Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

'Samen voor kwaliteit van bestaan'

Status	Onderhandelaarsakkoord
Directie	Langdurige Zorg
Datum	03-06-2025
Bestandsnaam	Uitwerking Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING 1

2. NAAR EEN NIEUW PERSPECTIEF VOOR ONDERSTEUNING EN ZORG VOOR OUDEREN (PERIODE NA 2028) 6

3. AFSPRAKEN EN RANDVOORWAARDEN VOOR DE PERIODE 2025-2028 10

3.1 BEHOUD KWALITEIT VAN BESTAAN 10
3.2 VERSTERKEN MANTELZORGONDERSTEUNING 13
3.3 WLZ-ZORG ZONDER VERBLIJF: VEREENVOUDIGING VAN LEVERINGSVORMEN EN ZORG OP MAAT 15
3.4 VERBLIJF VOOR OUDEREN DIE DIT NODIG HEBBEN 19
3.5 HERINDICATIES IN HET VERPLEEGHUIS 21
3.6 VINDBARE EN PASSENDE ONDERSTEUNING EN ZORG 23
3.7 VERNIEUWING IN ONDERSTEUNING EN ZORG IN DE PRAKTIJK 25

4. FINANCIËN 31

5. MONITORING 40

6. LANDELIJKE SAMENWERKING EN ONDERSTEUNING (GOVERNANCE) 43

1. Inleiding

We worden in Nederland steeds ouder. Ouderen verdienen respect voor de jarenlange inzet voor onze samenleving. Zij verdienen onze ondersteuning en zorg. Zij die de verzorgingsstaat hebben opgebouwd, verdienen het dat wij tot het uiterste gaan om de zorg die aansluit bij de behoefte van de oudere te organiseren en onze zorgverleners in de benen te houden.
Het aantal ouderen met een zorgvraag gaat verdubbelen. Het aantal zorgverleners groeit niet mee. We moeten de ouderenzorg voor een steeds groter wordende groep ouderen organiseren met een beperkte groep zorgverleners. Van mantelzorgers wordt een steeds grotere inspanning gevraagd. Het is onze opdracht om hen te ondersteunen en overbelasting tegen te gaan[1]. Daarom is het belangrijk dat er in de samenleving aandacht en erkenning is voor de onschatbare waarde van mantelzorg.

De personeelstekorten die dreigen te ontstaan verdienen de grootste urgentie. Samen zoeken we naar blijvende oplossingen. In het Aanvullend Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA), en het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO) staan afspraken om de sector aantrekkelijker te maken waardoor we nieuwe medewerkers aantrekken maar ook vooral huidige medewerkers kunnen behouden. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het opleiden van voldoende Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (VIG). Daarnaast is het noodzakelijk om de inzet van zorguren te voorkomen door de sociale basis te versterken, de administratietijd te halveren en waar mogelijk werkzaamheden te digitaliseren. Ook willen we de inzet van zorgverleners verminderen door de inzet van innovatie en hulpmiddelen en samen te werken met (vrijwillige) ondersteuning van mantelzorgers, vrijwilligers en het sociale netwerk, zodat ook in de toekomst ondersteuning en zorg aan ouderen kan worden geboden. Dit is de opgave van ons leven.

Samen maken we in dit HLO afspraken om ook in de organisatie van de ouderenzorg[2] onder de Wet langdurige zorg (Wlz) de schouders eronder te zetten en de randvoorwaarden te scheppen om het arbeidsmarkt tekort te verkleinen. We vinden het belangrijk dat er in de samenleving meer waardering is voor ouderen. Zij verdienen respect. Het is belangrijk om de negatieve beeldvorming en stereotypen rondom ouderen te doorbreken, te laten zien hoe zij een waardevolle bijdrage blijven leveren aan de samenleving en hoe betekenisvol het contact is met andere generaties. Dit (nieuwe) narratief op ouder worden draagt ook bij aan een positiever beeld voor jonge mensen die overwegen om aan het werk te gaan in de ouderenzorg. De mens zien met een eigen verhaal, in plaats van de patiënt of cliënt. VWS zal – in samenwerking met de HLO-partijen – met (publieks)communicatie dit narratief op ouder worden op een positieve manier onder de aandacht brengen.
Oud zijn betekent niet dat je bent afgeschreven. Integendeel! Een ouder wordende samenleving biedt volop kansen die we kunnen verzilveren, waarbij ouderen volwaardig kunnen participeren in de samenleving. Daarom werken we aan een gezamenlijke **droom** voor alle ouderen in Nederland:

> *"Ouderen in Nederland leiden het leven zo veel mogelijk zoals zij dat willen. Ze ondernemen voor hen waardevolle activiteiten en blijven bijdragen aan de samenleving. Ze kunnen wonen op een plek waar ze zich thuis voelen en met mensen in de buurt die belangrijk voor hen zijn. Als ouderen kwetsbaarder worden, bijvoorbeeld door dementie, worden ze zodanig ondersteund dat zij regie houden over hun eigen leven. We creëren een situatie waarin ondersteuning en zorg in de buurt goed geregeld en toegankelijk is. Dit om het behoud van zelfstandigheid mogelijk te maken. Zo blijven we aansluiten op de leefwereld, voorkeuren en mogelijkheden van ouderen. Ook als de kwetsbaarheid toeneemt. Voor zeer kwetsbare ouderen is intensieve ondersteuning en zorg thuis beschikbaar en waar nodig in een instelling of geschikte woonvorm. Kwaliteit van bestaan en eigen regie van ouderen staan ook hier centraal."*

[1] Mantelzorgers van mensen die in een zorginstelling (verpleeghuis, instelling voor verstandelijke gehandicapten of een ggz-instelling) wonen, geven al lang hulp, te weten gemiddeld 7,2 jaar. Voordat iemand naar een zorginstelling verhuist, zijn dus daar al jaren mantelzorg aan voorafgegaan (SCP).
[2] Naast ouderen ook mensen met complexe (somatische) problemen (zoals mensen met een spierziekte, niet-aangeboren hersenletsel, mensen met een chronische ziekte van alle leeftijden, (jonge) mensen met dementie, ernstig zieke kinderen, mensen met Korsakov en mensen met Huntington).

De staatscommissie demografische ontwikkelingen[3] bepleit beleid op veel terreinen om ons aan te passen aan demografische ontwikkelingen, zoals wonen, leefomgeving, arbeidsmarkt en onderwijs. In het regeerprogramma[4] heeft het Kabinet haar **missie** voor de ondersteuning en zorg voor ouderen als volgt geformuleerd:

> *"Onze ouderen verdienen ondersteuning en zorg die bijdraagt aan hun kwaliteit van bestaan. Er zijn steeds meer ouderen die nu of in de toekomst zorg nodig hebben. Zij moeten erop kunnen rekenen dat de zorg voor hen klaar staat als zij die nodig hebben."*

Dit klinkt voor de hand liggend, maar is niet vanzelfsprekend:
- Ouderen ervaren niet iedere dag dat de ondersteuning en zorg voor hen klaar staat indien dit nodig is. Voor hen draait het om hun kwaliteit van bestaan.
- Er wordt veel gevraagd van mantelzorgers. Zij hebben moeite de ondersteuning van hun partner, ouder, buur of vriend vol te houden en te combineren met hun eigen leven.
- Het aantal mensen dat kan en wil werken in de ondersteuning en zorg is onvoldoende om dit toekomstbestendig te organiseren en om de kwaliteit te leveren op een manier zoals we dat gewend zijn. Er is nu al is er een tekort aan zorgverleners.
- Voor ouderen, mantelzorgers en zorgverleners is het vaak te ingewikkeld om geschikte ondersteuning en zorg te vinden en te regelen, door de versnipperde wet- en regelgeving, financiering en organisatie.

Transitiedoelen
In het AZWA zijn twee transitiedoelen geformuleerd. De afspraken in dit akkoord dragen bij aan het eerste transitiedoel:

> *"De grootste bedreiging van gelijkwaardigere toegang is het personeelstekort. We blijven inzetten op opleiden, instroom en behoud van personeel. De vergrijzing blijft toenemen tot 2040 en neemt pas af na 2060. Uitgaande van de cijfers van het Prognosemodel Zorg en Welzijn is het streefdoel om tot 2028 de behoefte aan personele inzet voor de huidige ondersteuning en zorg te verminderen om daarmee de zorg toegankelijk te houden[5][6]".*

Het tweede transitiedoel van AZWA (toegankelijke zorg) vertalen wij voor het HLO in:

> (*Zeer) kwetsbare ouderen zijn afhankelijk van ondersteuning en zorg. Zij moeten erop kunnen vertrouwen dat er ondersteuning en zorg voor hen is, thuis en als dat nodig en gewenst is in een verpleeghuis. Ongeacht waar ze wonen of wat hun financiële situatie is. De ondersteuning en zorg sluit aan bij de voorkeuren en mogelijkheden van de ouderen. Daarbij zijn kwaliteit van bestaan en eigen regie het uitgangspunt.*

Het eerste transitiedoel is erop gericht om het arbeidsmarkttekort in de zorg aan te pakken. Op basis van het gemiddelde scenario uit het KPMG-rapport[7] spreken we de ambitie uit om het arbeidsmarkttekort te verkleinen met 50.000 werknemers (ca. 30.000 fte). Met het uitspreken van deze ambitie zetten we met elkaar een stip op de horizon naar toekomstbestendige ouderenzorg en geven we aan dat we met de HLO-afspraken een belangrijke stap zetten om het transitiedoel

[3] www.staatscommissie2050.nl.
[4] Kamerstukken II, 2023-2024, 36 471, nr. 96.
[5] Als de huidige beleidsarme trends zich voortzetten zijn er tot en met eind 2028 circa 130.000 extra werknemers nodig om aan de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Maar zijn deze mensen er de komende jaren? Het CPB berekende in het CEP 2025 dat het arbeidsaanbod economie-breed stijgt van 10,7 miljoen eind 2024 naar 10,95 miljoen eind 2028, een stijging van 2,25%. Uitgaande van een vergelijkbare stijging in zorg en welzijn (d.w.z. handhaven aandeel van de zorg in de totale arbeidsmarkt van 1 op 6,4), zal de groei van het arbeidsaanbod voor zorg en welzijn beperkt blijven tot circa 30.000 personen. Om de groei van de arbeidsvraag en het arbeidsaanbod in evenwicht te brengen, zal de groei van de arbeidsvraag met 100.000 personen moeten worden verlaagd tot en met 2028 (minder meer). Deze verlaging vertaalt zich - ceteris paribus - in een vermindering van het arbeidsmarkttekort met 100.000 personen.
[6] Deze doelstelling betreft naast de Zvw en de ouderenzorg ook jeugd en gehandicaptenzorg.
[7] KPMG, "Beleidsimpactanalyse afspraken HLO", april 2025.

bereiken. Dit doen we door in te zetten op kwaliteit van bestaan, opleiden, anders en slimmer werken met hulp van technologie, betere ondersteuning van mantelzorgers, het verminderen van administratieve lasten voor zorgverleners, intensivering van de samenwerking tussen zorg en welzijn en de aanpassingen in de Wlz bij zorg zonder verblijf en de toegang tot het verpleeghuis. We willen goede zorg voor kwetsbare mensen, maar met een niet evenredig met de vraag meegroeiend aantal zorgverleners, is het zaak om de beschikbaar zorgverleners zo veel mogelijk effectief in te zetten.

