZ.

2. Bestaande cliënten met een aanspraak op ZZP 1-3 moeten zonder problemen bij een herindicatie aanspraak kunnen blijven maken op verblijf. Herindicatie moet niet leiden tot het verlies op deze aanspraak. Zeker in het geval van herindicatie naar een hogere ZZP is het verliezen van de aanspraak op verblijf een onlogische stap. De cliënt moet dan immers van een zorginstelling verhuizen naar een eigen woning, terwijl juist is vastgesteld dat de cliënt meer zorg nodig heeft.

<sup>13</sup> CVZ, Signalement scheiden van wonen en zorg (2012)

3. In het verlengde van voorgaande is ook relevant hoe wordt omgegaan met wel afgegeven, maar niet benutte indicaties. Worden deze mensen op het moment van instromen in intramurale zorg beschouwd als nieuwe cliënten die extramurale zorg ontvangen, of kunnen zij alsnog intramurale zorg krijgen?<sup>14</sup>

4. Een complexere zorgvraag vergroot het belang van goede regievoering. Een deel van de cliënten met een complexere zorgvraag wordt niet langer voor verblijf geïndiceerd. Zij zullen uit meerdere domeinen hulp moeten betrekken. Dit zonder dat één bepaald domein hiervoor een regierol toegewezen heeft gekregen.

5. In dit kader is vooral de grotere rol van de Wmo relevant. Voor deze complexere zorgvragen is het aan te bevelen om te onderzoeken of het mogelijk is om een regievoerende partij aan te wijzen, om uit één hand ondersteuning en zorg aan te bieden.

6. Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) maakt voor de bekostiging van een deel van de strafrechtelijke forensische zorg gebruik van het ZZP-bekostigingssysteem. Het gaat ook om ZZP's waarvan vooralsnog is besloten dat deze per 1 januari 2013 geëxtramuraliseerd worden. VenJ maakt geen gebruik van het AWBZ indicatie systeem om de aanspraken te bepalen en vervolgens de cliënten te indiceren en te plaatsen. Bovendien verschilt de populatie waarvoor VenJ ZZP's inkoopt van de cliëntenpopulatie die vanuit de AWBZ aanspraak maakt op de lagere ZZP's. In hoeverre SWZ op de justitiële ZZP's kan en moet worden toegepast is een beleidsmatige keuze.

### 3.5 Conclusie

Op basis van de zorgkenmerken van de cliëntprofielen is het naar verwachting mogelijk om de ZZP's 1 en 2 – met uitzondering van LVG 1 en 2 – te extramuraliseren. Voor het bekostigen van de zorgcomponent in deze ZZP's kan gebruik worden gemaakt van extramurale prestaties. Voor de overige ZZP's constateert de NZa dat extramuralisering per 1 januari 2013 additionele maatregelen vereist. Naar alle waarschijnlijkheid is het anders niet mogelijk om de zorg in de eigen omgeving verantwoord te leveren en te bekostigen. De NZa adviseert daarnaast om kostenonderzoek te doen naar de bestaande en nieuwe extramurale prestaties en ZZP's om tot een tariefonderbouwing te komen. Daarbij wil de NZa VWS in overweging geven om de mogelijkheid van extramurale zorgpakketten (EZP's) nader te onderzoeken. Door de verblijfscomponenten uit het VPT te verwijderen en de voorwaarde van een verblijfsindicatie te schrappen, zou het VPT (als basis) kunnen dienen voor EZP's.

---

<sup>14</sup> Voor de NZa-analyses verderop in dit rapport is dit overigens geen relevant onderscheid, omdat gerekend is met productiecijfers van aanbieders.



## 4. Doorrekening financiële effecten

Uitvoering van het Lente-akkoord houdt in dat de ZZP's waarvoor geen nieuwe indicatie wordt afgegeven steeds minder voorkomen en op termijn verdwijnen. Aanbieders van intramurale zorg zullen op termijn alleen ZZP's 4 en hoger intramuraal leveren. Het Lente-akkoord heeft daarom financiële consequenties voor aanbieders van intramurale zorg. In dit hoofdstuk geeft de NZa een cijfermatige inschatting van de financiële gevolgen van de maatregelen uit het Lente-akkoord voor zorgaanbieders.

### 4.1 Omvang maatregelen

Voor het verkrijgen van inzicht in de gevolgen van extramuralisering van ZZP's 1-3 is het van belang om inzicht te hebben op hoeveel cliënten en zorgaanbieders de maatregel betrekking heeft.

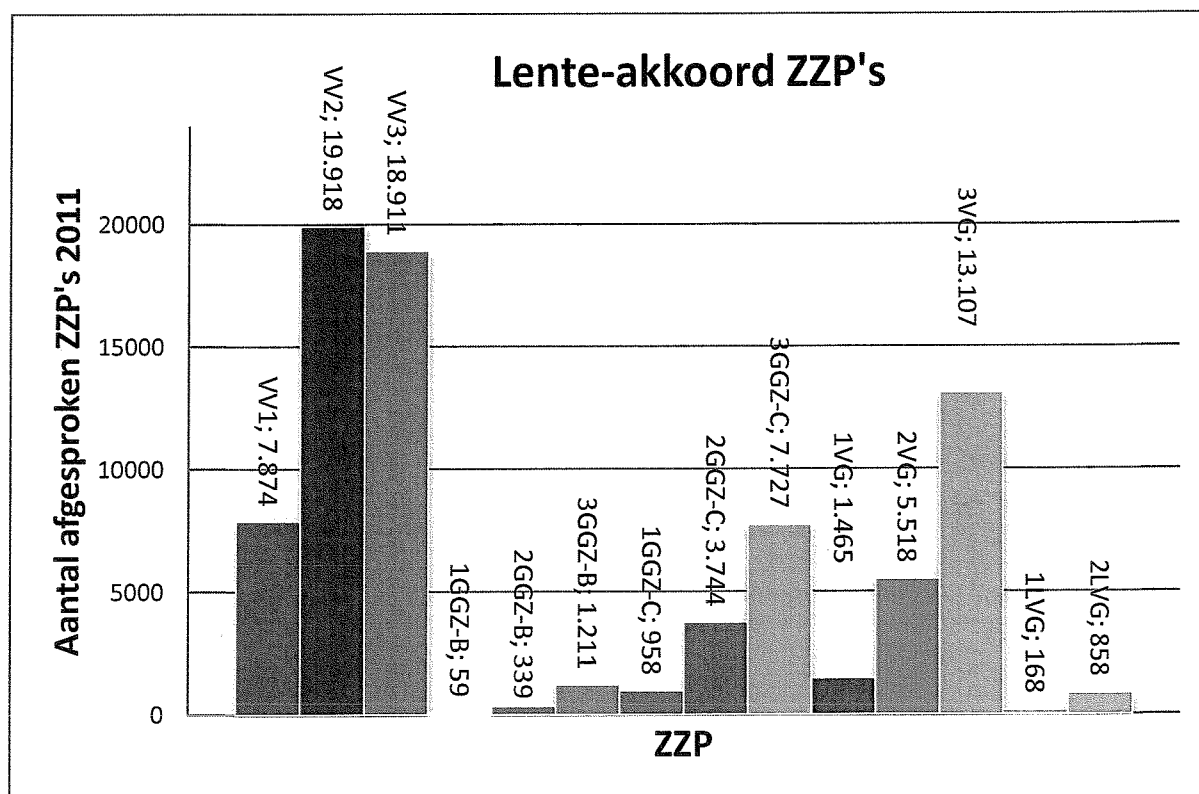
De totale capaciteit aan intramurale zorg waarvoor in 2011 in de AWBZ productieafspraken<sup>15</sup> over ZZP's zijn gemaakt bedraagt 263.041. Deze zorg werd geleverd door 904 zorgaanbieders<sup>16</sup>. Ruim 30% van het totaal aantal ZZP's (81.861) en 20% van de totale intramurale omzet, betreft de ZZP's uit het Lente-akkoord waarvoor geen indicatie meer wordt afgesproken. Dit is het totaal van het voor 2011 afgesproken ZZP's in de categorieën VV 1 t/m 3 (sector verpleging en verzorging), GGZ 1b/c t/m 3b/c (sector geestelijke gezondheidszorg), VG 1 t/m 3 (verstandelijk gehandicapten) en LVG 1 t/m 2 (jeugd lichtverstandelijk gehandicapten). In onderstaande grafiek is te zien hoe frequent de "Lente-akkoord-ZZP's" worden ingekocht door alle zorgkantoren tezamen.

---

<sup>15</sup> Uitgangspunt voor de analyses zijn de productieafspraken 2011 op basis van de beschikingsronden. Van 2012 zijn deze gegevens nog niet beschikbaar.

<sup>16</sup> Zorgaanbieders die alleen kind- en jeugd-GGZ zorg bieden zijn niet meegenomen. Deze worden wel geraakt door de voorgenomen maatregel. Echter, voor deze zorg is er nog geen sprake van bekostiging op basis van ZZP's, waardoor niets gezegd kan worden over het financiële effect.

**Grafiek 1: Frequentieverdeling van de Lente-akkoord ZZP's in 2011**



Uit de grafiek is op te maken dat het aantal afspraken over ZZP's 1-3 het grootste is in de ouderenzorg (46.073: VV1, VV2 en VV3). Het aantal indicaties en de omzet voor de ZZP's VV 1 en 2 zijn de afgelopen jaren al fors afgenomen<sup>17</sup>. Na de ouderenzorg volgen de afspraken in de gehandicaptenzorg (21.116: VG1, VG2, VG3, LVG1 en LVG2). In de langdurige geestelijke gezondheidszorg (GGZ 1b/c, GGZ 2b/c en GGZ 3b/c) bedraagt het aantal cliënten waarvoor ZZP-afspraken 1-3 worden gemaakt 14.038.

Uit de bovenstaande cijfers blijkt dat als het Lente-akkoord wordt doorgevoerd op termijn 1/3 van het aantal intramurale ZZP's extramuraal geleverd gaat worden. Dat betekent dat de omzetten en het aantal plaatsen voor intramurale zorg gaan afnemen, terwijl de budgetten voor extramurale zorg gaan toenemen. De afname van de omzet op de intramurale zorgmarkt is dan ook te zien als inherent aan extramuralisering. Aan een snelle en/of omvangrijke verschuiving kunnen transitierisico's verbonden zijn. Aanbieders hebben tijd nodig om hun bedrijfsvoering en vastgoedportefeuille aan te passen op de nieuwe situatie. Als dit (op grote schaal) niet het geval is, kan dit tot gevolg hebben dat aanbieders tijdelijk noodzakelijke inkomsten voor een kostendeekkende exploitatie mislopen of niet tijdig in staat zijn voor alle cliënten passende extramurale zorg aan te bieden.

<sup>17</sup> Zie Marktscan Intramurale AWBZ 2012 van de NZa en CIZ Basis rapportage AWBZ

Per saldo verwacht de Staatsecretaris voor 2013 € 100 miljoen op de contracteerruimte te kunnen besparen door het versneld toepassen van het scheiden van wonen en zorg. Dit lijkt beperkt<sup>18</sup> maar voor individuele intramurale zorgaanbieders kunnen de consequenties fors zijn. Het is immers de vraag of zij de intramurale omzetsderving kunnen opvangen door meer extramurale zorg te leveren.

## 4.2 Financiële effecten zorgaanbieders

Om het effect van de maatregelen uit het Lente-akkoord voor individuele zorgaanbieders vast te kunnen stellen, is bepaald welk deel van de intramurale omzet wegvalt door extramuralisering. Om deze berekening te kunnen maken heeft de NZa gebruik gemaakt van de bij haar bekende aanvaardbare kosten<sup>19</sup>. Dit is het totale AWBZ-budget van een zorgaanbieder op basis van de geldende beleidsregels. Dit budget is grotendeels in te delen in een budget voor intramurale zorg, een budget voor extramurale zorg en een budget voor kapitaallasten.

Bij de berekening van de financiële effecten per zorgaanbieder wordt de omzetwaarde (in €'s) van de te extramuraliseren ZZP's afgezet tegen de totale aanvaardbare kosten. Er is gerekend met het wegvallen van nieuwe instroom voor zorgaanbieders, niet met het wegvallen van de totale hoeveelheid "Lente-akkoord-ZZP's" per 1 januari 2013.