Samenhang zorgakkoorden
Het HLO en AZWA hebben dezelfde transitiedoelen en hebben een sterke samenhang. De twee akkoorden zullen wel afzonderlijk door de betrokken organisaties worden ondertekend. De AZWA-afspraken betreffen ook de ondersteuning en zorg voor ouderen. Zo bevat het afspraken over onder andere een sterke sociale basis, gegevensuitwisseling[8], arbeidsmarkt, opleiden, pakketbeheer, vermindering van administratieve lasten, digitale, hybride zorgprocessen en afspraken die nodig zijn om zorgverleners op de meest effectieve wijze in te kunnen zetten, zoals het domeinoverstijgend indiceren door de wijkverpleegkundige[9].

Het HLO richt zich voor de periode 2025-2028 op de Wlz-verzekerde zorg en de afspraken die aanvullend zijn op AZWA voor de ouderenzorg. De AZWA-afspraken komen daarom niet apart in het HLO terug.
Het HLO bouwt voort op de beweging die in de praktijk al aan de gang is en is ondersteund door het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)[10]. Veel partijen hebben zich aangesloten bij deze beweging. Een deel van deze beweging is/wordt vertaald in beleid. Er zijn of worden concrete afspraken gemaakt in:

- het *Integraal Zorgakkoord (IZA) bijvoorbeeld over* de eerstelijnszorg en samenwerking in de wijk.
- de realisatie van 290.000 woningen voor ouderen in het programma *Wonen en Zorg voor Ouderen (*dit is een gezamenlijk programma van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Volkshuisvesting en Ruimtelijke Ordening).
- de AZWA.
- dit HLO.

Rond de zomer wordt een implementatieplan HLO opgeleverd waarin onder meer op de overgang van WOZO in het HLO wordt ingegaan.

De Tweede Kamer hecht er belang aan[11] dat integraal wordt gekeken naar arbeidsmarkt, wonen en zorg voor ouderen. Dit is geborgd doordat het HLO sterk is verbonden met het AZWA. Daarnaast zijn de afspraken over wonen (ook kwantitatief) vastgelegd in het VRO-programma *Wonen en Zorg voor Ouderen.* Deze afspraken worden voortgezet en direct verbonden aan de HLO-afspraken. Ook zijn in de governance van dit programma onder meer de Seniorencoalitie, ActiZ, ZN en de VNG vertegenwoordigd. In de voortgangsrapportages aan de Kamer over het HLO wordt de integraliteit geborgd.
Bij de uitwerking en de uitvoering van het HLO bewaken we de samenhang met aanpalende trajecten, zoals de mantelzorgagenda, het houdbaarheidsonderzoek Wmo, de visie op de eerstelijnszorg en het convenant Medisch Generalistische Zorg en de Nationale dementiestrategie.

Afstemming met Nationale Dementiestrategie
Naarmate we ouder worden, verandert niet alleen onze fysieke gesteldheid, maar ook onze mentale gesteldheid. In Nederland krijgt één op de vijf mensen dementie. Dementie is een aandoening die diep ingrijpt in het leven van zowel de persoon zelf als hun naasten. Dit vraagt om een integrale aanpak waarin welzijn, ondersteuning en een mensgerichte benadering centraal

[8] IZA Uitvoeringsakkoord gegevensuitwisseling, Samen bewegen naar versnelling.
[9] De nadruk komt te liggen op vermindering van inzet van thuiszorgmedewerkers en lijfbehoud van de oudere daar waar zorg kan worden vervangen voor hulpmiddelen.
[10] Kamerstukken II, 2021-2022, 29389 nr. 111.
[11] Motie Slagt-Tichelman (Kamerstukken II, 2024-2025, 36 600XVI nr. 58) en Motie Krul (Kamerstukken II, 2024-2025, 29 389 nr. 138).

staan. De Nationale dementiestrategie (NDS) wordt afgestemd met de afspraken in het AZWA. Hierbij is het uitgangspunt dat mensen met dementie en hun naasten als waardevol lid van onze samenleving kunnen functioneren en goede ondersteuning en zorg ontvangen. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar het voorkomen van, het behandelen en het leven met dementie.
De NDS is geëvalueerd door Bureau Berenschot en wordt op basis van deze evaluatie en input van de partijen die onderdeel zijn van de NDS herijkt.

Arbeidsmarkteffecten
De afspraken uit het HLO zijn door KPMG geanalyseerd op de verwachte impact en potentie ten aanzien van het eerste transitiedoel. De analyse heeft het karakter van een verkennende studie en is primair bedoeld om een indicatief beeld te verkrijgen van de mogelijke effecten op het verminderen van de behoefte aan personele inzet. De analyses zijn uitgevoerd op een tussenstand van de onderhandelingen, het definitieve akkoord is door KPMG niet geanalyseerd. Ook de AZWA-afspraken zijn in een aparte opdracht door KPMG geanalyseerd.

De analyse van het HLO geeft voor het gehele transitiedoel een bandbreedte van mogelijke impact, alsook per onderdeel, en per specifieke maatregel. Deze cijfers dienen echter genuanceerd en zorgvuldig te worden geïnterpreteerd. De effectiviteit van de verschillende afspraken hangt namelijk sterk af van randvoorwaarden zoals scholing, investeringen en samenwerking tussen stakeholders. Het rapport benadrukt dat zonder juiste randvoorwaarden de potentie van de afspraken niet volledig gerealiseerd kan worden. De verwachte effecten van de afspraken worden daarom in drie scenario's in beeld gebracht: een lage, gemiddelde, en hoge vermindering van de stijgende behoefte aan personeel per afspraak. Daarnaast brengt het rapport ook de neveneffecten in kaart, zoals tijdelijke werkdrukstijging of weerstand tegen technologische veranderingen. Het KMPG-rapport over de HLO-afspraken zal openbaar beschikbaar komen.

Samen maken we het HLO tot een succes!

Dit akkoord is ondertekend door: PM (NB: dit zijn niet 1 op 1 dezelfde partijen die het AZWA ondertekenen)

(Partijen die actief hebben deelgenomen aan de realisatie van dit HLO zijn: ActiZ, Seniorencoalitie, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Verenso, Zorgthuisnl, LOC, Patiëntenfederatie Nederland, Sociaal Werk Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)).

Tegelijkertijd blijven we de beweging vormgeven samen met alle partijen, zoals bijvoorbeeld de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), MantelzorgNL, en het Senioren Netwerk Nederland, die zich achter het gedachtengoed van WOZO hebben geschaard. Het is belangrijk dat ouderen actief betrokken zijn bij de vormgeving van het beleid. Ook werken we samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorginstituut Nederland (ZIN), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), CIZ en het CAK (Team Overheid). In lijn met AZWA is de rol van Team Overheid dat zij naast uitvoering van de bij hen belegde taken, samen en ieder vanuit zijn eigen rol, zorgen voor regie op de richting, met ruimte voor de oplossingen en ondersteuning voor organisaties om te kunnen transformeren.

Naast de belangrijke rol die bovenstaande organisaties hebben bij de uitvoering van het HLO, vraagt dit ook een aanzienlijke inspanning van hun achterbannen. Samen met deze organisaties bekijken we hoe we de uitvoering zo zorgvuldig mogelijk kunnen vormgeven en waar nodig ondersteunen.

Leeswijzer

Afspraken die gaan over de contouren voor de langere termijn zijn opgenomen in hoofdstuk 2. De concrete afspraken die gaan over deze kabinetsperiode staan in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 bevat de financiële afspraken. De monitoring van de uitvoering van de afspraken staat in hoofdstuk 5 en de governance is opgenomen in hoofdstuk 6.

Extra aandacht voor ouderen is noodzakelijk vanwege de demografie (aandeel ouderen neemt toe terwijl het aantal zorgverleners niet evenredig toeneemt). Ook anderen dan ouderen wonen in een verpleeghuis. Bijvoorbeeld mensen met niet-aangeboren hersenletsel, mensen met een chronische ziekte van alle leeftijden, (jonge) mensen met dementie, ernstig zieke kinderen, mensen met Korsakov en mensen met Huntington. De geleerde lessen uit het HLO kunnen we straks benutten bij de organisatie van ondersteuning en zorg voor deze andere Wlz-doelgroepen. Ook hier is er sprake van personeelstekorten.

Beleidskompas
Het Beleidskompas[12] is de centrale werkwijze voor het maken van beleid bij de Rijksoverheid. Bij de uitwerking van de afspraken wordt gewerkt volgens de (relevante) stappen in het Beleidskompas. Zo wordt geborgd dat alle relevante effecten en risico's in beeld worden gebracht en gewogen, bijvoorbeeld ten aanzien van uitvoerbaarheid en regeldruk. Ook worden alle relevante partners betrokken. Ook de mensen die het betreft, zoals in dit geval de ouderen en hun netwerk, worden meegenomen in de uitwerking, onder meer met een doenvermogentoets. Daarnaast organiseren we gesprekssessies waarin ouderen worden uitgenodigd om met de Staatssecretaris voor Langdurige en Maatschappelijke Zorg (SLMZ) in gesprek te gaan om ideeën, kansen en zorgen uit te wisselen.

[12] Beleidskompas | Kenniscentrum voor beleid en regelgeving (https://www.kcbr.nl/beleid-en-regelgeving-ontwikkelen/beleidskompas).