Uitgangspunt is dat de instroomgegevens veranderen, de uitstroom van cliënten blijft de eerste twee jaar grotendeels hetzelfde. Een individuele zorgaanbieder wordt pas met de gevolgen van het scheiden van wonen en zorg geconfronteerd indien capaciteit vrijvalt en er geen cliënten zijn om in zorg te nemen. De NZa beschikt niet over instroomgegevens op zorgaanbiedersniveau. De NZa beschikt wel over macro-instroomgegevens (in de periode 1-1-2010 tot 1-1-2011).<sup>20</sup> Gezien het ontbreken van instroomgegevens op zorgaanbiedersniveau, is met een gemiddelde instroom per jaar gerekend. De gebruikte instroomgegevens zijn opgenomen in bijlage 1. Voor wat betreft de kapitaallasten is vervolgens rekening gehouden met het ingroeimodel zoals dat geldt voor de NHC-bekostiging. Het gevolg hiervan is dat het effect op de kapitaallastomzet wordt gedempt.

Uitzondering hierop is de bekostiging van kleinschalig wonen (KSW). In tegenstelling tot grootschalige bouw vindt de bekostiging van kleinschalig wonen plaats op basis van werkelijke bezetting en is daarbij volkomen volumeafhankelijk. Deze aanbieders ontvangen geen (gedeeltelijke) nacalculatie van werkelijke kosten. Als geen nieuwe indicaties worden afgegeven voor de ZZP's 1-3 ontvangen zorgaanbieders ook voor KSW-plaatsen geen nieuwe ZZP-cliënten. In een dergelijke situatie verliezen KSW-aanbieders omzet door een verminderde productie zonder dat zij kunnen profiteren van het dempende effect van het NHC-ingroeimodel. Bij de NZa is niet bekend welke ZZP's in kleinschalige voorzieningen worden geleverd. Daardoor kunnen de budgettaire consequenties voor KSW-instellingen niet worden berekend.

<sup>18</sup> De totale gezamenlijke AWBZ-omzet van de intramurale zorgaanbieders bedraagt ongeveer € 20 miljard.

<sup>19</sup> Een zorgaanbieder kan meer omzet hebben dan puur de opbrengsten uit de AWBZ. Bijvoorbeeld opbrengsten uit de Zvw of Wmo-activiteiten.

<sup>20</sup> Idealiter wordt bij de analyse van meer recente instroomgegevens gebruik gemaakt, namelijk instroom tussen 2011 en 2012.

Voor wat betreft kleinschalig wonen is in berekeningen en grafieken uitgegaan van het aantal cliënten <sup>21</sup>in KSW voorzieningen in 2011.

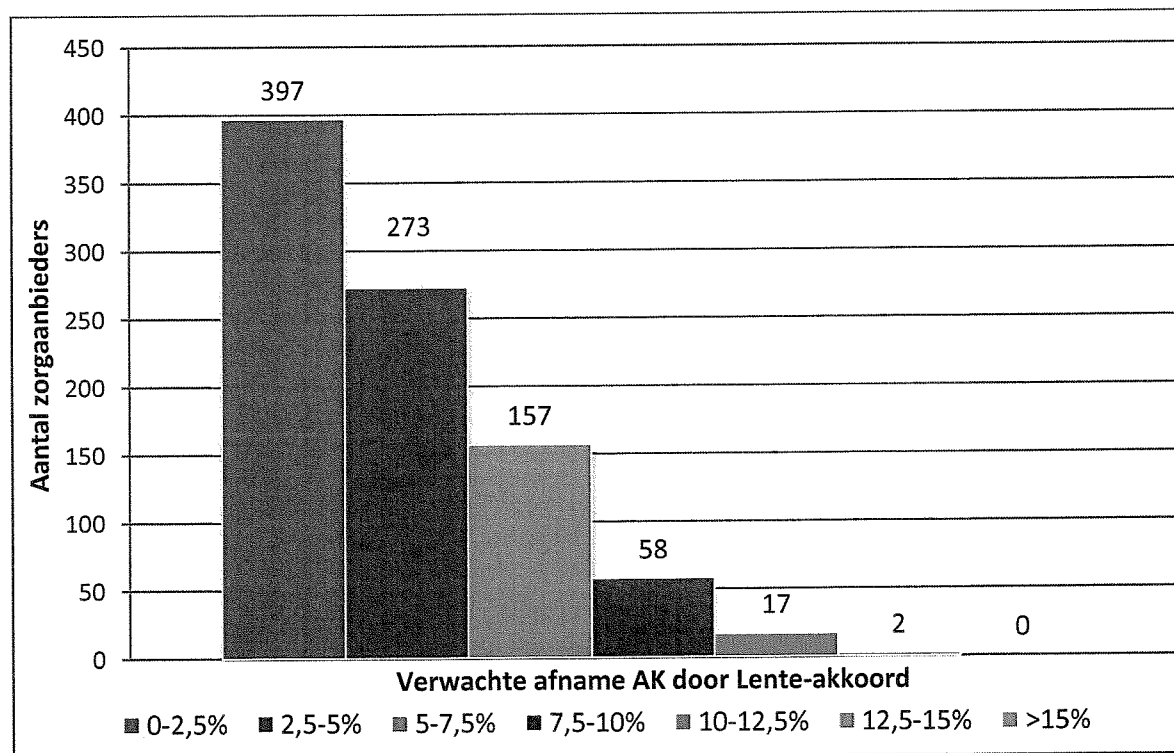
In de volgende paragrafen is op basis van het rekenmodel weergegeven in welke mate de NZa schat dat de aanvaardbare kosten kunnen dalen door het Lente-akkoord. Het daadwerkelijke effect van het Lente-akkoord voor een instelling zal anders (waarschijnlijk lager) zijn, doordat de instelling de omzetsdaling (deels) kan compenseren door bijvoorbeeld meer hogere ZZP's te leveren, (meer) extramurale zorg aan te bieden en/of de vrijgekomen ruimte in de instelling te verhuren of af te stoten. Over deze alternatieve verdien capaciteit, of de mogelijkheden tot kostenreductie kan niets met zekerheid worden gezegd. Wel is te bepalen hoeveel alternatieve omzet de zorgaanbieder moet realiseren om zijn omzet gelijk te houden via compenserende maatregelen. Dit laatste komt dan ook naar voren in de grafieken. De grafieken in dit hoofdstuk geven het worst case scenario weer.

#### 4.2.1 Effecten op aanvaardbare kosten

De gemiddelde aanvaardbare kosten van alle zorgaanbieders (904) van intramurale zorg bedraagt 22,6 miljoen euro. De aanvaardbare kosten bestaan gemiddeld voor 15,3 miljoen euro uit budget voor loon- en materiele kosten van intramurale zorg. Er zijn 806 zorgaanbieders die naast intramurale zorg ook extramurale zorg bieden. De gemiddelde extramurale omzet van deze aanbieders bedraagt 2,9 miljoen euro.

Grafiek 2 toont het effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders voor het jaar 2013, indien de zorgaanbieder geen compenserende maatregelen treft.

**Grafiek 2: Verwachte effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders in 2013 zonder alternatieve omzet.**



<sup>21</sup> Nza heeft geen informatie over welke ZZP's deze cliënten ontvangen

Te zien is dat 19 aanbieders op een totaal van 904 instellingen meer dan 10% van de aanvaardbare kosten kunnen verliezen in 2013 door het Lente-akkoord. Ongeveer een kwart van het totaal aantal aanbieders lijkt geconfronteerd te worden met een omzetzijging van meer dan 5%.

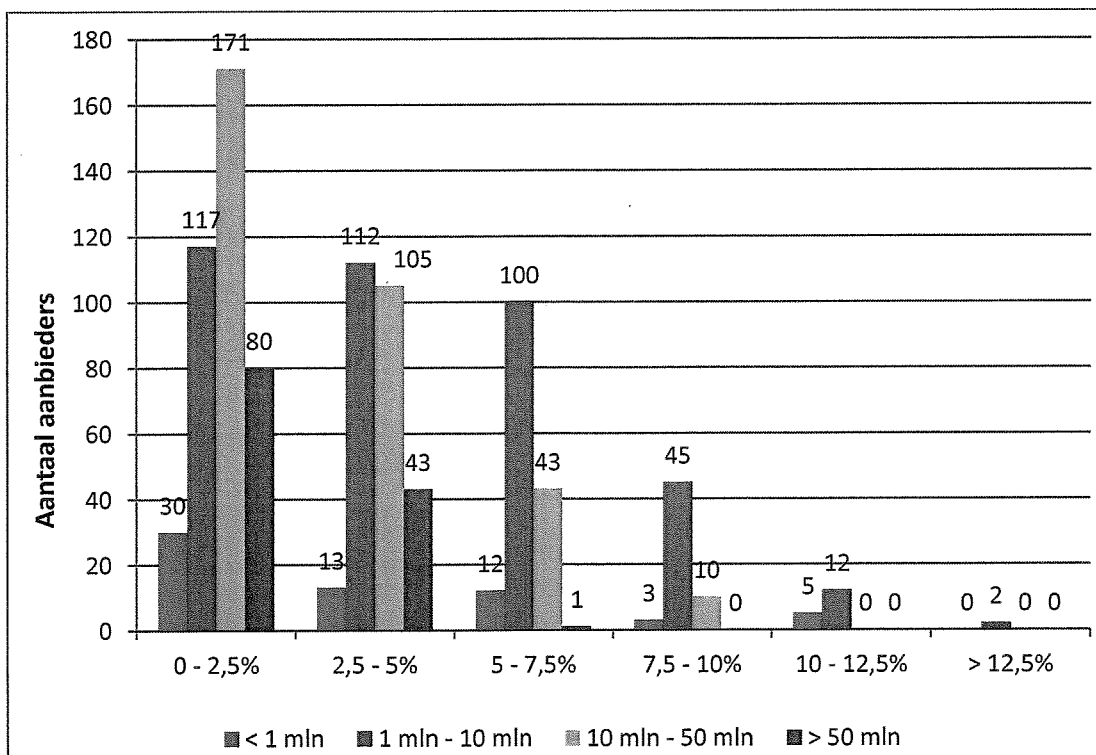
De gemiddelde aanvaardbare kosten van de groep (234) waarvoor de aanvaardbare kosten met meer dan 5% kunnen afnemen door de maatregel uit het Lente-akkoord, bedraagt 7,6 miljoen euro. Deze aanvaardbare kosten bestaan gemiddeld voor 5,2 miljoen euro uit het loon-en materiële budget voor intramurale zorg. 85% (199) van deze zorgaanbieders levert ook extramurale zorg. Gemiddeld verkrijgen deze aanbieders 0,8 miljoen euro omzet uit extramurale zorg.

Zorgaanbieders (19) waarbij de extramuralisering kan leiden tot een afname van de aanvaardbare kosten met meer dan 10%, hebben gemiddeld 2 miljoen euro aan aanvaardbare kosten. Hiervan bedraagt 1,5 miljoen euro intramurale zorg. Vijftien (79%) van deze zorgaanbieders leveren extramurale zorg, de gemiddelde omzet van de zorgaanbieders bedraagt € 75.000.

De totale verwachte omzetzijging door het niet meer indiceren van de ZZP's 1-3 bedraagt in 2013 2,5% van de totale aanvaardbare kosten van zorgaanbieders van intramurale zorg.

Uit deze cijfers en uit grafiek 3 kan opgemaakt worden dat kleinere aanbieders relatief grotere financiële consequenties ervaren van de extramuralisering dan grotere zorgaanbieders.