2. Naar een nieuw perspectief voor ondersteuning en zorg voor ouderen (periode na 2028)

De afspraken in hoofdstuk 3 hebben een sterke focus op de Wlz-verzekerde zorg. Daarmee kunnen we deze kabinetsperiode (2025-2028) concrete stappen zetten in de aanpassing van wet- en regelgeving en/of bekostiging die noodzakelijk is om de transitiedoelen, zoals beschreven in de inleiding, te bereiken.

De demografische ontwikkeling, de krapte op de arbeidsmarkt, de complexiteit van het systeem en de kwaliteit van ondersteuning en zorg, maken een bredere overdenking op de organisatie van ondersteuning en zorg noodzakelijk. Het raakt in potentie alle stelsels zoals Wpg (Wet publieke gezondheid), Wmo, Zvw en Wlz. Het regeerprogramma geeft opdracht om de volgende verkenning te doen:

"Het kabinet zorgt ervoor dat zorgwetten beter op elkaar worden afgestemd en daar waar doorrekeningen aantonen dat het goedkoper en efficiënter kan, worden voorbereidingen getroffen om ze ook samen te voegen."

Bovendien heeft de Tweede Kamer het kabinet verzocht: "*voorbereidingen te treffen voor een Staatscommissie die onderzoek doet naar en met voorstellen komt voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel in Nederland*[13]*".*

Bij de verkenning die moet leiden tot een betere afstemming van zorgwetten en bij de voorbereidingen voor de instelling van een staatscommissie, moet aandacht zijn voor de samenhang met de afspraken die in gang worden gezet met dit HLO en AZWA, alsook met andere trajecten zoals het Houdbaarheidsonderzoek Wmo. De uitvoering van de in de beide akkoorden gemaakte afspraken, mag door deze trajecten niet in de vertraging raken. Dit geldt ook voor het Houdbaarheidsonderzoek Wmo zelf.

Voor beide trajecten is het van belang dat wordt aangesloten bij de maatschappelijke ontwikkelingen en opgaven. Op basis van de uitgangspunten van het WOZO-programma hebben we rode draden geformuleerd die bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van ouderen, minder inzet van personeel en gelijkwaardige toegankelijkheid van zorg:

De rode draden zijn:
1. Het is normaal dat mensen zich *voorbereiden op ouder worden* door erover na te denken, erover te praten met anderen en voorbereidingen te treffen.
2. Inwoners en organisaties kunnen terugvallen op elkaar in zogenaamde *zorgzame buurten*. Dit zijn wijken en gemeenschappen met sociale cohesie. Het versterken van deze sociale basis draagt eraan bij dat eenvoudige hulp- en ondersteuningsvragen worden opgepakt door het sociale netwerk. Dit samenspel gebeurt tussen mantelzorgers, vrijwilligers, burgerinitiatieven en welzijnswerkers. Informele zorg is altijd een keuze van de mantelzorger en de vrijwilliger. Wij houden rekening met het doenvermogen[14], draagkracht en draaglast van bewoners en buurten.
3. Ouderen hebben vaak langlopende relaties met hun partner, kinderen, buren of vrienden. Op basis van deze relaties willen mensen *elkaar helpen*. We maken dit meer vanzelfsprekend en eenvoudiger door deze informele hulp te ondersteunen. We dwingen het niet (juridisch) af.
4. Ouder worden betekent niet dat je bent afgeschreven. Ouderen kunnen en willen (vaak) *een belangrijke bijdrage leveren aan de samenleving*. Deze *wederkerigheid* geeft zingeving, helpt ouderen fit te blijven en voorkomt eenzaamheid.
5. Vroeg of laat krijgt bijna iedereen klachten, of een aandoening zoals dementie. Dan komen ondersteuning en zorg van adequate kwaliteit in beeld. Voor deze mensen is het belangrijk

[13] Motie Krul, Kamerstukken II, 2024-2025 29389-nr. 138.
[14] Doenvermogen is een begrip uit het rapport van de WRR "Weten is nog geen doen" en is het vermogen om in actie te komen en vol te houden, zelfs bij tegenslagen. Het draait dan niet zozeer om mensen hun cognitieve vermogens zoals intelligentie of digitale vaardigheden, maar om hun niet-cognitieve vermogens.

om zelf regie te blijven voeren over hun leven. Het uitgangspunt voor het handelen van zorgverleners is behoud van *zelfstandigheid en eigen regie van de oudere*[15].

6. We geven *hulpverleners in ondersteuning en zorg* het vertrouwen en de ruimte bij het doen van hun werk. Dit vraagt om hulpverleners met kennis en vakmanschap. Ook vraagt het van organisaties en financiers het vertrouwen om vanuit dit uitgangspunt te handelen.
7. *Vindbare passende zorg* is de basis. Deze zorg is onderbouwd met kennis[16], gericht op de kwaliteit van bestaan, komt samen met de cliënt (en/of naaste) tot stand en wordt op de juiste plek en tijd geboden. Interventies die hier niet aan voldoen worden niet meer uitgevoerd.
8. Gebruik van *technologie en kunstmatige intelligentie* moet een natuurlijk onderdeel van de zorgverlening worden, zowel om de kwaliteit van bestaan en zelfstandigheid te verbeteren als om de zorgverleners te ondersteunen in hun werk.
9. Ouderen blijven het liefst in hun *vertrouwde omgeving* wonen. Hier voelen zij zich gekend en veilig, ook als er meer beperkingen komen. Ondersteuning en zorg sluiten hier zo goed mogelijk op aan. Een (gedwongen) verhuizing naar een zorginstelling wordt zo lang mogelijk uitgesteld. Een tijdelijke opname is goed geregeld.
10. Als de zorgvraag (zeer) complex wordt, er sprake is van veel regieverlies of gedragsproblemen en een zwak of overbelast sociaal netwerk, waardoor zelfstandig wonen te zwaar of onmogelijk is geworden, blijven geclusterde woonvormen en verpleeghuizen nodig waar kwaliteit van bestaan (het gewone leven) centraal staat.

Voor de oudere staat het behoud van eigen regie centraal. Om eigen regie te kunnen voeren, is het belangrijk dat:

- In samenspraak met ouderen goede afspraken worden gemaakt over wat ze zelf (weer) kunnen doen. Mensen met een ondersteunings- of zorgvraag worden geholpen om hiervoor de benodigde vaardigheden te ontwikkelen.
- Cliënten worden gezien als een gelijkwaardige partner in het ondersteunings- en zorgproces.
- Er ruimte en tijd is om met elkaar alle opties door te nemen, waarbij de voor- en nadelen, persoonlijke voorkeuren en omstandigheden van de cliënt worden meegenomen. Dit vraagt om een open communicatie met elkaar en goede, onderlinge uitwisseling van informatie.
- Er is ruimte en tijd is om samen te leren en continu de ondersteuning en zorg te verbeteren.
- De cliënt een vast aanspreekpunt heeft bij de zorgaanbieder. Zo zijn er korte lijnen om (snel) in contact met elkaar te komen, vragen te stellen en zaken af te stemmen.
- Wanneer gewenst, gebruik kan worden gemaakt van een onafhankelijke cliëntondersteuner of casemanager.
- Er overal en tijdig hulpmiddelen beschikbaar zijn om de cliënt te ondersteunen in het behouden of vergroten van de zelfstandigheid.
- Waar gewenst, technologie beschikbaar is om het voeren van de eigen regie te ondersteunen.

Naast deze rode draden vinden we belangrijk om in het denken en praten over de ondersteuning en zorg voor ouderen niet te generaliseren. We onderscheiden hierbij globaal een aantal fases waarop de organisatie van ondersteuning en zorg moet aansluiten:

- Ouderen waarvan de verwachting is dat ze ondersteuning, zorg en behandeling *niet* (langdurig) nodig hebben, maar met een korte interventie hun zelfstandigheid en regie weer terug hebben. Zij krijgen deze ondersteuning, zorg en behandeling meestal thuis.
- Ouderen die langdurig ondersteuning, zorg en behandeling nodig hebben die aansluit op wat ze zelf kunnen samen met hun netwerk. Zij krijgen de zorg thuis, waarbij geclusterd wonen veiligheid biedt, de ontmoeting stimuleert en het eenvoudiger maakt om de zorg te organiseren.

[15] Generiek kompas samen werken aan kwaliteit van bestaan.
[16] Dat kan practice based zijn, maar ook op een andere wijze (wetenschappelijk) onderbouwd.

- Ouderen met een zeer intensieve zorgvraag waarbij ondersteuning, zorg en behandeling onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Voor hen is zorg in een verpleeghuis beschikbaar.

Naast ouderen zijn er ook mensen met specifieke aandoeningen zoals spierziekten, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), mensen met een chronische ziekte van alle leeftijden, (jonge) mensen met dementie, ernstig zieke kinderen, mensen met Korsakov en mensen met Huntington die gebruik maken van Wlz-verzekerde zorg en gebruik maken van verpleeg(huis)zorg. Bij de uitwerking en implementatie van dit akkoord houden we rekening met deze specifieke groepen. Zo voorkomen we onbedoelde effecten.

Voor ouderen voor wie een plek in het verpleeghuis (nog) niet aan de orde is, maar de zorgafhankelijkheid wel al gevorderd is en er geen voldoende inzetbaar sociaal netwerk is, onderzoekt VWS middels nadere doorrekeningen de terugkeer van de verzorgingshuizen (een gezamenlijk huis met toezicht in de nacht). In dit onderzoek staan, naast de afbakening van de doelgroep en de relatie met de bouwopgave, vooral de kosten centraal. Het gaat hierbij om het verschil van de kosten in een verzorgingshuis ten opzichte van de kosten bij wonen thuis. Ook andere aspecten, zoals de effecten op de arbeidsmarkt, inzicht in de woonzorgbehoefte van de doelgroep, de kosten van ziekenhuisopnamen, extra kosten eerstelijnsverblijf en crisiszorg, worden meegenomen. Dit onderwerp komt aan de orde in het programma wonen en zorg (VRO).

1: Toekomst ondersteuning en zorg voor ouderen

Wat is de afspraak:
- VWS start een verkenning met als doel een betere afstemming van zorgwetten.
- VWS treft de voorbereidingen voor de instelling van een staatscommissie die onderzoek gaat doen naar en met voorstellen komt voor een toekomstbestendige en weerbare inrichting van het zorgstelsel in Nederland. In deze verkenning wordt expliciet de ondersteuning en zorg ondersteuning voor ouderen meegenomen.