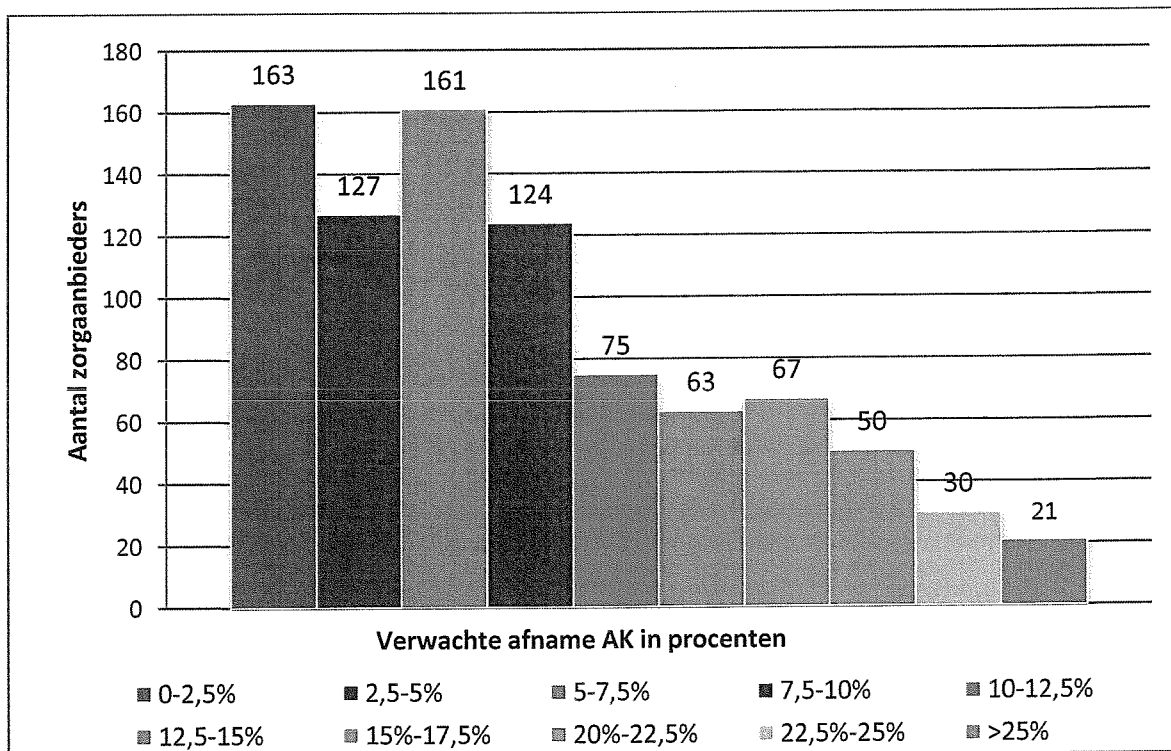
**Grafiek 3: Verwacht effect op aanvaardbare kosten 2013 naar omvang zorgaanbieders zonder alternatieve omzet**



In bovenstaande grafiek is te zien dat aanbieders met aanvaardbare kosten kleiner dan 10 miljoen euro relatief meer omzet verliezen dan aanbieders die een grotere omzet hebben. Ter illustratie: 67 van de kleinere aanbieders (14,9%) kunnen 7,5% of meer van hun aanvaardbare kosten verliezen, terwijl slechts 10 grotere aanbieders (2,2%) meer dan 7,5% van hun aanvaardbare kosten kunnen verliezen.

De verwachte effecten voor 2014 zijn opgenomen in onderstaande grafiek

**Grafiek 4: Verwachte effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders in 2014**



In 2014 zullen 614 zorgaanbieders (68%) naar verwachting een negatief effect op de aanvaardbare kosten van 5% of meer kennen. In vergelijking met 2013 is te zien dat in de groep aanbieders met meer dan 10% verwachte afname van de aanvaardbare kosten nu niet 19 aanbieders (2%) vertegenwoordigd zijn, maar 306 (34%).

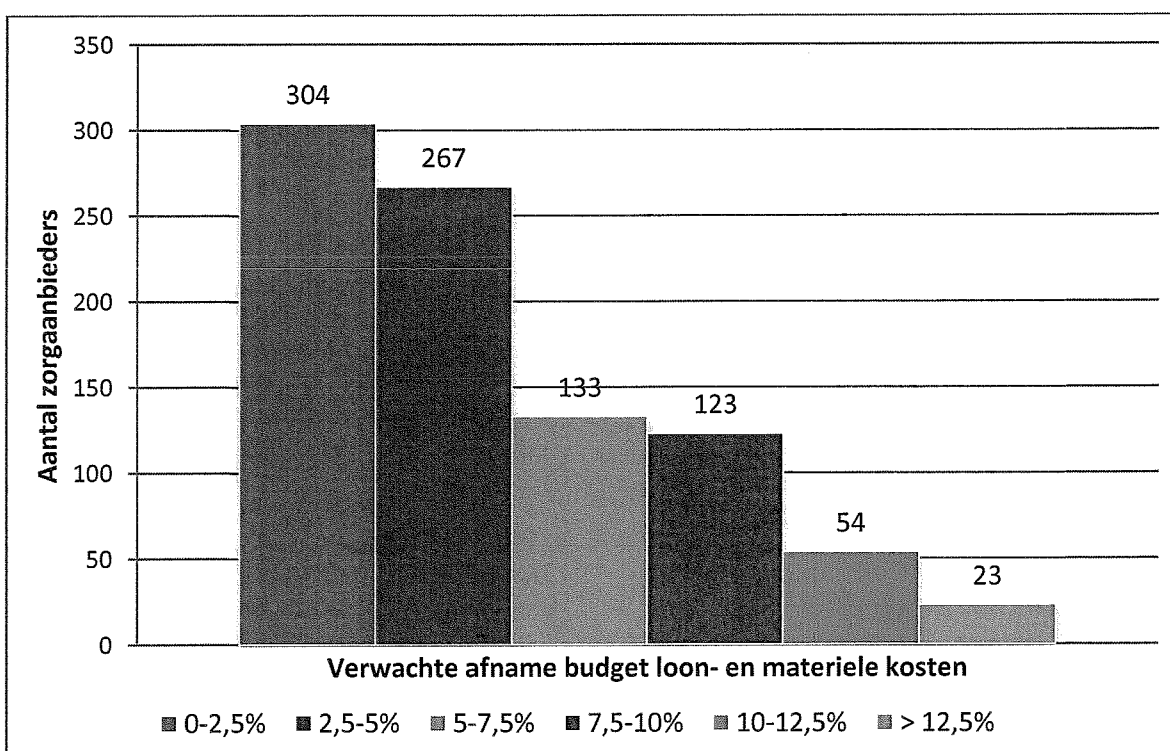
De totale verwachte omzetsderving door het niet meer indiceren van de ZZP's 1-3 bedraagt in 2014 bijna 6.5% van de totale aanvaardbare kosten van zorgaanbieders van intramurale zorg.

Het effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders neemt toe in 2014 en de jaren daarna. Enerzijds doordat het budget voor kapitaallasten in toenemende mate productie-afhankelijk wordt en anderzijds doordat het aantal cliënten dat instroomt afneemt terwijl de uitstroom op korte termijn niet wijzigt. Dit zegt alleen iets over de verwachte inkomstenstroom uit de intramurale AWBZ, niet direct iets over mogelijke financiële problemen voor zorgaanbieders. Dat is afhankelijk van individuele kenmerken van een individuele zorgaanbieder. Deze factoren zijn niet meegenomen in deze analyse.

#### 4.2.2 Effect loon- en materiele kosten

Een integraal ZZP-tarief bestaat voor een deel uit loon- en materiële kosten en voor een deel uit een vergoeding voor kapitaallasten. Maatregelen van een zorgaanbieder om de loon- en materiele kosten te beheersen kunnen binnen afzienbare tijd effect hebben. Een zorgaanbieder kan de loon- en materiële kosten. Indien geen indicaties meer worden afgegeven voor ZZP's zullen de ZZP-opbrengsten van zorgaanbieders afnemen. In onderstaande grafiek is aangegeven welk deel van het totale intra- en extramurale budget voor loon en materieel zal komen te vervallen als voor de ZZP's 1-3 geen nieuwe indicaties meer worden afgegeven en geen vervangende intra- of extramurale zorg wordt geleverd.

Grafiek 5: Verwacht effect van extramuralisering op loon- en materiële kosten in 2013 zonder alternatieve omzet



In 2013 hebben 77 zorgaanbieders een verwacht negatief effect op hun opbrengsten uit de tarieven voor loon- en materiële kosten van tenminste 10%. Het aantal aanbieders dat een afname kent groter dan 5% is 333. Dit betekent dat voor deze aanbieders tenminste 5% van het totale intramurale budget voor loon en materieel kan komen te vervallen. Zoals vermeld in paragraaf 4.2.1 is dit het *worst-case* scenario wat betreft omzetzijdering. Wellicht kan een deel van de weggevallen omzet worden opgevangen door een toename van de omzet uit extramurale zorg, huur of zwaardere/andere intramurale zorg.

#### 4.3 Financiële risico's vastgoed

In 2012 is de normatieve huisvestingscomponent (NHC) geïntroduceerd in de langdurige zorg. De kapitaallasten worden daardoor niet meer volledig op basis van nacalculatie en vergunningen vergoed. Deze vergoedingen worden op termijn volledig volume-afhankelijk.

Dat betekent dat als aanbieders geen productie leveren, zij in de toekomst ook geen vergoeding krijgen voor de kosten van het vastgoed. Om te borgen dat deze overgang van aanbodfinanciering naar prestatiebekostiging zorgvuldig verloopt, wordt in de periode tot 2018 de nacalculatie op de werkelijke kapitaallasten geleidelijk afgebouwd en neemt de afhankelijkheid van geleverde zorgprestaties toe.

#### 4.3.1 Macro-gevolgen bekostiging vastgoed

De macrokapitaallasten bedragen ongeveer 13% van de totale aanvaardbare kosten AWBZ. Doordat zorgaanbieders vanwege de overgang naar de normatieve huisvestingscomponent nog een groot deel van de werkelijke kapitaallasten krijgen vergoed op basis van nacalculatie op de werkelijke kosten is het effect op de kapitaallasten door de extramuralisering op korte termijn marginaal. Zonder de invoering van extramuralisering krijgen zorgaanbieders de totale kapitaallasten vergoed. Door de extramuralisering kan de bezetting afnemen en daarmee de vergoeding voor kapitaallasten.

Meer dan 99% van de zorgaanbieders ontvangt in 2013 na de invoering van extramuralisering 97,5% van de kapitaallasten ten opzichte van 2012. Dit komt omdat de kapitaallasten in 2013 grotendeels (80%) op basis van nacalculatie worden vergoed en voor slechts een klein deel (20%) afhankelijk zijn van de gerealiseerde zorg.

In 2014 is het effect van extramuralisering op de vergoeding van kapitaallasten aanzienlijk groter dan in 2013. In 2014 ontvangt nog 40% van de zorgaanbieders, 97,5% van de kapitaallasten die zij zou ontvangen als het Lente-akkoord niet wordt uitgevoerd. Dit komt enerzijds omdat de nacalculatie verder wordt afgebouwd en anderzijds omdat zorgaanbieders vanwege het Lente-akkoord minder (lagere) ZZP's realiseren waardoor de NHC-opbrengst lager is.

#### 4.3.2 Vastgoedrisico's door overcapaciteit

De maatregelen uit het Lente-akkoord leiden tot een verminderde vraag naar intramurale zorg. Sommige zorgaanbieders hebben het vastgoedbeleid vooruitlopend op het scheiden van wonen aan kunnen passen en hebben zodanige huurcontracten dat zij niet het risico dragen van leegstand. In het algemeen kan extramuralisering leiden tot overcapaciteit indien capaciteit niet wordt verhuurd of afgestoten. Deze mogelijke overcapaciteit gecombineerd met de veranderingen in de vergoeding van kapitaallasten kan tot de volgende financiële risico's leiden voor zorgaanbieders:

1. *Exploitatiekosten.* De vraag naar intramurale zorg zal naar verwachting afnemen. Door een vermindering van de vraag naar intramurale zorg te combineren met een toenemende mate van volumeafhankelijke financiering zullen aanbieders noodzakelijke inkomsten voor de exploitatie van hun vastgoed gaan mislopen. Gedurende de eerste jaren van deze overgang lopen bestaande aanbieders een kleiner volumerisico met hun vastgoed, aangezien een groot deel van de inkomsten gegarandeerd wordt gedekt, ongeacht de bezetting. Later zal het effect van de verminderde intramurale productie groter zijn, maar aanbieders hebben dan ook meer tijd gehad om in te spelen op deze ontwikkeling.

2. *Afboeken bedrijfswaarde vastgoed.* Doordat de vraag naar intramurale zorg daalt zullen de inkomsten van het vastgoed afnemen van aanbieders die lagere ZZP's leveren. De waarde van het vastgoed is afhankelijk van de inkomsten die ermee te genereren zijn.



Indien het vastgoed niet kostendekkend kan worden geëxploiteerd of afgestoten betekent dit dat het vastgoed van zorgaanbieders in waarde afneemt.

Dit waardeverlies moet worden afgeboekt van de balans, waardoor zorgaanbieders eigen vermogen verliezen.