- In beide trajecten:
  - Wordt de samenhang bewaakt met de afspraken in dit HLO en het AZWA, en andere lopende trajecten zoals het houdbaarheidsonderzoek Wmo. De uitvoering van de in de beide akkoorden gemaakte afspraken mag door deze trajecten geen vertraging oplopen.
  - Wordt aangesloten bij de maatschappelijke ontwikkelingen en opgaven. Hiervoor zijn in dit hoofdstuk rode draden geformuleerd.
  - Hebben we oog voor de verschillende fasen in het ouder worden waarop de organisatie van ondersteuning en zorg moet aansluiten.
- Vooruitlopend op eventuele aanpassingen van de zorgstelsels, geven we de beweging die al is ingezet in de praktijk verder vorm. Door onder meer de maatschappelijke dialoog over ouder worden (praat vandaag over morgen) te continueren. Notabene: deze dialoog is breed maatschappelijk.

Wie gaat wat doen:
- Bij de verkenning met als doel een betere afstemming van de zorgwetten betrekt VWS de betrokken organisaties in de sector, Team overheid en de VNG.
- VWS treft voorbereidingen voor de inrichting van een staatscommissie voor onderzoek naar een effectief (meer borging voor kwetsbare ouderen) en efficiënt stelsel (zodat druk op arbeidsmarkt en de beschikbare middelen afneemt). Een staatscommissie is een onafhankelijke commissie in opdracht van het Kabinet. VWS zal de belanghebbende partijen betrekken bij deze voorbereidingen en de Staatscommissie adviseren om met de partijen betrokken bij het HLO in gesprek te gaan. Veldpartijen worden via de governance van het HLO goed geïnformeerd over de voortgang. Het is aan de staatscommissie te bepalen met wie ze spreken.

Wat is het tijdpad:
De voorbereidingen voor een en ander, waaronder de instelling van een staatscommissie, worden in 2025 getroffen.

De rode draden gaan niet alleen over ondersteuning en zorg, maar gaan over een bredere verandering in de samenleving die nodig is nu de Nederlandse bevolking gemiddeld ouder wordt. Hierbij hoort ook dat Nederlanders weten dat we in de zorg te maken hebben met een toenemend tekort aan zorgverleners en dat zij daarmee rekening moeten houden. Wij zullen verder uitwerken hoe we dit samen uitdragen naar de samenleving en een plek te geven in dagelijks handelen in de praktijk.

2: Veranderstrategie

Wat is de afspraak:
De rode draden werken we verder uit en we ontwikkelen een gezamenlijke strategie inclusief communicatieplan zodat we de noodzakelijke verandering niet alleen in ondersteuning en zorg, maar ook breder in de samenleving op een gelijkgerichte en planmatige manier aanjagen. Het gaat hierbij naast de ondersteuning en zorg, nadrukkelijk juist ook om de ouderen zelf en de samenleving. Er moet brede bewustwording zijn, waarbij men steun krijgt om meer zelf of met elkaar te organiseren.

Onderdelen van deze te ontwikkelen veranderstrategie zijn eerder door de regiegroep WOZO vastgestelde opdrachten om (1) de WOZO-beweging te verruimen naar andere terreinen die te maken krijgen met een gemiddeld oudere bevolking en (2) de bewustwording omtrent een gemiddeld oudere bevolking en de gevolgen daarvan in kansen en uitdagingen te vergroten.

Wie gaat wat doen:
- Het voortouw ligt bij Seniorencoalitie, LOC, bijgestaan door SWN, PFN, MantelzorgNL, V&VN en VWS. De 'verbinding met de praktijk' (zie governance) speelt hierin een belangrijke rol. De uitwerking en voorstellen worden voorgelegd aan de bestuurlijke thematafel HLO.
- De maatschappelijke dialoog wordt aangezwengeld door de publiekscampagne 'Praat vandaag over morgen' (VWS en ActiZ), door Ouderworden2040 (BeBright) en door de dialoogbijeenkomsten georganiseerd door de Seniorencoalitie, het Senioren Netwerk Nederland en MantelzorgNL. Met name MantelzorgNL richt zich op dialoogbijeenkomsten met mensen in een lagere sociaaleconomische positie.

Wat is het tijdpad:
Eind 2025 staat de uitwerking en de voorstellen op de agenda aan de bestuurlijke thematafel HLO.

3. Afspraken en randvoorwaarden voor de periode 2025-2028

Voorafgaand aan het advies van de staatscommissie en de verkenning naar de samenvoeging van zorgwetten, maken wij afspraken voor de periode 2025-2028. Deze afspraken dragen bij aan de transitiedoelen. Centraal staan de afspraken over de Wlz-verzekerde zorg en een aantal randvoorwaarden die niet in de AZWA-afspraken zijn opgenomen. Het uitgangspunt is dat de toegang tot de Wlz-verzekerde zorg niet verandert in deze periode. Dit betekent dat er nog geen aanpassingen van de Wmo of de Zvw nodig zijn met de bijbehorende implementatie.

De activiteiten omvatten:

- 3.1 Behoud van kwaliteit van bestaan door het versterken van zelfstandigheid en behoud van eigen regie
- 3.2 Versterken mantelzorgondersteuning
- 3.3 Wlz-zorg zonder verblijf: vereenvoudiging van leveringsvormen en zorg op maat
- 3.4 Verblijf voor de ouderen die dit nodig hebben (afwegingskader/opnametoets)
- 3.5 Herindicaties in het verpleeghuis
- 3.6 Passende zorg (inclusief vindbaarheid van zorg)
- 3.7 Vernieuwing in ondersteuning en zorg in de praktijk:
  - Administratieve lasten
  - Keteninformatie Kerngegevens verbeteren
  - Elektronische gegevensuitwisseling optimaliseren via iWlz[17]
  - Technologie
  - Versterken kwaliteit in teams

Indien de afspraken in dit hoofdstuk leiden tot aanpassing van wet- en regelgeving is inwerkingtreding op z'n vroegst per 1 januari 2028 mogelijk. Dit geldt ook voor wijzigingen in de bekostiging. Per maatregel worden de benodigde stappen, waaronder het uitvoeren van de uitvoeringstoetsen, het tijdpad en de budgettaire consequenties omschreven. Bij de uitwerking wordt het perspectief van de burger als cliënt en naaste, expliciet meegenomen, door ze een rol te geven in de uitwerking, bijvoorbeeld via ervaringsdeskundigen.

3.1 Behoud kwaliteit van bestaan

Behoud kwaliteit van bestaan
Zelfstandigheid draagt in belangrijke mate bij aan kwaliteit van bestaan. Ondersteuning en zorg moeten daarom meer gericht zijn op het behouden van vaardigheden en het opnieuw aanleren van verrichtingen die mensen niet meer op de oude manier kunnen doen. Uitgaan van wat cliënten nog zelf kunnen (leren) is een belangrijke bouwsteen van het 'Generiek Kompas Samen werken aan kwaliteit van bestaan, dat op 1 juli 2024 is ingeschreven in het Register van het Zorginstituut.

Reablement richt zich op het ondersteunen van ouderen om zo lang mogelijk zo goed als mogelijk (weer) zelfstandig te functioneren in het dagelijks leven. Het gedachtegoed van reablement is gebaseerd op het behoud en herstel van vaardigheden en het vinden van oplossingen om de eigen regie over het leven zo zelfstandig mogelijk te kunnen voeren. Dit gebeurt in eerste instantie met hulp van het netwerk rondom de ouderen en waar nodig met ondersteuning van zorg. Bij reablement wordt de zorg niet overgenomen, maar worden ouderen ondersteund bij het (opnieuw) aanleren van dagelijkse handelingen om zo zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. Er zijn ook programmatische aanpakken ontwikkeld om het gedachtegoed van reablement in de praktijk toe te passen. In een gesprek tussen client, naasten en professional wordt gekeken hoe het gedachtegoed van reablement cliënt en omgeving kan helpen en indien dan nog nodig welke inzet van een professional kan bijdragen aan het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid. Het gedachtegoed geldt voor iedereen, gerichte inzet van een professional is niet altijd nodig. Hoewel

[17] iWlz is de iStandaard om cliënten in alle fasen van de Wlz-keten te volgen: van de indicatie via zorgtoewijzing en -levering tot de vaststelling van de eigen bijdrage en declaratie.

reablement niet voorliggend is om in aanmerking te komen van ondersteuning of zorg kan het de langdurige inzet van professionele inzet voorkomen, verminderen of uitstellen.

Deze manier van werken vraagt om een andere houding en gedrag van iedereen die betrokken is rond de oudere: thuis, in de wijk en in het verpleeghuis. Wat heeft de oudere nodig om weer regie te krijgen over het eigen leven? Het gezamenlijk stellen van haalbare doelen die bijdragen aan de kwaliteit van bestaan van de oudere is hierbij van essentieel belang. Een zorgzame en betrokken gemeenschap waarin mensen omzien naar elkaar is hierbij belangrijk.

In het AZWA worden afspraken gemaakt gericht op het versterken van de basisinfrastructuur. Juist in de wijk, vlakbij mensen, wordt het welzijn en de gezondheid van mensen versterkt. Belangrijk hierbij is ruimte voor burgerinitiatieven en vrijwilligers en bewoners bijvoorbeeld gebruik kunnen maken van een laagdrempelige inloopvoorziening. Ook wordt in het AZWA een afspraak gemaakt over het versterken van de lerende omgeving. In deze afspraak wordt gesproken over vernieuwd opleiden in zorg- en welzijn. Hierin is ook aandacht voor reablement.

Reablement kent veel verschijningsvormen in zowel het sociaal domein als zorgdomein. In essentie is reablement een manier van werken. Deze manier van werken is afhankelijk van de oudere en zijn situatie ingezet worden vanuit de Wmo, Zvw of Wlz. In de praktijk worden door sommige partijen belemmeringen ervaren bij de bekostiging van deze manier van werken en bij programmatische aanpakken die deze manier van werken faciliteren. De insteek is dat het werken volgens de principes van reablement geïntegreerd zal worden tot een nieuwe werkwijze.

Behoud en bevorderen van zelfstandigheid draagt bij aan de kwaliteit van bestaan van ouderen en kan de langdurige inzet van professionele ondersteuning en zorg voorkomen, verminderen of uitstellen. Hiermee draagt het bij aan ons transitiedoel.

Deze omslag in manier van kijken naar hulpvragen van ouderen vraagt iets van ouderen, gemeenschappen, sociaal domein en (zorg)professionals.