Overigens hebben zorgaanbieders bij de invoering van de NHC hun vastgoed vaak al moeten herwaarderen. De invoering van scheiden wonen en zorg zou een eenzelfde effect kunnen veroorzaken, met een mogelijke stapeling van afwaarderingen tot gevolg.

**3. Herfinanciering:** Bestaande aanbieders hebben in samenspraak met banken de financiering van hun vastgoed en eventueel werkkapitaal gebaseerd op de bestaande en verwachte marktomstandigheden. Scheiden van wonen zorg heeft een acuut effect op de vraag naar intramurale zorg waardoor de voorwaarden financieringsvoorwaarden kunnen wijzigen. Twee gevolgen zijn denkbaar. Ten eerste kan het zijn dat de mogelijkheden voor financiering af zullen nemen, bijvoorbeeld omdat het vastgoed als onderpand voor een hypothecaire lening minder waard is geworden door de afboekingen als genoemd onder twee. Ten tweede zouden banken een hogere rente kunnen gaan vragen voor financieringen, gezien de toegenomen onzekerheden in de markt. Beide effecten hebben tot gevolg dat de financiering en exploitatie van vastgoed bij onvoldoende eigen vermogen op korte termijn kan leiden tot financiële problemen voor zorgaanbieders.

Bovenstaande risico's zijn van toepassing op bestaande aanbieders. Nieuwe aanbieders worden volledig bekostigd op basis van geleverde prestaties. Zij zijn daardoor volledig risicodragend over nieuw vastgoed en hebben daarom in veel sterkere mate last van eventuele exploitatieproblemen<sup>22</sup>. Het is bij een krimpende markt voor intramurale zorg niet waarschijnlijk dat nieuwe aanbieders zullen toetreden. Bovendien hebben bestaande aanbieders al veel kosten gemaakt (*sunk costs*) en zullen daarom een groot belang hebben om hun marktaandeel te verdedigen. Dit maakt dat zij hogere kosten of lagere opbrengsten zullen accepteren dan nieuwe aanbieders.

#### 4.4 Effecten zorgkantoorregio's

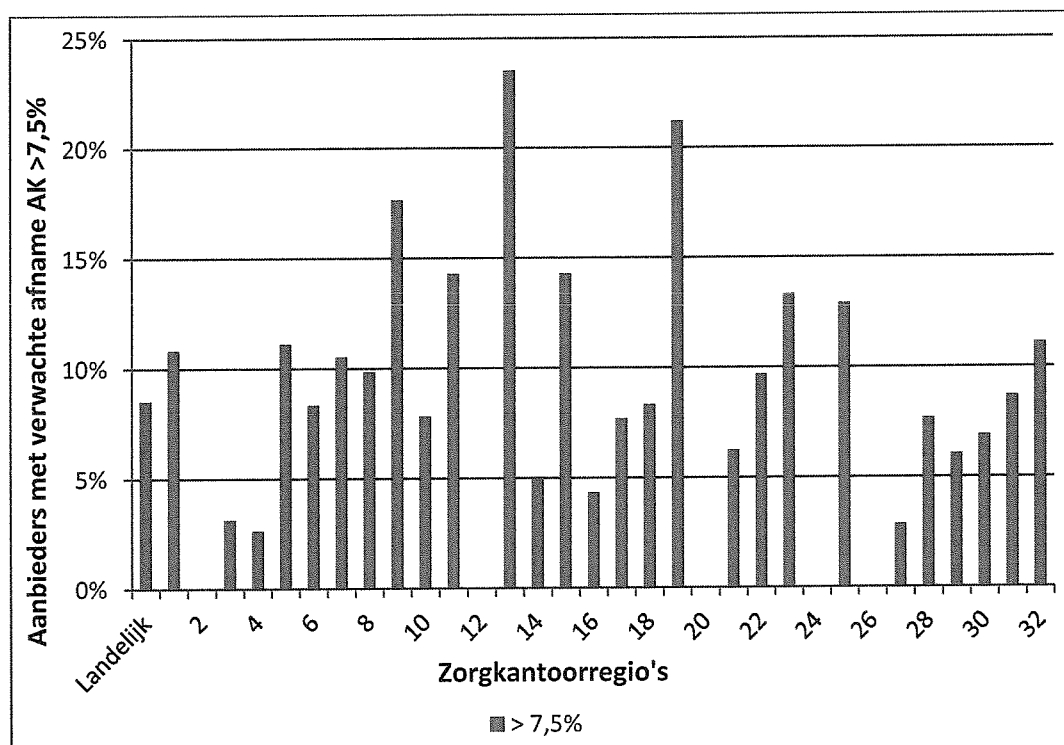
Zorgverzekeraars hebben een wettelijke zorgplicht en zijn daarmee verantwoordelijk voor de continuïteit van zorg. Zoals uit voorgaande paragrafen blijkt, hebben de maatregelen uit het Lente-akkoord een direct effect op de aanvaardbare kosten 2013 van zorgaanbieders. Indien de zorgaanbieders hier niet voldoende op (kunnen) anticiperen door alternatieve omzet te genereren of kosten te verlagen zou dit kunnen leiden tot een faillissement. Een zorgkantoor (of de verzekeraar/concessiehouder) kan in sommige situaties problemen krijgen met het vervullen van de zorgplicht als zorgaanbieders failliet gaan en er niet voldoende zorg voor zijn verzekerden beschikbaar is. De kans dat een zorgkantoor niet langer aan zijn zorgplicht kan voldoen is op zich niet groot omdat zorgaanbieders door het scheiden van wonen en zorg worden geconfronteerd met intramurale overcapaciteit. Deze overcapaciteit kan in geval van een faillissement worden aangewend om de continuïteit van de zorg te borgen.

<sup>22</sup> Wel zullen toetreders in veel mindere mate gevolgen ondervinden van onrendabele of overtallige infrastructuur.

Landelijk gezien is het percentage zorgaanbieders waarop de extramuralisering een effect heeft van minder dan 5% op aanvaardbare kosten in 2013 iets meer dan 70%. Er zijn verschillen per zorgkantorregio. Om de verschillende zorgkantorregio's met elkaar te kunnen vergelijken is in grafiek 6 per regio aangegeven welk percentage aanbieders kan worden geconfronteerd met een verwachte afname van de aanvaardbare kosten van meer dan 7,5%.

Zorgkantorregio's met een hoog percentage in deze grafiek, hebben een grotere kans om problemen te ervaren met de continuïteit van de zorg omdat zorgaanbieders uit de regio harder kunnen worden getroffen door het scheiden van wonen en zorg.

**Grafiek 6: Regionale verdeling aanbieders met 7,5% of meer verwachte afname van de aanvaardbare kosten in 2013**



#### 4.5 Continuïteit van zorg

Uit voorgaande paragrafen blijkt dat het doorvoeren van het Lente-akkoord financiële gevolgen kan hebben voor zorgaanbieders. Het is niet uitgesloten dat enkele bestaande aanbieders van intramurale zorg failliet kunnen gaan.

Faillissementen kunnen consequenties hebben voor de continuïteit van noodzakelijke zorg. Met ingang van 1 januari 2013, na inwerkingtreding van de AMvB beschikbaarheidsbijdrage, wijzigt het steunbeleid. Het steunbeleid wordt vervangen door een regeling waarbij na faillissement van een zorgaanbieder de continuïteit van cruciale zorg wordt door het oprichten van een zogenaamde vangnetstichting. De gehele AWBZ, zowel intramuraal als extramuraal, is aangemerkt als cruciale zorg.

Indien een zorgverzekeraar/zorgkantoor na het faillissement niet in staat is om de continuïteit van cruciale zorg te borgen, en bij de NZa een terecht beroep doet op overmacht om aan zijn zorgplicht te voldoen, wordt door de overheid een vangnetstichting opgericht die voorziet in de continuering van cruciale zorg. De vangnetstichting die de zorg van de failliete zorgaanbieder overneemt kan vervolgens bij de NZa een beschikbaarheidsbijdrage aanvragen voor de (cruciale) zorg die ook na de extramuralisering onder de AWBZ valt.

De NZa constateert dat het nieuwe steunbeleid in incidentele gevallen voorziet in adequate afhandeling van eventuele faillissementen en indien nodig ook de continuering van cruciale zorg.

#### **4.6 Conclusie**

De voornemens voor het scheiden van wonen zorg uit het Lente-akkoord hebben financiële consequenties voor zorgaanbieders van intramurale zorg en kunnen daarmee een effect hebben op de continuïteit van de zorg. De financiële gevolgen van extramuralisering zijn het grootst voor de kleinere zorgaanbieders. Een aantal van deze zorgaanbieders biedt op dit moment geen extramurale zorg. De berekeningen zijn echter gebaseerd op het *worst-case* scenario dat zorgaanbieders geen alternatieve omzet generen voor de afnemende instroom van intramurale cliënten. Het samenvallen van extramuralisering van ZZP's 1-3 met de invoering van de NHC versterkt het financiële effect van het beleidsvoorstel.

Een aanzienlijk deel van de intramurale omzet vervalt naar verwachting door het Lente-akkoord. Mochten zorgkantoren niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht dan kan in incidentele situaties waarbij de continuïteit van cruciale zorg in gevaar komt door exploitatietekorten veroorzaakt door het Lente-akkoord, worden terug gevallen op de regeling voor een vangnetstichting.



## 5. Veranderende markt voor intramurale en extramurale zorg

Door de invoering van scheiden van wonen en zorg verandert de vraag naar en daarmee ook het aanbod van intramurale en extramurale zorg. Het is van belang om inzicht te hebben in het functioneren van de markt om conclusies te trekken over de verwachte uitkomsten in termen van bijvoorbeeld doelmatigheid. Dit hoofdstuk beschrijft de veranderende marktverhoudingen en de verwachte marktgedragingen van partijen. In deze analyse wordt onderscheid gemaakt tussen de markt voor intramurale zorg en de markt voor extramurale zorg.

### 5.1 Marktverhoudingen

#### *Extramurale zorgmarkt*

Naar verwachting zal de vraag naar extramurale zorg in omvang toenemen doordat ongeveer 1/3<sup>e</sup> van de zorg waarvoor voorheen een indicatie voor intramurale zorg werd afgegeven een indicatie voor extramurale zorg gaat ontvangen. Het is redelijkerwijs te verwachten dat de groep cliënten die voorheen intramuraal werd verzorgd (als gevolg van (zelf)selectie) een gemiddeld zwaardere zorgbehoefte heeft dan de groep cliënten die op dit moment extramuraal zorg ontvangt. Deze twee effecten samen zorgen voor een stijging van de vraag naar extramurale zorg.

Naar verwachting kunnen aanbieders van extramurale zorg profiteren van de toegenomen vraag naar hun diensten, door hun dienstverlening uitbreiden. Zij beschikken over de kennis- en vaardigheden voor het leveren van de gevraagde zorgprestaties. Aanbieders met zowel intramurale als extramurale zorg kunnen een integraal aanbod van wonen en zorg leveren, alsmede zorg in de eigen omgeving. Naast de mogelijkheid van het behalen van schaalvoordelen, kunnen deze aanbieders de overgang van extramuralisering voor wat betreft personele capaciteit wellicht het beste opvangen. Bovendien heeft deze groep aanbieders een groot belang om zijn opbrengsten op korte termijn om te buigen. Omdat toetreding op deze markt behoudens de aanwezigheid van zorginfrastructuur relatief weinig investeringen vergt (bijvoorbeeld geen vastgoed) en de vraag snel groeit, kunnen op termijn veel nieuwe aanbieders toetreden.

#### *Intramurale zorgmarkt*

Op de markt voor intramurale zorg zijn aanbieders actief die alleen intramurale zorg leveren en aanbieders die zowel intramurale als extramurale zorg leveren. Door de voorgenomen extramuralisering van ZZP's 1-3 zal in eerste instantie sprake zijn van overcapaciteit bij deze aanbieders en is er naar verwachting voldoende aanbod. De NZa verwacht dat onder deze omstandigheden geen of nauwelijks nieuwe zorgaanbieders zich zullen vestigen. Echter, zolang de gevestigde zorgaanbieders hun vastgoed nog niet hebben afgeschreven behouden ze de kosten van de bestaande (overtollige) infrastructuur en vastgoed, terwijl de instroom van nieuwe cliënten stopt.

Het is op dit moment niet duidelijk welk effect deze factoren zullen hebben op de prijsontwikkeling van intramurale zorg op de korte en lange termijn.

Door het extramuraliseren van de ZZP's 1-3 zal een verschuiving optreden in de instroom van ZZP's. Immers, de ZZP's 4 zullen nu de laagste verblijfs categorie gaan worden. Het is een reële mogelijkheid dat cliënten of indicatieorganen vaker van deze ZZP's gebruik gaan maken, om toch intramurale opvang te kunnen bieden voor cliënten die dat nodig hebben. Deze "weglek" naar hogere of andere ZZP's kan in grote mate, maar niet geheel, worden voorkomen door bij de indicatiestelling hiermee rekening te houden. Een deel van de omzetsdaling zal hiermee teniet gedaan kunnen worden. Ook is het - gezien de vergrijzing te verwachten dat de vraag naar (zwaardere) ouderenzorg toeneemt. Steeds meer ouderen blijven langer thuis wonen. Wanneer thuis wonen niet meer verantwoord is zullen deze cliënten instromen in een zwaardere ZZP. Zorgaanbieders kunnen een deel van de capaciteit die vrijvalt door de verminderde instroom van de ZZP's 1-3 benutten voor het leveren van de ZZP's V&V 4 en hoger.

Voor het effect van extramuralisering op de intramurale zorgmarkt is ook het gedrag van aanbieders van belang. Voor de strategische beslissingen is voor bestaande aanbieders van intramurale zorg de mate waarin zij voor omzet afhankelijk zijn van ZZP's 1-3 relevant. Stel dat een aanbieder 90% van zijn intramurale omzet uit ZZP's 1-3 verkrijgt, dan zal deze naar alle waarschijnlijkheid zijn totale intramurale capaciteit afstoten bij het invoeren van SWZ. Aanbieders die slechts een beperkt deel van hun intramurale omzet uit ZZP's 1-3 halen, kunnen vrijgekomen vastgoed inzetten om hogere ZZP's te leveren of de plaatsen te verhuren. De strategische beslissingen van instellingen zijn op dit moment moeilijk voorspelbaar. De uitkomsten ervan zijn wel van grote invloed op de uiteindelijke beschikbaarheid en prijs van intramurale zorg.

Tot slot is de wijze waarop woon- en zorgarrangementen al dan niet gecombineerd worden aangeboden relevant voor de wijze waarop cliënten zorg kunnen afnemen. In bijlage 2 is hierover een casus met jurisprudentie opgenomen.

## **5.2 Gevolgen voor gemeenten**

Bij zorg met verblijf is op dit moment sprake van een integraal pakket voor wonen en zorg ten laste van de AWBZ. Bij fysiek scheiden van wonen en zorg is er een splitsing tussen de zorginkoop door het zorgkantoor en de gemeente die op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk is voor de ondersteuning in het dagelijkse leven. Fysiek scheiden van wonen en zorg heeft consequenties voor het beroep op de Wmo. De Wmo is een voorzieningenwet en regelt dat mensen met een beperking de voorzieningen, hulp en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen. Cliënten kunnen een beroep doen op de Wmo voor bijvoorbeeld (structurele) aanpassingen in de thuissituatie, het leveren van maaltijden, hulp in het huishouden en vervoersvoorzieningen.

Doordat cliënten langer in de eigen omgeving blijven wonen zal een groter beroep worden gedaan op de voorzieningen die geleverd worden op basis van de Wmo. De NZa kan op dit moment geen inschatting maken van de omvang van het additionele beroep op Wmo-voorzieningen.

Het is de vraag welke instantie de regierol voor de coördinatie van complexe(re) zorgvragen krijgt toegewezen (zie hoofdstuk 3). Om verantwoorde zorg te leveren is in ieder geval een nauwe samenhang tussen AWBZ-zorg en Wmo voorzieningen vereist.

### **5.3 Conclusie**

De extramuralisering van ZZP's 1-3 leidt tot veranderingen op de markt voor extramurale en intramurale zorg. Zorgaanbieders zullen inspelen op de groeiende vraag naar extramurale zorg. Hoe scheiden van wonen en zorg precies uitpakt op de gehele bestaande intramurale woon- en zorgcapaciteit is moeilijk te voorspellen. De extramuralisering zal leiden tot een groter beroep op de Wmo en de extramurale AWBZ-zorg.





## 6. Borging publieke belangen

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het effect van de extramuralisering van ZZP's 1-3 op de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid.

### 6.1 Toegankelijkheid van zorg

Door het Lente-akkoord zal voor nieuwe indicaties intramurale zorg in de lagere ZZP's voortaan extramuraal – buiten de instelling – moet worden geleverd. Dit heeft mogelijk een effect op de beschikbaarheid van woningen en zorg. In deze paragraaf worden de gevolgen van scheiden van wonen en zorg voor de toegankelijkheid van zorg beschreven.

In het onderstaande laten we de beschikbaarheid van woonruimte voor ZZP LVG1 en LVG2 buiten beschouwing. Zoals aangegeven in hoofdstuk 3 is het extramuraliseren van deze ZZP's niet aan te bevelen.

#### 6.1.1 Beschikbaarheid zorg

Vanaf 1 januari 2013 zal voor nieuwe indicaties zorg extramuraal beschikbaar moeten zijn, waar deze in de huidige situatie intramuraal wordt geleverd. Dit betekent dat de vraag naar extramurale zorg gaat toenemen, ten koste van de vraag naar intramurale zorg. Voor de toegankelijkheid van zorg is het van belang dat de markt voor extramurale zorg de additionele vraag naar extramurale zorg kan opvangen.

Zorgkantoren zijn uit hoofde van hun zorgplicht wettelijk verplicht om voldoende extramurale zorg in te kopen voor de verzekerden in hun regio. Echter, het zorgaanbod zou zich op korte termijn moeten aanpassen aan de groeiende vraag naar extramurale zorg. Zorgaanbieders die al extramurale zorg bieden zullen hier snel op kunnen inspelen. Het is niet de verwachting dat zorgaanbieders van alleen intramurale zorg zich zo snel accommoderen aan de extra vraag naar extramurale zorg. Aanpassing van de organisatie op deze beleidswijziging kost tijd. Zorgaanbieders moeten extra personeel werven en nieuwe cliënten. Mogelijk kan een deel van het benodigde personeel worden opgevangen door personeel dat momenteel intramuraal werkzaam is. Echter, niet al het intramurale aanbod is per 2013 direct beschikbaar voor extramurale zorg waardoor de overgang naar extramurale zorg geleidelijk kan plaatsvinden.

De instroom voor extramurale zorg zal regionaal verschillen en daarmee ook de toegankelijkheid per regio. Per 2013 zijn tijdelijke regionale en/of doelgroep specifieke toegankelijkheidsproblemen niet uit te sluiten. Niet het aantal aanbieders, maar met name de gevraagde expertise voor een veranderde extramurale zorgvraag zou mogelijk aanpassingstijd kunnen vergen van aanbieders. Of dit daadwerkelijk gebeurt is moeilijk te voorspellen.

Het is te verwachten dat op de langere termijn het aanbod zich aanpast aan de vraag, zeker gezien het feit dat zorgverzekeraars hier een wettelijke taak in hebben. Naar verwachting ontstaat daarom door het Lente-akkoord geen structureel toegankelijkheidsprobleem. Overigens zijn op dit moment geen problemen met de toegankelijkheid van extramurale zorg. Uit de meest recente marktscan extramurale AWBZ-zorg blijkt dat ruim 90% van de cliënten in 2010 binnen de Treek-normen zorg kon ontvangen. In de volgende marktscan zal de NZa de toegankelijkheid van extramurale zorg wederom beoordelen.

### **6.1.2 Beschikbaarheid adequate woningen**

De beschikbaarheid van voldoende adequate woonruimte waar de zorg extramuraal geleverd kan worden, is een randvoorwaarde voor het invoeren van fysiek scheiden van wonen en zorg. Het realiseren van voldoende aanbod van adequate huisvesting is daarmee een opgave voor het volkshuisvestingsbeleid en niet langer van het zorgbeleid.

Nieuwe cliënten dienen gebruik te maken van de huidige woning of te verhuizen naar een geschikte woning als eigen woning daartoe geschikt is. Er kan een aantal doelgroepen worden onderscheiden waarbij het woningaanbod meer problematisch wordt door het scheiden van wonen en zorg:

- Cliënten zonder eigen woning kunnen thuis geen zorg ontvangen. Het gaat bijvoorbeeld om daklozen en sommige ex-gedetineerden. Dit geldt ook voor cliënten die voorheen in beschermde woonvormen van de maatschappelijke opvang (MO) verbleven. Ook kan een probleem ontstaan met de toegankelijkheid van adequate woonruimte voor jongeren van 18-22 jaar die geen inkomen hebben en zorg behoeven. Deze groep heeft geen recht op een bijstandsuitkering of huursubsidie. Als zij niet kunnen terugvallen op hun familie, hebben deze jongeren vaak geen woning waar zij zorg kunnen ontvangen.
- Indien de woning niet geschikt is om de zorg te leveren, kan de zorg niet in de bestaande thuissituatie worden geleverd. Aanpassing van de woning is mogelijk, maar dit kost tijd en de afweging moet worden gemaakt of de kosten in verhouding staan tot de baten.

De meeste ZZP's waarvoor per 1 januari 2013 extramuralisering gaat gelden volgens het Lente-akkoord, behoeven geen (omvangrijke) aangepaste verblijfsvoorzieningen. Dit is af te leiden uit de omschrijvingen van de NHC's die opgenomen zijn in de ZZP's<sup>23</sup>. Waar aanpassingen aan de woning of het treffen van voorzieningen nodig zijn om in de zorgbehoefte te voorzien, kan gebruik gemaakt worden van de vergoedingen op basis van de WMO of van de beleidsregel zorginfrastructuur.

Voor een aantal ZZP's 3 wordt in de NHC-bekostiging rekening gehouden met aangepaste omgevingen. Sterk aangepaste (gespecialiseerde) voorzieningen zijn kostbaar. Een voorwaarde voor het doelmatig scheiden van wonen en zorg is om de kosten van noodzakelijke aanpassingen aan een woning af te zetten tegen de kosten van intramurale zorg. Het gaat bij de ZZP's 3 die genoemd zijn in het Lente-akkoord echter om de lagere NHC's.

Dit doet vermoeden dat dergelijke aanpassingen ook in een extramurale omgeving doelmatig gerealiseerd zouden kunnen worden.

---

<sup>23</sup> Zie [www.nza.dossier](http://www.nza.dossier) kapitaallasten

Samenwerking tussen provinciale en gemeentelijke overheden met woningcorporaties en zorginstellingen blijft vereist, om voldoende adequate woningen voor de 'nieuwe' cliënten beschikbaar te hebben. Voor het bestaande intramuraal woningaanbod voor lagere ZZP's zal immers een extramuraal alternatief beschikbaar moeten zijn.

## 6.2 Betaalbaarheid

Ook de financiële toegankelijkheid van zorg en wonen voor individuele cliënten wordt beïnvloed door de extramuralisering van ZZP's 1-3. Scheiden van wonen en zorg leidt tot een verschuiving van uitgaven van publieke bekostiging naar private bekostiging. Dit hoofdstuk besteedt aandacht aan de algemene betaalbaarheid van zorg en wonen vergeleken met de huidige situatie.

### 6.2.1 Verschuiving van woon- en zorglasten

Voor een aantal ZZP's wordt geen indicatie meer afgegeven, waardoor de kosten van verblijf niet meer uit de AWBZ worden bekostigd. De AWBZ-uitgaven nemen daardoor af, wat leidt tot een verlaging van het BKZ-langdurige zorg. Deze daling in de uitgaven wordt de eerste jaren gedeeltelijk gedempt door het overgangsregime voor de kapitaallasten, doordat een deel van de kapitaallasten wordt vergoed ongeacht de hoeveelheid zorg die wordt verleend.

Bovendien zullen de uitgaven aan extramuraal zorg stijgen door de extramuralisering. Er moeten meer cliënten extramuraal behandeld worden en deze zullen ook mogelijk hogere kosten vergen dan de bestaande extramuraal cliënten.