3: Behoud kwaliteit van bestaan

Wat is de afspraak:
Het versterken van de zelfstandigheid en het behoud van eigen regie vormt een belangrijk uitgangspunt bij het leveren van ondersteuning en zorg aan ouderen. Dit om hun kwaliteit van bestaan zo veel mogelijk te behouden. Partijen committeren zich om deze manier van denken en doen te implementeren.
We promoten het als de nieuwe standaard manier van werken en denken:

- Waarbij professionals niet overnemen wat mensen zelf of met hulp vanuit de gemeenschap kunnen.
- We zetten daar waar ondersteunend (digitale) hulpmiddelen en zorgtechnologie in om te helpen herwinnen wat ze niet meer zelfstandig kunnen.
- We onderzoeken de inzet van de te ontwikkelen reablement interventies daar waar huidig aanbod niet voldoende is. Hierbij worden ervaren knelpunten in de bekostiging van deze interventies onderzocht en wordt in kaart gebracht of en hoe deze kunnen worden weggenomen.

Wie gaat wat doen:

- V&VN, overige zorgprofessionals en vertegenwoordigers van ouderen en patiënten ontwikkelen, in lijn met het Generiek Kompas, een kwaliteitsdocument reablement waarin beschreven staat wie daarvoor in aanmerking komen wat de principes zijn voor reablement en welke interventies daarbij zouden kunnen worden ingezet vanuit het gedachtegoed van reablement. Hierbij worden ook andere relevante stakeholders als ActiZ en ZN betrokken, alsmede beroepsorganisaties van ergo- en fysiotherapeuten. Wanneer het kwaliteitsdocument gereed is, wordt bekeken of het meerwaarde heeft om

een patientenversie op te stellen waarin de nut, noodzaak en reikwijdte van inzet van reablement wordt beschreven.
- VWS geeft in afstemming met ActiZ en ZN en met betrokkenheid van ZonMw en het Zorginstituut opdracht voor de uitvoering van een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) over de toepassing van dergelijke interventies te beginnen met reablement. Hiertoe wordt eerst met betrokken partijen een onderzoeksopzet uitgewerkt, welke bestuurlijk af wordt gestemd. Hierbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van wat eerder is ontwikkeld (o.a. binnen het ZonMw programma reablement). Ook is aandacht voor het effect op mantelzorgers en administratieve lasten.
- ZN, VNG en ActiZ inventariseren knelpunten in de bekostiging van interventies gericht op het behoud van vermogen en wat ouderen zelf nog kunnen of (weer) kunnen leren met hulp van trainingen, of tijdelijke ondersteuning. Hierbij wordt eerst gekeken naar wat er binnen de huidige financieringsmogelijkheden al mogelijk is.
- NZa, ActiZ en ZN onderzoeken hoe de mogelijkheden voor bekostiging van koploperexperimenten ter overbrugging tot eventuele inbedding van deze interventies voort kan worden gezet. Hierbij wordt eerst gekeken naar wat er binnen de huidige financieringsmogelijkheden al mogelijk is.
- Bij een positieve uitkomst van de MKBA vraagt VWS het Zorginstituut en de NZa advies uit te brengen over de eventuele borging van deze programmatische aanpak in het zorgstelsel. Hierbij zal worden bekeken hoe reablement zodanig kan worden gepositioneerd dat het niet zou hoeven te leiden tot een zelfstandige aanspraak maar tot een nieuwe manier van werken. Ook brengen we in beeld of en zo ja wat in financiële zin nodig is voor ondersteuning van deze programmatische aanpak.Bij een positieve MKBA maken ZN, V&VN, de overige beroepsorganisaties en ActiZ samen een plan van aanpak om de inzet van reablement landelijk uit te breiden. Hierbij is uitgangspunt dat deze inzet niet leidt tot toename van zorgkosten. Het kan wel leiden tot andere verdeling tussen verschillende vormen van ondersteuning en zorg. Het meenemen/opleiden van professionals is onderdeel van het plan. Bij het opstellen van dit plan van aanpak worden ook andere relevante veldpartijen betrokken en wordt aangesloten bij de implementatie van het Generiek Kompas.
- VWS organiseert als eerste aanzet voor het plan van aanpak, een werkconferentie met zorgaanbieders die voorop lopen met reablement. ActiZ ondersteunt dit proces actief en ook vertegenwoordigers van patiënten en cliënten worden hierbij betrokken. Het voornemen is om de werkconferentie plaats te laten vinden in het najaar van 2025.
- Wanneer het wetsvoorstel DOS (Domeinoverstijgende samenwerking) in werking is getreden maken zorgkantoren gebruik van de ruimte die het wetsvoorstel DOS biedt om een zwaardere zorgvraag te verminderen of uit te stellen. De initiatieven met positieve resultaten die tot stand zijn gekomen met de Specifieke Uitkering DOS continueren zij en spreken in overleg met partijen een termijn af waarin zorgkantoren bijdragen aan een specifiek op basis van DOS bekostigd initiatief. Uitgangspunt van de zorgkantoren hierbij is dat financiering van initiatieven op grond van de Wet DOS tijdelijk is zodat initiatieven van de grond kunnen komen. Zorgkantoren hebben niet de intentie om initiatieven in het sociaal domein structureel te financieren. ZN gaat bij het inkoopproces 2026 zoveel mogelijk uit van meerjarige afspraken. Na inwerkingtreding van het wetvoorstel DOS wordt ook het meerjarige inkoopkader daarop aangepast. Voor de betreffende initiatieven is het vervolgens van belang op welke wijze de financiering structureel kan worden ingebed, hierover zal afstemming plaatsvinden.

Wat is het tijdpad:
- De ontwikkeling van het kwaliteitsdocument heeft een doorlooptijd van 2 jaar. Gedurende dat traject kan V&VN best practices vanuit de praktijk inventariseren en middels passende methodiek verspreiden. Daarnaast kan V&VN na inventarisatie van bestaande (kennis)documenten fungeren als wegwijzer en doorverwijzer naar bestaande kennis. Deze tussenproducten worden uiterlijk half 2026 opgeleverd.

- De onderzoeksopzet wordt na de zomer van 2025 afgerond. Hierin is uitgewerkt wanneer de MKBA wordt opgeleverd. De insteek hierbij is dat MKBA parallel aan uitwerking van het kwaliteitsdocument wordt uitgevoerd.
- Onderzoek naar mogelijkheden van de financiering van de koploperexperimenten wordt eind 2025 afgerond.
- Inventarisatie knelpunten in de bekostiging van interventies gericht op het behoud van vermogen en wat ouderen zelf nog kunnen of (weer) kunnen leren met hulp van trainingen, of tijdelijke ondersteuning wordt voor de zomer van 2026 afgerond.
- Het plan van aanpak wordt na de zomer van 2026 opgeleverd.
- De werkconferentie vindt in het najaar van 2025 plaats.

3.2 Versterken mantelzorgondersteuning

In Nederland zijn ongeveer 5 miljoen mantelzorgers actief, hiervan zijn ongeveer 450.000 mantelzorgers overbelast. Mantelzorgers hebben een belangrijke rol in het leven van hun naasten. Vaak zorgen ze al langere tijd voor hun naaste voordat zorgverleners in beeld komen. Het is belangrijk dat mantelzorgers goed worden ondersteund en dat er oog is voor hun behoeften en vragen. In dit akkoord maken we afspraken over gelijkgerichte mantelzorgondersteuning, respijt- en logeerzorg en werk en mantelzorg. Deze afspraken zijn niet uitsluitend bedoeld voor mantelzorgers van ouderen, maar ook voor andere mantelzorgers. Deze afspraken zijn aanvullend op de mantelzorgagenda 2023-2026[18] en zijn opgesteld in samenhang met de afspraken die in het AZWA worden gemaakt over het versterken van de sociale basis en de sociale basisinfrastructuur.

In de huidige praktijk, en in de nabije toekomst, krijgen mantelzorgers een steeds grotere rol. Hun behoefte aan ondersteuning groeit daarmee ook. Dit geldt niet alleen voor mantelzorgers zelf, maar ook voor maatschappelijke partners die mantelzorgers helpen. Zoals werkgevers, onderwijsinstellingen, woningcorporaties, medisch specialisten, wijkverpleegkundigen, sociaal werkers en vrijwilligersorganisaties.

De huidige inzet en mogelijkheden van gemeenten en hun lokale partners sluiten niet altijd aan bij deze groeiende behoefte. Inwoners en organisaties zijn gebaat bij voorspelbaarheid en vindbaarheid van het ondersteuningsaanbod dat de gemeente biedt, maar ook maatwerk op wat de mantelzorger nodig heeft, maar niet zelf kan organiseren. Tegen deze achtergrond, willen we toewerken naar een gelijkgericht ondersteuningsaanbod in alle gemeenten.[19] Met daarbij oog voor de lokale kennis, bevoegdheden en financiële ruimte bij gemeenten.

Het maatschappelijk vraagstuk rondom mantelzorg is complexer geworden en daarmee ook de vraag naar ondersteuning. Dit vraagt om nieuwe oplossingen. Dit is niet alleen de verantwoordelijkheid van de overheid (VWS of gemeenten) alleen, maar van alle bovengenoemde organisaties en in alle domeinen.

In dit akkoord maken we derhalve ook afspraken over de organisatie van respijt- en logeerzorg. Naast gelijkgerichte mantelzorgondersteuning is dit een randvoorwaarde die in voldoende mate

[18] Mantelzorgagenda 2023-2026 | Rapport | Rijksoverheid.nl,
(https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/06/30/mantelzorgagenda-2023-2026)

[19] Gemeenten en mantelzorgers onderschrijven het doel en de ambitie om tot een herkenbaar en voorspelbaar aanbod van mantelzorgondersteuning te komen binnen de bestaande wettelijke kaders. Vanuit dit vertrekpunt verstaan we onder gelijkgerichte mantelzorgondersteuning een ondersteuningsaanbod conform de acht vraaggebieden van mantelzorgers. De financiële afspraken bij het HLO bieden daarbij, boven op de bestaande middelen die gemeenten in het kader van de Wmo-2015 ontvangen voor het bieden van mantelzorgondersteuning, een impuls aan de ambitie om het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers verder te verbeteren. Met het Houdbaarheidsonderzoek Wmo wordt een verdere uitwerking gegeven aan een basisniveau van aanbod aan mantelzorgondersteuning bij gemeenten.

geregeld en toegankelijk moet zijn om ertoe bij te dragen dat een mantelzorger voor een naaste kan zorgen en tegelijkertijd maatschappelijk actief kan zijn. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen het informeel netwerk en de professionele zorgverlener(s) waarbij er ruimte is voor het maken van maatwerkafspraken.