Tegenover een afname van de AWBZ-uitgaven staat dat (een deel van) de besparing ergens anders als kosten neerslaat. Dit zijn kosten die samenhangen met het verlenen van zorg in de eigen omgeving, verminderde opbrengst uit de eigen bijdragen AWBZ, hogere uitgaven aan huurtoeslag en hogere uitgaven aan huishoudelijke verzorging voor gemeenten (Wmo). Ook zullen gemeenten aan inwoners van een beschermde woonzorg die nu een zakgelduitkering per maand ontvangen, straks een uitkering moeten betalen die fors hoger is. Daarbij is de verwachting dat de intramuraal prijzen op korte termijn niet dalen, terwijl die voor extramuraal zorg waarschijnlijk stijgen. Het netto-effect van het extramuraliseren van de ZZP's 1-3 op de Rijksbegroting is daardoor minder groot dan het effect op het BKZ-langdurige zorg.

Door verblijf minder uit publieke middelen te bekostigen verschuiven deze uitgaven naar het private domein. Dit betekent dat cliënten de kosten voor de eigen omgeving (huisvesting en voeding) moeten dragen, waar dit voorheen uit de AWBZ werd bekostigd. Daar staat tegenover dat cliënten een lagere eigen bijdrage gaan betalen. De NZa zal niet ingaan op de inkomenseffecten van individuele cliënten, aangezien dit buiten het werkkterrein van de NZa ligt.

De totale uitkomst van deze herverdeling is zeer complex. Het is daardoor moeilijk te voorspellen hoe andere prikkels leiden tot andere macro-uitgaven.

## 6.2.2 Kostenbeheersing

Kostenbeheersing wordt hier opgevat als enerzijds het beperken van de uitgaven tot een bepaald kader en anderzijds de ontwikkeling van het uitgavenkader in de loop van de tijd. De kosten zijn in een bepaald jaar beheerst wanneer het kader van dat jaar niet wordt overschreden (in geval van de langdurige zorg is dat het BKZ-langdurige zorg). De kosten zijn in de loop der jaren beheerst wanneer de uitgavenontwikkeling in de loop der jaren acceptabel wordt gevonden. Welke uitgavenontwikkeling acceptabel wordt gevonden, is een politieke keuze.

De extramuralisering heeft effect op de kostenbeheersing. Doordat voor een deel van de ZZP's de kosten van verblijf niet meer uit de AWBZ worden bekostigd nemen de AWBZ-uitgaven af. Wanneer de baten van het niet intramuraal leveren van ZZP's 1-3 de kosten van de additionele extramurale zorgaanspraken in functies en klassen overstijgen, leidt dit tot een verlaging van het BKZ-langdurige zorg. Drie aandachtspunten hierbij zijn:

1. Doelmatigheid: Het is te verwachten dat de kosten om een uur extramurale zorg te leveren hoger zijn dan in de intramurale zorg als gevolg van reistijd en inzet van hulpmiddelen/technologie/zorgverleners. Zie ook het vervolg van deze paragraaf.
2. Lagere extramurale zorgbehoefte: In de extramurale setting is het uitgangspunt dat de behoefte van de cliënt in zijn specifieke situatie centraal staat: die zorg en dienstverlening wordt geleverd die niet door de cliënt zelf en zijn omgeving (mantelzorg) kan worden gerealiseerd. In een extramurale setting zal naar verwachting een groter deel van de zorgbehoefte via informele zorg worden verzorgd dan in een intramurale setting.
3. Cliënten gaan een eigen bijdrage leveren voor extramurale zorg. Deze is aanzienlijk lager dan de eigen bijdrage voor intramurale zorg.
4. De laagst beschikbare ZZP's met verblijf worden in het vervolg de ZZP's 4. Dat betekent dat cliënten die geïndiceerd worden voor verblijf een ZZP4 krijgen, terwijl deze mogelijk in de oude situatie met een minder omvangrijk ZZP toe zouden kunnen. Deze opwaartse druk op de indicatiestelling zou kunnen leiden tot een toename van de kosten.

*Verwachte prijsontwikkeling en doelmatigheid op korte en lange termijn*  
Welke gevolgen de veranderende extramurale zorgmarkt heeft op de prijs van zorg, hangt af van de gedragingen van de partijen en de mate waarin de markt geconcentreerd is. Het is de vraag of op korte termijn de toename van de vraag naar extramurale zorg door aanbieders volledig kan worden opgevangen. Er moet immers op korte termijn veel extra aanbod worden gecreëerd.

Dit zal tijd kosten, bijvoorbeeld om extra personeel te werven. Zeker gezien de verwachting dat een deel van het extramuraal benodigde personeel nu nog intramuraal werkzaam is. Door krapte op de markt voor extramurale zorg zouden de prijzen op korte termijn richting de vastgestelde maximumtarieven kunnen gaan bewegen.

Echter, de toetredingsbarrières voor het leveren van extramurale zorg zijn relatief laag. Nieuwe aanbieders van extramurale zorg (waaronder zelfstandigen zonder personeel) kunnen vrij makkelijk toetreden tot de markt doordat de opstartkosten beperkt zijn. Er is bijvoorbeeld vrijwel geen vastgoed nodig. Bestaande aanbieders van extramurale zorg en nieuwe toetreders kunnen op termijn de extra vraag naar zorg opvangen. Dit heeft op termijn een dempende werking op de prijs.

Naar alle waarschijnlijkheid is extramurale zorg per uur geleverde zorg in potentie duurder dan intramurale zorg: de kosten om een uur zorg te leveren liggen in de extramurale zorg hoger dan in de intramurale zorg. Dit komt door twee effecten: reistijd en inzet van hulpmiddelen/technologie/zorgverleners (schaalnadelen). De hierdoor veroorzaakte kostenverschillen zullen hoger zijn naarmate vaker en meer ongepland zorg moet worden geleverd. Voor wat betreft hulpmiddelen en technologie geldt dat deze in een intramurale setting meestal efficiënter kunnen worden ingezet dan in een extramurale setting. Grote, niet makkelijk vervoerbare apparatuur moet in de extramurale setting bij de cliënt thuis aanwezig zijn en kan door één cliënt tegelijk worden gebruikt. In een intramurale setting kan een deel van de apparatuur voor meerdere cliënten worden gebruikt. Dezelfde zorg wordt dus per uur niet (per se) goedkoper.

### 6.2.3 Zorginfrastructuur

Om extramuralisering te bevorderen, bestaat voor AWBZ-zorgaanbieders de mogelijkheid om een vergoeding aan te vragen voor de kosten van zorginfrastructuur. Hierbij valt te denken aan kosten om personeel te faciliteren, zoals de kosten van een zusterpost. De zorgaanbieder kan een vergoeding aanvragen op basis van de beleidsregel 'Zorginfrastructuur'. De beleidsregel geeft aan dat het volgende onder zorginfrastructuur wordt verstaan:

- Ruimten voor het 'halen' en 'brengen' van extramurale AWBZ-zorg, waarbij de mogelijkheid bestaat deze ruimten ook te gebruiken buiten de AWBZ;
- Ruimten en/of technologische voorzieningen voor het leveren van onplanbare zorg op afroep met een hoge frequentie.

De kosten die gemoeid zijn met zorginfrastructuur komen niet ten laste van de contracteerruimte. Dit betekent dat zorgkantoren geen inkoopkader voor zorginfrastructuur hebben en dat uitgaven aan zorginfrastructuur niet ten koste van andere uitgaven van het zorgkantoor gaan. Hierdoor is er geen beheersingsinstrument voor de uitgaven via de beleidsregel zorginfrastructuur.

Met de extramuralisering van een aantal ZZP's neemt het beroep op de beleidsregel zorginfrastructuur mogelijk toe. Omdat zorginfrastructuur niet binnen de contracteerruimte valt, ontbreekt een mechanisme om een kostenstijging van zorginfrastructuur te beperken. Dit leidt tot een risico van macro-meerkosten en een overschrijding van de budgettaire kaders.

Om op korte termijn de kosten van zorginfrastructuur te beheersen, kan worden overwogen om deze kosten onder de contracteerruimte te brengen. Het onder de contracteerruimte brengen van zorginfrastructuur zou op zijn vroegst per 2014 kunnen omdat de beleidsregels voor 2013 die betrekking hebben op de zorginkoop reeds zijn vastgesteld.

## 6.3 Kwaliteit

Het begrip kwaliteit van zorg omvat verschillende aspecten. In enge zin kan kwaliteit van zorg worden gedefinieerd als de medische kwaliteit van de geleverde zorg door de zorgverlener. Indien de medische kwaliteit van zorg in het geding komt, heeft de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) de taak om op te treden.

In brede zin omvat kwaliteit van zorg voor de cliënt ook aspecten als klantgerichtheid: tijdigheid, klantvriendelijkheid/service, toegankelijkheid en vraaggerichtheid.

Het oordeel over de kwaliteit van zorg is afhankelijk van het perspectief waaruit een cliënt naar de zorg kijkt. Afhankelijk van het cliëntprofiel wordt een verschillend belang gehecht aan een kwaliteitsaspect. Cliënten met een zwaarder zorgprofiel zijn over het algemeen beperkt zelfstandig, hebben intensieve verzorging nodig en hebben wat betreft mobiliteit regelmatig hulp nodig. Ook ten aanzien van de alledaagse levensverrichtingen (ADL) hebben deze cliënten vaak nodig. Alleen onder bepaalde omstandigheden kan de zorg in de eigen omgeving geleverd worden. Ten eerste dient de eigen omgeving aangepast te worden. Ten tweede is zorgverlening voortdurend in de nabijheid vereist. Dit betekent dat of er continu zorgverlening aanwezig is (wat erg kostbaar is) of dat de zorg niet tijdig geleverd kan worden. Het is de vraag of zorg voor cliënten met een zwaar zorgprofiel op korte termijn verantwoord in de eigen omgeving geleverd kan worden.

Cliënten met een licht zorgprofiel hechten naar verwachting meer waarde aan overige aspecten van kwaliteit van zorg, zoals klantgerichtheid en service. Door extramuralisering ontvangen cliënten geen indicatie meer voor verblijf en kunnen geen VPT meer ontvangen of intramuraal verblijven. Daar staat tegenover dat de diversiteit in mogelijkheden om zorg thuis te ontvangen zal toenemen. Het aantal aanbieders op de extramurale markt is groter dan op de intramurale zorgmarkt. Aanbieders van extramurale zorg zullen op termijn naar verwachting moeten concurreren om de klant. Dit kunnen zij doen door zich te profileren op kwaliteit van zorg. De cliënt behoudt op deze manier meer regie over zijn leven.

## **6.4 Beperken risico's voor publieke belangen**

De NZa signaleert een aantal risico's van extramuralisering van ZZP's 1-3 per 2013 met betrekking tot kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg. Deze risico's vallen in drie categorieën uiteen:

### *1. Zorginhoudelijke risico's*

Zorginhoudelijke risico's dienen zich aan wanneer het zorgaanbod van de ZZP's niet zonder aanvullende maatregelen extramuraal geleverd kan worden. In hoofdstuk 3 constateert de NZa dat dit waarschijnlijk het geval is bij de ZZP's VV-3, VG-3, GGZ-3B, GGZ-3C, LVG-1 en LVG-2. Het totaal aan deze ZZP's bedraagt in 2011 41.982.

### *2. Financiële risico's voor zorgaanbieders*

De NZa constateert in hoofdstuk 4 dat een kwart van de aanbieders met intramurale zorg mogelijk wordt geconfronteerd met een omzetzdaling van meer dan vijf procent in 2013. Kleine zorgaanbieders die relatief veel omzet genereren uit ZZP 1-3, worden het hardst getroffen. Het effect op de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders neemt toe in 2014 en de jaren daarna, wanneer zorgaanbieders geen compenserende maatregelen treffen. In dat geval neemt de kans op faillissementen toe. Dit leidt mogelijk tot verminderde beschikbaarheid van intramurale zorg.

Naar verwachting is er op korte en lange termijn voldoende aanbod van extramurale zorg.

Echter, per 2013 zijn tijdelijke regionale en/ of doelgroep specifieke toegankelijkheids-problemen niet uit te sluiten.

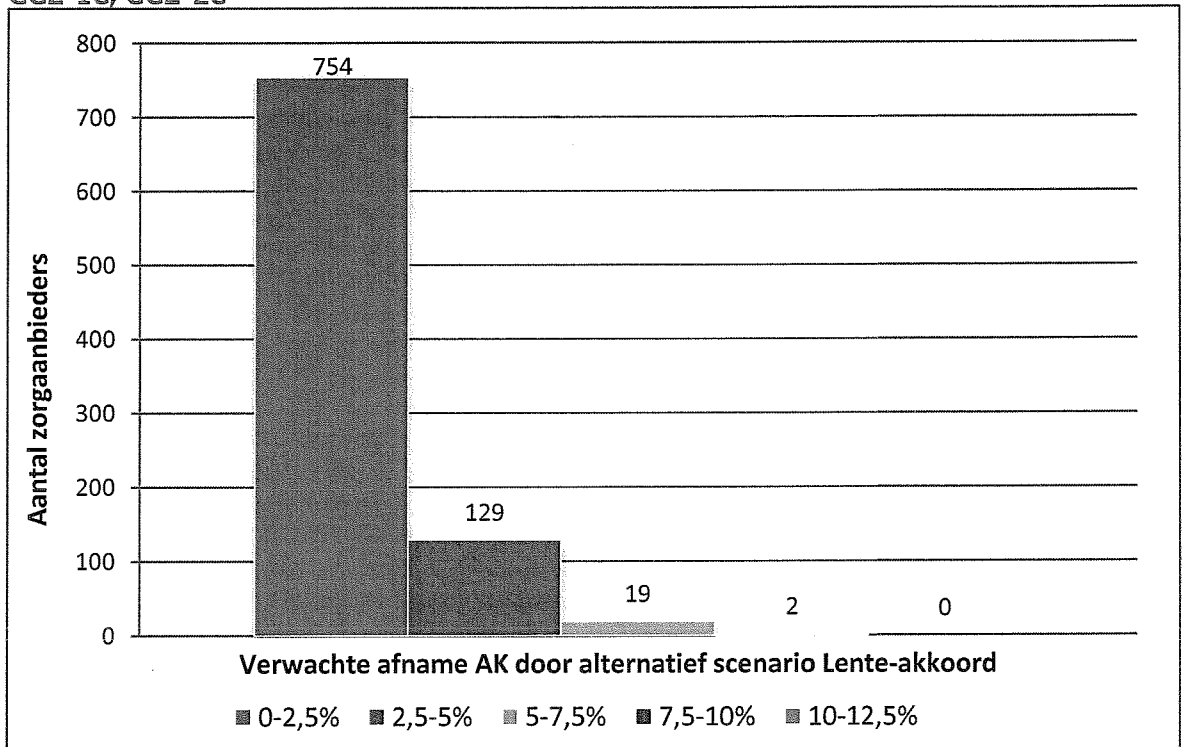
### 3. Risico's met betrekking tot beschikbaarheid adequate woningen

In paragraaf 6.1 worden twee groepen onderscheiden waar risico's ontstaan bij het leveren van zorg in de eigen omgeving: 1) cliënten zonder eigen woonruimte en 2) cliënten waarvan de woning niet geschikt is om zorg te leveren. Cliënten waarop het laatste betrekking heeft zijn veelal cliënten geïndiceerd voor een zwaardere ZZP. De NZa verwacht dat LVG1 en LVG2 niet in de eigen omgeving geleverd kan worden.

De NZa geeft op basis van bovenstaande risico's in overweging mee om over te gaan op een gefaseerde invoering van de extramuralisering, waarbij de zwaardere ZZP's niet in 2013, maar in een later stadium worden geëxtramuraliseerd zodat kan worden onderzocht welke investeringen in domotica en/of nieuwe zorgprestaties noodzakelijk zijn om deze zorg verantwoord en kwalitatief te kunnen leveren in de thuissituaties. Tevens kan worden bekeken of voor deze ZZP's het financieel scheiden van wonen en zorg een werkbare optie is.

Uitstel van de extramuralisering van ZZP's 3 en LVG 1 en LVG 2 heeft tot gevolg dat het verwachte effect voor de aanvaardbare kosten van zorgaanbieders kleiner is dan het effect van het Lente-akkoord. Zorgaanbieders kunnen dit scenario beter zelfstandig opvangen. Fasering creëert ruimte voor zorgaanbieder om de organisatie en het zorgaanbod aan te passen aan de beleidswijziging. Ook in dit scenario kan de extramuralisering leiden tot een afname van de aanvaardbare kosten in 2013 van meer dan 5%, indien zorgaanbieders geen compenserende maatregelen treffen. Dit betreffen vooral kleine instellingen, met gemiddelde aanvaardbare kosten van 4,6 miljoen euro waarvan 3,3 miljoen euro intramuraal en 0,2 miljoen euro extramuraal. Grafiek 6 toont de financiële gevolgen voor zorgaanbieders in 2013 bij een gefaseerde invoering.

**Grafiek 7: Verwachte effect op aanvaardbare kosten voor zorgaanbieders van intramurale zorg in 2013 bij extramuralisering van VG1, VG2, VV1, VV2, GGZ-1B, GGZ-2B, GGZ-1C, GGZ-2C**



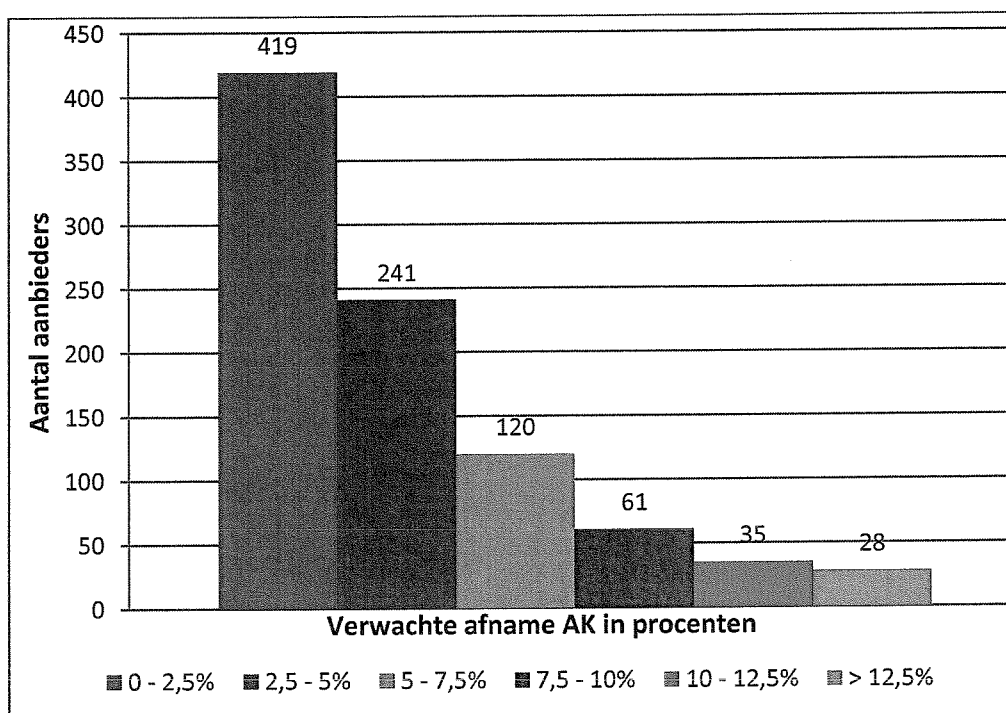
Uit bovenstaande grafiek kan opgemaakt worden dat door de meer geleidelijke overgang de transitierisico's verkleind worden. Bij dit scenario is het goed om op te merken dat de keuzes gemaakt kan worden om per cliëntgroep<sup>24</sup> een (andere) fasering toe te passen. Deze keuzes zouden gebaseerd kunnen worden op de ideeën over de uiteindelijk gewenste vorm van de AWBZ.

Het effect op de aanvaardbare kosten neemt ook voor het alternatieve voorstel in 2014 toe. Zorgaanbieders hebben dan echter meer tijd om te zoeken naar alternatieve invullingen voor de vrijkomende capaciteit. Wederom past ook weer de kanttekening dat een structurele afname van de intramurale omzet een logisch gevolg is van de extramuralisering, maar dat een voorzichtigere implementatie in dit geval transitierisico's kan beperken.

<sup>24</sup> Er zijn meerdere variaties op het begrip cliëntgroep denkbaar. Bijvoorbeeld een onderscheid naar de verschillende sectoren in de AWBZ, maar ook variaties in inkomen of leeftijd van de cliënten.



**Grafiek 8: Verwachte effect op aanvaardbare kosten voor zorgaanbieders in 2014 bij extramuralisering van VG1, VG2, VV1, VV2, GGZ-1B, GGZ-2B, GGZ-1C, GGZ-2C**



*Financieel scheiden van wonen en zorg*

Wanneer de extramuralisering van ZZP's 3 en LVG 1 en 2 wordt uitgesteld, kan worden onderzocht of het voor het leveren van deze zorg financieel scheiden van wonen en zorg<sup>25</sup> een optie is, in plaats van extramuralisering. Bij deze variant blijft een indicatie voor verblijf bestaan. Financieel scheiden van wonen en zorg heeft vooral toegevoegde waarde in die situaties dat een geclusterde setting duidelijk meerwaarde heeft. Deze cliënten betalen voor hun verblijf in de vorm van bijvoorbeeld huur maar de geclusterde setting blijft bekostigd vanuit de AWBZ.

Financiële risico's als gevolg van leegstand worden met deze variant beperkt. De huidige intramurale capaciteit blijft benut. Voor zorggebonden investeringen zou een mini-NHC kunnen worden vastgesteld<sup>26</sup>. Op het moment van schrijven van dit rapport is de zorginkoop al begonnen op basis van de bestaande prestaties en tarieven. Om die reden is deze oplossingsrichting niet realistisch om per 1 januari 2013 in te voeren en zou invoering pas per 2014 aan de orde zijn. Dit biedt zorgaanbieders tevens de tijd om de maatregelen te nemen die noodzakelijk zijn om te opereren als verhuurder van individuele woonruimten.

<sup>25</sup> Zie ook hoofdstuk 2

<sup>26</sup> Mini-NHC is de kapitaallastcomponent voor zorggebonden investeringen.



## 7. Conclusies en aanbevelingen

In voorgaande hoofdstukken zijn op grote lijnen de mogelijke gevolgen geschetst van het doorvoeren van het Lente-akkoord. Ook zijn een aantal mitigerende maatregelen genoemd om de gesignaleerde risico's te verminderen. Dit laatste hoofdstuk vat de belangrijkste signaleringen en aanbevelingen samen.

### 7.1 Conclusies

Aan scheiden van wonen en zorg kan op verschillende wijze invulling worden gegeven. In het Lente-akkoord is sprake van extramuralisering. Dit betekent dat er geen indicaties voor de betreffende ZZP's meer worden afgegeven aan cliënten die op 1 januari 2013 niet over een intramurale indicatie beschikken. De indicatie voor verblijf in een instelling wordt geschrapt. De NZa signaleert dat een aantal ZZP's, met name de ZZP's 3 en LVG 1 en 2 om zorginhoudelijke redenen niet zonder meer in de thuissituatie kunnen worden geleverd. Om het noodzakelijke toezicht, een therapeutisch leefklimaat en/of een beschermende/beveiligde woonomgeving te kunnen leveren en/of creëren zijn additionele maatregelen vereist. Het is de vraag of de huidige extramurale prestaties toereikend zijn om deze cliënten van de noodzakelijke zorg in de eigen omgeving te voorzien en of de thuissituatie geschikt is voor het leveren van de zorg. Verder is een duidelijke afbakening van de aanspraken voor nieuwe en bestaande indicaties van belang om voor individuele cliënten de toegankelijkheid van zorg te borgen.

Het aandeel cliënten dat op basis van ZZP 1-3 zorg ontvangt bedraagt zo'n 30% van het totaal aantal intramurale cliënten. De ZZP's 1-3 worden het meest in de ouderenzorg geleverd (>50%). De maatregelen uit het Lente-akkoord leiden tot een verschuiving van intramurale naar extramurale zorg. Vooraf is niet vast te stellen of de zorgaanbieders waar intramurale omzet vervalst, deze extramuraal kunnen gaan leveren. Het niet langer indiceren van nieuwe intramurale cliënten kan dan ook vergaande financiële gevolgen hebben voor individuele zorgaanbieders. Zorgaanbieders kunnen op verschillende manieren omgaan met de overcapaciteit die ontstaat door de extramuralisering. De vrijgekomen capaciteit kan worden ingezet voor het leveren van intramurale zorg aan cliënten met een zwaardere ZZP-indicatie, worden verhuurd of af gestoten. Ook kan de zorgaanbieder inspelen op de toenemende vraag naar extramurale zorg.