Op verzoek van de ministeries van VWS, SZW, OCW en Financiën werkt de Sociaal-Economische Raad (SER) daarnaast aan een advies over het verbeteren van de combineerbaarheid van mantelzorg en werk. De overheid wil ruimte geven aan het combineren van werk met het verlenen van mantelzorg, maar wil gelijktijdig mensen stimuleren om deel te nemen aan de arbeidsmarkt. De ministeries vragen de SER om scenario's en oplossingsrichtingen die een goede balans mogelijk maken tussen werk en mantelzorg en andere verplichtingen die mensen hebben. Daarnaast moet er een schets komen van de rol die werkgevers, werknemers en de Rijksoverheid daarin hebben. Daarbij vragen de ministeries aandacht voor een evenwichtige verdeling van zorgtaken en arbeid zodat de economische zelfstandigheid van vrouwen en gendergelijkheid op de arbeidsmarkt worden bevorderd. De SER streeft ernaar een langetermijnvisie op het onderwerp formuleren en zo mogelijk ook aanbevelingen te doen die op de korte termijn de combinatie van werken en mantelzorgen kunnen helpen. Vanuit het streven naar brede welvaart hanteert de SER daarbij een brede blik om te komen tot een goede balans tussen zorgen en werken. Er is aandacht voor de perspectieven van de mantelzorger, de zorgvrager, de werkgever en de zorgmedewerker. De SER heeft de ambitie om het advies voor het einde van 2025 af te ronden.

4: Mantelzorgondersteuning

Wat is de afspraak:
Het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers, waaronder het aanbod van respijt- en logeerzorg, wordt versterkt. We faciliteren de combinatie werk en mantelzorg.

Wie gaat wat doen:

- VWS, VNG, MantelzorgNL en andere relevante maatschappelijke partners werken samen aan een gelijkgericht ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers in alle gemeenten. Hierbij streven we naar ondersteuning voor mantelzorgers, passend bij de behoefte van mantelzorgers in de lokale context, met oog voor het al bestaande ondersteuningsaanbod van gemeenten en gebaseerd op de acht vraaggebieden van mantelzorgers[20]. Bijvoorbeeld, maar niet uitsluitend, op het gebied van:
  - Informatievoorziening, zodat mantelzorgers en hun (maatschappelijke) omgeving informatie eenvoudiger kunnen vinden en toepassen.
  - Ondersteuning bij regeltaken, zoals de inzet van mantelzorgmakelaars.
  - Emotionele ondersteuning, zoals het faciliteren van lotgenotengroepen.

  Met de betrokken partijen worden de behoeften en (financiële) mogelijkheden verder in kaart gebracht. Hierbij gebruiken we de afspraken in de mantelzorgagenda en de financiële afspraken bij het HLO als vertrekpunt. Deze verkenning is onderdeel van afspraak D6 in het AZWA.
- VWS, VNG, ZN en MantelzorgNL gaan in gesprek over passende ondersteuning voor mantelzorgers en de rol van zorgkantoren gelet op de afspraken die worden gemaakt in onderhavig akkoord. Dit gelet op de ambitie om de sociale context mee te laten wegen bij de toegang tot de Wlz. Zorgkantoren kunnen dit meenemen in het zorginkoopkader voor het jaar 2027, indien de afspraken in 2025 worden uitgewerkt.
- VWS, VNG, ZN maken afspraken over de organisatie van respijt- en logeerzorg binnen de huidige wettelijke kaders (Wmo, Wlz en Zvw). Deze afspraken richten zich in ieder geval op het aanbod op regionaal niveau, de wijze waarop het bijbehorende zorg- en ondersteuningsaanbod op een passende manier kan worden georganiseerd en de wijze van financiering en verantwoording. Deze afspraken worden afgestemd met Mantelzorg

[20] Acht vraaggebieden van mantelzorgers website Movisie. https://www.movisie.nl/publicatie/verwijzer-mantelzorgondersteuning

NL. Om tot een passende organisatie van het aanbod te komen is er afstemming met aanbieders van respijt- en logeerzorg over de huidige knelpunten rond het organiseren van het aanbod, en is er aandacht voor de behoefte van mantelzorgers. Uitgangspunt is dat er in de uitvoering zoveel mogelijk wordt gekeken hoe het indicatie- en verantwoordingsproces voor aanbieders waar mogelijk vereenvoudigd kan worden en er een gezamenlijk commitment (vanuit gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars en VWS) wordt gecreëerd om dit aanbod voldoende te borgen[21].

- De SER stelt een advies op over werk en mantelzorg. Na publicatie van het advies doet het kabinet concrete voorstellen voor de combinatie van werken en zorgen. Hierbij geldt het volgende: 1) gegeven dit akkoord is het uitgangspunt dat werkende mantelzorgers in voldoende mate worden gefaciliteerd passend bij de context en afspraken die op dat moment van toepassing zijn binnen het stelsel van ondersteuning en zorg en 2) het faciliteren van werkende mantelzorgers moet passend zijn binnen de (financiële) kaders die het Kabinet heeft gesteld.
- De ministeries van VWS en Financiën laten een onderzoek uitvoeren naar de draagkracht van het informeel netwerk en de maatschappelijke rol of verantwoordelijkheid die mensen kunnen en willen nemen bij het bieden van hulp of ondersteuning.
- De ondertekenaars van het akkoord werken toe naar het predicaat 'mantelzorgvriendelijke werkgever'. Partijen stimuleren daarnaast hun achterban ook dit predicaat te behalen.

Wat is het tijdpad:

- Q1 2026[22]: bestuurlijke afspraken over een gelijkgericht ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers. Daarbij is oog voor de (financiële) randvoorwaarden die daaraan verbonden zijn.
- Q4 2025: afspraken over een regionaal passend, domeinoverstijgend aanbod aan respijt- en logeerzorg zijn klaar.
- Eind 2025 (naar verwachting): SER-advies.
- Q4 2025: de resultaten van het draagkrachtonderzoek zijn beschikbaar.
- 2028: alle ondertekenende organisatie voldoen aan het predicaat 'mantelzorgvriendelijke werkgever'.

3.3 Wlz-zorg zonder verblijf: vereenvoudiging van leveringsvormen en zorg op maat

Voor kwetsbare ouderen is het van belang dat in de thuissituatie goede ondersteuning en zorg beschikbaar is. Uitgangspunt is dat deze ondersteuning en zorg aansluit bij de wensen van de oudere. De ondersteuning en zorg is aanvullend op wat de oudere zelf kan (of weer kan aanleren) met de hulp van mantelzorgers of mensen in het informele netwerk. Hierbij wordt er ook gekeken naar de draaglast en draagkracht van mantelzorgers[23]. Dit draagt bij aan de zelfstandigheid van ouderen en beperkt de inzet van professionele zorg. In de wijkverpleging en de Wmo is het al veel normaler dat de wijkverpleegkundige of de Wmo-consulent kijkt wat er nodig is in de specifieke situatie en de professionele inzet daarop afstemt.

Dit gedachtegoed moet ook in de Wlz gebruikelijk worden en de systematiek van de Wlz moet hierop aansluiten. Van belang is dat de zorg zonder verblijf eenvoudig is te regelen is, tegen een

[21] Mogelijk wordt respijt- en logeerzorg in het AZWA opgenomen als basisfunctionaliteit. Dit is afhankelijk van de besluitvorming in het BO IZA.

[22] Hangt in uitwerking samen met afspraak D6 uit het AZWA. Dit kan impact hebben op het tijdspad.

[23] Zie toetsingscriterium 3.1.1. uit het Toetsingskader 'Toezicht op zorgnetwerken rond cliënten in de thuissituatie' (Toetsingskader Toezicht op zorgnetwerken rond cliënten in de thuissituatie | Toetsingskader | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd), waar staat dat zorgverleners afspraken moeten maken over het signaleren, bespreken en actie ondernemen bij dreigende overbelasting van de mantelzorger.

passende vergoeding en dat gemakkelijk kan worden op- en afgeschaald zonder onnodige administratieve belasting. Hiermee worden de Zvw, Wmo en Wlz beter met elkaar in lijn gebracht.

In de huidige Wlz is intramurale zorg het uitgangspunt. Alleen als de ondersteuning en zorg in de thuissituatie verantwoord en doelmatig kan worden geleverd, heeft de cliënt de keuze voor een Volledig Pakket Thuis (VPT), Modulair Pakket Thuis (MPT) of persoonsgebonden budget (pgb). Dit wordt zo nodig aangevuld met voorzieningen uit de Wmo en zorg uit de Zvw. Dit moet op het niveau van de individueel verzekerde worden bepaald. De verschillende leveringsvormen brengen veel administratieve lasten met zich mee voor zowel de zorgvrager als zorgverlener. Denk bijvoorbeeld aan het afgeven van een MPT-beschikking zonder vermelde omvang van zorg en het invullen van rekenmodules bij wijziging van de zorgbehoefte, meerzorg en Extra Kosten Thuis (EKT). Dit willen we vereenvoudigen. Ook willen we tegengaan dat mensen in kwetsbare situaties verplicht moeten overstappen van aanbieder.

Het uitgangspunt in de Wlz-ouderenzorg zou zorg zonder verblijf moeten zijn ('zo gewoon mogelijk') en indien zorg in de thuissituatie niet meer verantwoord of passend is, komt zorg in een instelling in beeld (zie hoofdstuk 3.4). Bij die omkering van de volgorde 'thuis als het kan' in plaats van 'verblijf als vertrekpunt' wordt aangesloten bij de beweging van het WOZO-programma. Wlz-zorg zonder verblijf kan ook geclusterd wonen behelzen en als alternatief dienen voor verpleeghuiszorg. Geclusterde woonvormen zijn er in diverse soorten en maten en geven invulling aan de grote variatie in woonbehoefte van ouderen. Ze dragen bij aan een actief en (langer) vitaal leven met de juiste ondersteuning en zorg in de nabijheid als dat nodig is.