Indien zorgaanbieders geen alternatieven aanwenden, kunnen de maatregelen uit het Lente-akkoord direct effect hebben op de aanvaardbare kosten. In 2013 is de mogelijke afname in aanvaardbare kosten zonder alternatieve omzet voor een ongeveer een kwart van de zorgaanbieders meer dan 5%. Vanwege de invoering van de prestatiebekostiging en de afnemende instroom aan cliënten met ZZP's 1-3 neemt de verwachte daling van de aanvaardbare kosten in de komende jaren toe. In 2014 zou de maatregel voor bijna 70% van de zorgaanbieders kunnen leiden tot een afname van de aanvaardbare kosten van meer dan 5%.

Zorgaanbieders kunnen door de Lente-akkoord-maatregelen worden geconfronteerd met een exploitatietekort. Dit is met name te wijten aan het ontstaan van overcapaciteit. Dit kan leiden tot het afwaarderen van de boekwaarde van vastgoed en mogelijk tot problemen leiden met (her)financiering. Kleinschalige woonvoorzieningen worden op dit moment al volledig prestatieafhankelijk bekostigd. Extramuralisering treft deze groep zorgaanbieders daardoor het hardst.

Het werkelijke effect van de maatregelen hangt voor een individuele zorgaanbieder af van de mate waarmee een zorgaanbieder wordt geconfronteerd met het leegstaand waarvoor geen nieuwe instroom is.

De NZa constateert dat de continuïteit van de zorg niet in gevaar lijkt te komen door de maatregel vanwege de verwachting dat intramurale overcapaciteit zal ontstaan. Voor de overname van de zorg van een zorgaanbieder die failliet gaat zal waarschijnlijk voldoende capaciteit beschikbaar zijn. Mocht dit incidenteel niet zo blijken dan resteert de mogelijkheid om een vangnetstichting op te richten voor het continueren van de cruciale zorg.

De extramuralisering leidt tot veranderingen op de markt voor extra- en intramurale zorg. Op de korte termijn zal op de markt voor intramurale zorg waarschijnlijk sprake zijn van overcapaciteit. Logischerwijs zal daarom nauwelijks sprake zijn van nieuwe toetreders. Aangezien aanbieders van intramurale zorg wel kosten hebben van hun bestaande capaciteit is het niet op voorhand duidelijk of de prijzen daadwerkelijk gaan dalen, zoals normaal gesproken te verwachten is op een markt met overcapaciteit.

De vraag naar extramurale zorg zal toenemen. Door een mogelijke tijdelijke schaarste op de markt voor extramurale zorg zouden de prijzen voor deze zorg kunnen stijgen en zou de toegankelijkheid van de zorg regionaal of voor specifieke doelgroepen tijdelijk kunnen verminderen. Structurele toegankelijkheidsproblemen zijn niet te verwachten. De rol van de gemeentes neemt toe door extramuralisering. Meer cliënten zullen in toenemende mate een beroep op de Wmo voor zowel het aanpassen van woningen als voor het leveren van huishoudelijke verzorging.

Tot slot leidt extramuralisering naar verwachting tot een verlaging van het BKZ-langdurige zorg, omdat de kosten voor verblijf niet langer uit de AWBZ worden bekostigd. Het netto-effect op de Rijksbegroting is minder groot. Extramuralisering leidt bijvoorbeeld tot hogere uitgaven aan huurtoeslag, de Wmo en een verlaging van de inkomsten uit eigen bijdragen. Ook nemen de private uitgaven aan wonen en mogelijk aan zorg toe.

## **7.2 Aanbevelingen**

Het Lente-akkoord heeft de beweging om wonen en zorg (verder) te scheiden versneld. Dit versneld invoeren van scheiden van wonen en zorg heeft gevolgen voor zowel cliënten als zorgaanbieders. Of deze gevolgen zijn te overzien hangt sterk af van de mogelijkheden die zorgaanbieders hebben, zien en gebruiken om op de gewijzigde vraag in te spelen.

De NZa doet de volgende aanbevelingen voor de invoering van de extramuralisering per 1 januari 2013.:

- gefaseerde invoering voor de ZZP's VV3, VG3, GGZ 3b, GGZ 3c op grond van zorginhoudelijke aspecten en te verwachten financiële gevolgen voor de zorgaanbieders Voor LVG 1 en LVG 2 moet worden bezien of extramuralisering van deze ZZP's mogelijk is en op welke termijn;
- onderzoek of de huidige extramurale prestaties, ZZP's en tarieven toereikend zijn om de additionele zorgvraag op een doelmatige en verantwoorde manier in de eigen omgeving te leveren. Ook de onderbouwing van de zorgzwaartepakketten zal op termijn geactualiseerd moeten worden;
- overweeg om voor de extramurale zorg over te stappen op extramurale zorgzwaartepakketten. Op korte termijn is een toegespitste variant van het VPT een optie;
- pas de bekostiging van het vastgoed van kleinschalige woonvoorzieningen zoals opgenomen in de beleidsregel kapitaallasten bestaande zorgaanbieders [CA 300-542] aan zodat kleinschalig en grootschalige woonvoorzieningen op gelijke wijze door de maatregel worden geraakt;
- breng de beleidsregel voor zorginfrastructuur met ingang van 2014 onder in de contracteerruimte zodat de uitgaven beter kunnen worden beheerst. De wijze waarop de middelen voor zorginfrastructuur moeten worden verdeeld over de zorgkantorregio's dient nader te worden onderzocht;
- evalueer de ontwikkelingen als gevolg van de invoering van scheiden van wonen en zorg nauwgezet zodat de mogelijke effecten van stapeling van beleidsmaatregelen zichtbaar worden.



## Bijlage 1: toelichting berekening vraaguitval ZZP's 1-3

Tabel: Vraaguitval vanwege extramuralisering ZZP's 1 t/m3

ZZP	Instroom in 2010	Vraaguitval 2013	Vraaguitval 2014
1GGZ-B	48%	24%	60%
1GGZ-C	18%	9%	26%
1LVG	31%	16%	42%
1VG	12%	6%	18%
1VV	21%	10%	29%
2GGZ-B	43%	22%	56%
2GGZ-C	32%	16%	43%
2LVG	30%	15%	41%
2VG	22%	11%	31%
2VV	44%	22%	57%
3GGZ-B	33%	16%	44%
3GGZ-C	32%	16%	43%
3VG	15%	7%	22%
3VV	56%	28%	68%

Gebaseerd op indicatiegegevens CIZ, bewerkt door de NZa

Omdat de extramuralisering van ZZP's 1 tot en met 3 alleen voor nieuwe cliënten geldt, moet voor de impact van deze maatregel worden bepaald hoe hoog de vraaguitval is in dat jaar. De vraaguitval wordt bepaald door instroom van nieuwe cliënten en de uitstroom van zittende cliënten. De uitstroom wijzigt niet op de korte termijn maar zorgaanbieders missen vanaf 2013 de nieuwe instroom.

De NZa heeft deze stroomgegevens bepaald aan de hand van gegevens van het CIZ. Het CIZ heeft informatie aangeleverd waaruit blijkt hoeveel personen op 1-1-2011 over een bepaalde ZZP-indicatie beschikten, terwijl zij op 1-1-2010 nog niet over die indicatie beschikten. Voor deze groep werd verder aangegeven welke indicatie zij dan wel op 1-1-2010 hadden. Voor de instroom per ZZP zijn de indicaties geteld van cliënten die op 1-1-2011 een indicatie voor de betreffende ZZP hadden, terwijl zij op 1-1-2010 geen indicatie hadden, of enkel een extramurale indicatie. Doorstroom tussen ZZP's is daarmee buiten beschouwing gelaten. Deze instroom is per ZZP vervolgens uitgedrukt als percentage van het totale aantal indicaties voor die ZZP. De aanname bij de berekeningen is dat de instroom in 2013 niet wezenlijk anders is dan de instroom in 2010. Daarnaast is aangenomen dat de verhouding tussen nieuwe (instroom) indicaties van een ZZP uitgedrukt in totaal indicaties van die ZZP hetzelfde is als nieuwe instroom ZZP's uitgedrukt in geleverde ZZP's.

De NZa heeft alleen landelijke indicatiecijfers. De berekeningen zijn gebaseerd op het landelijke gemiddelde. Voor individuele instellingen kan de in- en uitstroom afwijken.

Voor de impact in 2013 is voor de vraaguitval per ZZP gerekend met de helft van de instroom. De reden hiervoor is dat de instroom gedurende het jaar plaats vindt en verondersteld mag worden dat de instroom verdeeld over het jaar plaatsvindt. Dit betekent dat cliënten die in een jaar instromen, dat jaar gemiddeld een half jaar in de instelling verblijven.

Uiteraard worden de gevolgen voor aanbieders niet alleen door de instroom bepaald, maar ook door de uitstroom. De uitstroomgegevens waarover de NZa beschikt zijn echter niet goed geschikt om dit effect rechtstreeks te bepalen. Voor 2013 is dit effect nog niet heel groot, maar voor 2014 (en daarna) wordt dit effect steeds belangrijker. Op basis van een aantal aannames heeft de NZa dit effect gemodelleerd: voor de impact in 2014 is op basis van de stroomgegevens 2010 geëxtrapoleerd hoe groot de vraaguitval in dat jaar zou zijn. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat degenen die zonder de maatregel in 2014 zouden zijn ingestroomd over het jaar heen verspreid zouden zijn ingestroomd en dat een deel van degenen die zonder de maatregel in 2013 zouden instromen, in 2014 zouden uitstromen. Dit leidt er toe dat de vraaguitval niet gelijk is aan 1,5 keer de jaarlijkse instroom (1,5 omdat alle instroom uit 2013 wordt gemist, terwijl de cliënten die in 2014 zouden zijn ingestroomd dat jaar gemiddeld maar een half jaar in zorg zouden zijn), maar iets lager. Vanwege het gebruik van stroomgegevens van 2010 en de methode van extrapoleren naar 2014 moet de inschatting van de NZa over de vraaguitval als een ruwe schatting worden gezien.



## Bijlage 2: Gecombineerd aanbieden van diensten

Aanbieders van intramurale zorg kunnen vrijgekomen capaciteit inzetten voor het leveren van hogere ZZP's, afstoten, verkopen of gebruiken om – eventueel in samenwerking met woningbouwcorporaties – (huur)woningen te gaan aanbieden. In het laatste geval kunnen zorgaanbieders 'geclusterde woonsettingen' ontwikkelen, waar cliënten zelfstandig wonen, maar wel de zorg kunnen ontvangen waar ze behoefte aan hebben. De zorg zal geleverd worden door de zorgaanbieder die de geclusterde woonsetting beheert. In die situatie kan de consument niet kiezen tussen verschillende aanbieders en zal sprake zijn van koppelverkoop.

Jurisprudentie met betrekking tot de case Geertruidenberg gaat in op situaties waarin een koppeling tussen een huurcontract en zorgcontract plausibel is. In sommige situaties kan een verplichting tot het sluiten van een zorgcontract naast een huurcontract goed verdedigbaar zijn. Bijvoorbeeld bij kleinschalig wonen door mensen met een grote zorg- of begeleidingsbehoefte (beschut en beschermd wonen). In deze situaties eindigt de huurovereenkomst, wanneer het zorgcontract wordt verbroken.

In de case Geertruidenberg oordeelde het Hof dat of een dergelijk koppelbeding is toegestaan afhankelijk is van de marktomstandigheden ter plaatse. Blijft er voldoende marktaandeel over voor overige zorgaanbieders? Hebben de potentiële huurders de mogelijkheid om (een) ander(e) complex(en) te kiezen waar zij wel een hun eigen zorgaanbieder kunnen behouden?

In de uitspraak van de case Geertruidenberg neemt de het Hof ook het voordeel van de cliënt mee. Het Hof concludeert dat als er wel sprake was geweest van een merkbare beperking van de concurrentie, er toch geen inbreuk was op de Mededingingswet. In het betreffende geval was er sprake van duidelijk consumentenvoordeel (24-uurszorg) die niet tot stand was gekomen zonder koppeling. Deze uitspraak geeft aan dat zorgwooncomplexen een beroep kunnen doen op een bijzondere uitzonderingsgrond uit de Mededingingswet (artikel 6 lid 3) die toestaat dat samenwerkingsinitiatieven gericht op 'economische vooruitgang' toch zijn toegestaan, ook als ze de mededinging beperken.