Om het systeem van Wlz-zorg zonder verblijf te vereenvoudigen, willen we toe naar één leveringsvorm voor zorg zonder verblijf, naast het pgb. Deze leveringsvorm komt in plaats van de huidige leveringsvormen en kan zowel worden geleverd in een geclusterde als ongeclusterde setting. In de uitwerking hiervan is aandacht voor de gevolgen van de eigen bijdragen, administratieve lasten, uitvoerbaarheid, het doenvermogen voor burgers, de gevolgen voor de overige doelgroepen binnen de Wlz-zorg en de gevolgen voor de andere zorgwetten. Deze mogelijke uitvoeringsconsequenties worden meegenomen in het vervolgtraject.

In de uitwerking van de nieuwe leveringsvorm is aandacht voor de verschillende vormen van Wlz-zorg zonder verblijf, zowel in een geclusterde als ongeclusterde woonvorm. Dit doen we onder andere door te onderzoeken hoe geclusterde woonvormen duidelijker kunnen worden gedefinieerd. Deze verschillen betrekken we bij de bekostiging[24]. Hierbij dient scherp oog te zijn voor de uitvoering van de afspraken (inclusief de randvoorwaarden) die zijn gemaakt in het in 2024 afgesloten convenant Medisch Generalistische Zorg (MGZ)[25] om de beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van (medisch generalistische) zorg te borgen. Dit betreft ook (maar niet uitsluitend) geclusterde woonvormen.

Ongeacht de uitwerking van de vereenvoudiging van leveringsvormen, blijft de huidige hulpmiddelenzorg vanuit de Wmo en de Zvw aan Wlz-cliënten die zorg zonder verblijf ontvangen, ongewijzigd. Bij de uitwerking van het advies van de staatscommissie wordt opnieuw naar dit onderwerp gekeken. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor het verstrekken van hulpmiddelen aan Wlz-cliënten zonder verblijf ongeacht hun woonsituatie (momenteel cliënten met VPT, MPT en/of pgb). Daarnaast blijven gemeenten verantwoordelijk voor woningaanpassingen voor deze Wlz-cliënten.

[24] Bijvoorbeeld door onder andere het meenemen van bijkomende (algemene) voorzieningen in de geclusterde woonvormen
[25] Convenant Samenwerking MGZ: Medisch Generalistische zorg voor mensen met een indicatie voor langdurige zorg in de ouderen- en gehandicaptenzorg door Verenso, LHV, Ineen, VGN, NVAVG, ZN, ActiZ, 2 september 2024.

In afwachting van de nieuwe leveringsvorm onderschrijven partijen dat met ingang van inkoopjaar 2027, in afwachting van een wetswijziging, in het kader van passende zorg het MPT in principe voorliggend op het VPT wordt ingezet bij ongeclusterde zorg zonder verblijf.

De kwaliteit van ondersteuning en zorg thuis moet geborgd zijn. De inspectie (IGJ) heeft in haar rapport over Wlz-zorg thuis voor ouderen[26] aangegeven dat de verschillen tussen zorgaanbieders nog groot zijn en de kwaliteit van zorg nog vaak onder de maat. De inspectie zag ook goede voorbeelden. Het is, conform de aanbevelingen in dit rapport, van belang dat zorgaanbieders die Wlz-zorg thuis leveren een duidelijke visie hebben op wat nodig is om dit goed te organiseren en daarbij de juiste voorwaarden creëren. Ook is het van belang dat ouderen en hun naasten duidelijk te informeren over de (on)mogelijkheden bij Wlz-zorg thuis en dat zorgaanbieders hierover goede afspraken maken met de cliënt, conform de uitgangspunten van het Generiek Kompas 'Samenwerken aan kwaliteit van bestaan'.

Zorgaanbieders die aan de slag willen met het verbeteren van de kwaliteit van zorg thuis kunnen een beroep doen op het aanwezige ondersteuningsaanbod. Een goed voorbeeld hiervan is het programma Waardigheid & Trots voor de Toekomst, dat zich specifiek richt op dit thema.[27] Ook kan de rol van de wijkverpleegkundige bij Wlz-zorg thuis beter worden omschreven, heeft de IGJ geconstateerd. Deze taak pakken de branche- en beroepsverenigingen op.

De NZa onderkent het belang van de afspraken in dit HLO ten aanzien van de keuze tussen het inzetten van het MPT of het VPT. De NZa ziet erop toe dat Wlz-uitvoerders alles doen wat binnen hun mogelijkheden ligt om te komen tot tijdige en passende zorg. Daarbij betrekt de NZa in het toezicht de afspraken die partijen in het HLO met elkaar maken en de beleidsuitwerking die Wlz-uitvoerders ten aanzien van de inzet van het MPT of het VPT opstellen.

5: Wlz-zorg zonder verblijf

Wat is de afspraak:
Vereenvoudiging van leveringsvormen

- Het uitgangspunt in de Wlz-ouderenzorg wordt: 'thuis als het kan'. Dat geldt vooruitlopend op een wetswijziging vanaf 2028, ook voor de zorginkoop in 2027.
- We starten een wetsvoorstel om de Wlz-ouderenzorg zonder verblijf in natura te vereenvoudigen door over te gaan naar één nieuwe leveringsvorm, met als uitgangspunt zorg op maat. Zorg op maat:
    - Is aanvullend op wat ouderen zelf met hun eigen netwerk, eventueel met inzet van technologie en/of hulpmiddelen, kunnen of weer kunnen aanleren. Er is ook aandacht voor draagkracht en draaglast voor mantelzorgers[28].
    - Kan zowel worden geleverd in een geclusterde vorm als in een ongeclusterde vorm.
    - De bekostiging moet eenvoudig op- en afschalen van de benodigde zorg mogelijk maken.
    - Bij het op- en afschalen van de benodigde zorg is een belangrijke rol voor de zorgverlener[29] weggelegd (zoals nu het geval is bij de wijkverpleging).
    - Belangrijk gegeven in de nadere uitwerking is dat de bijdrage vanuit het sociale netwerk (juridisch) niet kan worden afgedwongen.

[26] https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2024/07/02/kwaliteit-langdurige-zorg-voor-ouderen-thuis-nog-vaak-onder-de-maat
[27] https://www.waardigheidentrots.nl/
[28] De richtlijn mantelzorg (Richtlijn Mantelzorg) biedt handreikingen en tools om overbelasting te voorkomen, signaleren en verlichten.
[29] Bijvoorbeeld de wijkverpleegkundige, huisarts of specialist ouderengeneeskunde.

- Betrokken organisaties onderschrijven dat in het kader van passende zorg het MPT in principe voorliggend op het VPT in 2027 wordt ingezet bij ongeclusterde zorg zonder verblijf, tot aan inwerkingtreding van het wetsvoorstel vanaf 2028.

Inzicht in wachtsituatie

- Zorgaanbieders geven invulling aan de gewenste beweging om ouderen zo lang mogelijk thuis van zorg te voorzien. Zorgkantoren stimuleren daartoe initiatieven van zorgaanbieders en maken afspraken over het verlenen van zorg in de thuissituatie. Om goed te kunnen sturen op passende zorg thuis is het noodzakelijk dat er meer inzicht is in de wachtsituatie van ouderen die (bewust) wachten op zorg 'thuis'. Daarnaast is het wenselijk om beleid te ontwikkelen om de status van de groep wachtenden die een aantal keer een passende plek hebben geweigerd naar een nieuwe categorie te wijzigen die daar beter bij aansluit.

Wie gaat wat doen:

Vereenvoudiging van leveringsvormen (wetswijziging vanaf 2028)

- VWS bereidt wetgeving voor om te komen tot zorg zonder verblijf via één leveringsvorm (naast het pgb). Hiertoe:
    - Onderzoeken de NZa, VWS en het Zorginstituut hoe deze leveringsvorm qua aanspraak en bekostiging zo optimaal mogelijk kan worden vormgegeven en betrekken daarbij in ieder geval ZN, ActiZ, Zorgthuisnl, vertegenwoordigers van cliënten en mantelzorgers, de beroepsverenigingen en het CAK.
    - Ontwikkelt VWS in samenspraak met het CAK een eigen bijdrage voor Wlz-zorg zonder verblijf. Hiervoor wordt een uitvoeringstoets gevraagd aan het CAK.
    - Stelt de NZa ter voorbereiding op inwerkingtreding van een wetsvoorstel, op verzoek van VWS en in overleg met onder meer ActiZ, Zorgthuisnl en ZN, nieuwe prestaties en tarieven vast (in plaats van de bestaande MPT- en VPT-tarieven), zodat deze bij de beoogde inwerkingtreding per 1 januari 2028 beschikbaar zijn.
    - Zal VWS in het kader van het wetsvoorstel samen met betrokken organisaties een verkenning starten naar de mogelijkheden om de begrippen 'geclusterd' en 'ongeclusterd' wonen te verduidelijken en juridisch beter af te bakenen (onder andere ten behoeve van de bekostiging). We houden in de uitwerking van de nieuwe leveringsvorm rekening met specifieke aspecten ten aanzien van geclusterde woonvormen.

Zorginkoopbeleid

- Zorgkantoren verwerken de lijn 'MPT in principe voorliggend op VPT bij ongeclusterde zorg zonder verblijf' in het inkoopbeleid vanaf 2027. Het uitgangspunt hierbij is dat het MPT zodanig wordt vormgegeven dat er geen onnodige toename is van administratieve lasten voor zorgverleners, ouderen en hun naasten, en ketenpartners. Denk bijvoorbeeld aan het voorkomen van correctie- en stapelfacturen (eigen bijdrage CAK). Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is. Hierbij wordt ook het CAK betrokken.
- Daarnaast verkennen VWS, NZa en ZN de mogelijkheid om per 2027 middels een experiment voor Wlz-zorg thuis te werken met de nieuwe leveringsvorm en de bekostiging daarvan. Dit dient twee doelen: 1) zorgkantoren en zorgaanbieders krijgen al voor 2028 ruimte om beter passende afspraken voor zorg thuis te laten maken en 2) er wordt ervaring opgedaan met de nieuwe leveringsvorm en de bekostiging daarvan.

Kwaliteit van Wlz-zorg thuis

- ActiZ, Zorgthuisnl, V&VN maken, conform de aanbevelingen van de IGJ, afspraken om de rol van de wijkverpleegkundige bij Wlz-zorg thuis te verduidelijken en betrekken het Zorginstituut hierbij.

Inzicht in wachtsituatie

- Om meer inzicht te krijgen in de wachtsituatie van cliënten die bewust wachten op zorg thuis en cliënten die een aantal keer een passende plek hebben geweigerd, onderzoeken zorgkantoren op basis van bestaande gegevensuitwisseling in de huidige systematiek wat hierin al mogelijk is en welke aanscherping er in bestaande systematiek nodig is. Zorgkantoren, ActiZ, het Zorginstituut en Zorgthuisnl komen overeen samen de uitkomst van het onderzoek te bespreken, welk probleem er is, waar het vandaan komt, welke aanscherping eventueel nodig is en hoe het probleem op te lossen. Als uit het voorgaande blijkt dat aanscherping van de landelijke wachtlijstsystematiek hiervoor nodig is, verlenen Zorginstituut, ActiZ en Zorgthuisnl hier hun medewerking aan.

Wat is het tijdpad:

- Het aanpassen van de leveringsvormen voor zorg zonder verblijf in natura vergt een wetswijziging. VWS streeft ernaar om deze wetswijziging per 1 januari 2028 in werking te laten treden.
- Uiterlijk eind 2025 is in kaart gebracht hoe de inrichting van één leveringsvorm bij Wlz-zorg zonder verblijf kan worden vormgegeven.
- Het nieuwe zorginkoopbeleid van de zorgkantoren met de lijn 'MPT voorliggend op VPT bij ongeclusterde zorg zonder verblijf' gaat in per 2027.
- De resultaten van de verkenning van het experiment voor Wlz-zorg thuis worden uiterlijk voor de zomer van 2025 opgeleverd, zodat (bij een positieve uitkomst) vervolgstappen gereed zijn voor start experiment in de zorginkoop per 1 januari 2027.
- In 2026 zijn de afspraken over de rol van de wijkverpleegkundige bij Wlz-zorg gereed.
- In het 1e kwartaal 2026 rond ZN het onderzoek naar het uitzicht in de wachtsituatie af. ZN, ActiZ, het Zorginstituut en Zorgthuisnl bespreken de uitkomsten in het 2e kwartaal van 2026. De uitkomsten neemt ZN waar relevant mee in het zorginkoopbeleid vanaf 2027.

3.4 Verblijf voor ouderen die dit nodig hebben

Veel (kwetsbare) ouderen willen en kunnen zelfstandig thuis blijven wonen, ook als er sprake is van een Wlz-indicatie en daarmee een zwaardere zorgvraag. Ongeveer 93% van alle ouderen boven de 75 jaar woont thuis en maakt dus geen gebruik van zorg met verblijf. Een (zorg)geschikte woonomgeving, de sociale basisinfrastructuur en het sociale netwerk aangevuld met de benodigde professionele zorg maken dit mogelijk. Toch kan er een moment komen dat verblijf in een verpleeghuis noodzakelijk of het meest passend is. Dan is het van belang dat in de wet is vastgelegd dat de zeer kwetsbare oudere toegang krijgt tot het verpleeghuis. Zo zorgen we dat de mensen die deze zorg het hardst nodig hebben, niet onnodig op een wachtlijst belanden en is er sprake van een gelijkwaardigere toegang tot het verpleeghuis.

Verblijf in een verpleeghuis moet beschikbaar blijven voor de zeer kwetsbare ouderen die vanwege een zeer complexe zorgvraag zijn aangewezen op gespecialiseerde, integrale zorg. Integraliteit kenmerkt zich doordat ondersteuning, zorg, behandeling en verblijf onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Bij deze groep ouderen is daarnaast sprake van sterk regieverlies. Het sociale netwerk is zwak dan wel ontbreekt of de (mantel)zorg is gewoonweg te zwaar en of te complex geworden. Om te bereiken dat het verblijf inderdaad beschikbaar is voor kwetsbare ouderen wordt de toegang tot dit verblijf beter (juridisch) afgebakend. Dit doen we door een afwegingskader (opnametoets) voor verblijf te ontwikkelen. Op basis van dit afwegingskader wordt bepaald of het

noodzakelijk is dat een kwetsbare oudere in een verpleeghuis gaat verblijven. VWS zal onderzoeken welke wetgeving nodig is om dit afwegingskader (opnametoets) een juridische basis te geven in de Wlz en zal deze wetgeving starten. Hiermee brengen we tot uitdrukking dat het uitgangspunt is dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en pas van verblijf gebruik kunnen maken als dat gezien de zorgvraag en andere factoren (zoals aanwezigheid van mantelzorg) de best passende oplossing is. Deze afbakening draagt bij aan een op langere termijn beter uitlegbaar zorgstelsel met zekerheden voor de zeer kwetsbare ouderen.

Door de invoering van het afwegingskader (opnametoets) zal de populatie in het verpleeghuis bestaan uit zeer kwetsbare ouderen. Deze ouderen hebben een zeer complexe zorgvraag waarvoor het gewenst is dat voor hen alle behandeling, zowel de specifieke behandeling als de aanvullende zorg (onder andere geneeskundige zorg van algemene aard en farmaceutische zorg), uit de Wlz komt. Het doel is dat op termijn het nu bestaande onderscheid tussen verpleeghuisplekken met behandeling en verpleeghuisplekken zonder behandeling niet meer bestaat. Deze transitie vergt een zorgvuldig traject omdat zorgaanbieders tijd nodig hebben om hun organisatie hierop in te richten. Dit geldt zeker voor zorgaanbieders die nog geen behandeldienst hebben of niet hebben gecontracteerd. We willen voorkomen dat zeer kwetsbare ouderen geen behandeling kunnen krijgen. Belangrijke uitkomst van de transitie is dat naast budgettair neutrale invoering, behandeling in een verpleeghuis passend is en doelmatig wordt ingezet. Dit draagt bij aan het toegankelijk houden van zorg. Door in te zetten op passende behandeling spelen we de in potentie schaarse behandelcapaciteit – van onder andere specialisten ouderengeneeskunde die bij toenemende kwetsbaarheid van ouderen erg belangrijk zijn - vrij voor ouderen ongeacht waar zij wonen.

6: Toegang verblijf in de Wlz

Wat is de afspraak:

- In de Wlz wordt een afwegingskader (opnametoets) voor verblijf ingevoerd op basis waarvan wordt bepaald of een oudere in aanmerking komt voor verblijf in een verpleeghuis. Verblijf is daarmee niet een vanzelfsprekend onderdeel van de aanspraak op zorg vanuit de Wlz. De toegangscriteria voor de Wlz blijven ongewijzigd.
- Het streven is dat op termijn er geen onderscheid meer bestaat tussen verpleeghuisplekken met behandeling en verpleeghuisplekken zonder behandeling.

Wie gaat wat doen:

- Het Zorginstituut ontwikkelt, op verzoek van VWS, een afwegingskader (opnametoets) voor de aanspraak op verblijf waarvan naast zorginhoudelijke elementen (bijvoorbeeld gedragsproblematiek) ook het meewegen van de sociale context deel uitmaakt. Het Zorginstituut betrekt relevante veldpartijen, waaronder Verenso, LHV, ActiZ, V&VN, Zorgthuisnl, cliënten-, naasten- en beroepsorganisaties en partijen uit het sociaal domein zoals Movisie en VNG bij de ontwikkeling van dit afwegingskader (opnametoets).
- VWS onderzoekt door wie deze opnametoets het beste kan worden uitgevoerd. Daarbij wordt meegenomen hoe de zorgprofessional hierin een adviesrol kan vervullen.
- Beroepsgroepen beschrijven in hun richtlijnen wat passende behandeling is.
- VWS onderzoekt de juridische, organisatorische, financiële en uitvoeringstechnische consequenties van de invoering van een afwegingskader (opnametoets) en bereidt wetgeving voor. Hierbij wordt de draagkracht en draaglast van mantelzorgers/het sociaal netwerk meegewogen vergelijkbaar met de werkwijze in de Wmo en de Zvw. Betrokken partijen gaan hierover in gesprek met als beoogd doel het onderdeel te maken van de werkwijze.

- Hierbij worden in ieder geval de volgende onderwerpen betrokken:
  1. Het perspectief van de oudere (inclusief de aard en intensiteit van de aandoening).
  2. De consequenties voor de Wlz, de Zvw (waaronder de impact op de eerstelijn) en het sociaal domein[30]. Hierbij valt te denken aan een toenemende vraag naar onder andere (mobiliteits)hulpmiddelen, behandeling en een groter beroep op voorzieningen in het sociaal domein en een mogelijke grotere rol voor het sociaal netwerk.
  3. Draagkracht en draaglast van het sociale netwerk waaronder de mantelzorgers van deze groep ouderen. Belangrijk gegeven in de nadere uitwerking is dat de bijdrage vanuit het sociale netwerk (juridisch) niet kan worden afgedwongen en in de tijd kan wijzigen.
  4. Ruimte voor het voeren van het open gesprek met de oudere en diens sociale context/ mantelzorgers (zie ook het Generiek Kompas).
- NZa, CIZ, Zorginstituut, CAK en ZN brengen de uitvoeringsconsequenties die het invoeren van een afwegingskader (opnametoets) met zich meebrengt in beeld en borgen dat de randvoorwaarden voor uitvoering bij inwerkingtreding van wet- en regelgeving gereed zijn.
- VWS, Verenso, V&VN, ZN en ActiZ onderzoeken welke (proces)stappen gezet moeten worden om te bereiken dat er op termijn geen onderscheid meer is tussen verpleeghuisplekken met behandeling en verpleeghuisplekken zonder behandeling. Het gaat hierbij onder andere om het in kaart brengen van de benodigde organisatorische consequenties voor zorgaanbieders, de beschikbaarheid van behandelaren (in en buiten het verpleeghuis), het inrichten van passende behandeling en het uitgangspunt dat dit budgettair neutraal wordt ingevoerd. Met onder meer de NZa wordt afgestemd hoe budgettaire neutraliteit wordt bereikt.

Wat is het tijdpad:

- Het afwegingskader (opnametoets) is een jaar na overeenstemming over de opdracht gereed.
- Parallel met de oplevering van het afwegingskader zijn de onderzoeken naar de juridische en uitvoeringstechnische consequenties (inclusief regeldruk en administratieve lasten) alsook het onderzoek naar de gevolgen voor de Wlz, de Zvw en het sociaal domein gereed.
- VWS neemt, uiterlijk na gereedkomen van het afwegingskader, een besluit over wie de taak krijgt het afwegingskader (opnametoets) uit te voeren.
- Op basis van alle uitkomsten van de onderzoeken, zal VWS de benodigde wijzigingen in wet- en regelgeving in gang zetten.
- VWS streeft er naar het afwegingskader (opnametoets) voor verblijf met bijhorende organisatorische, uitvoeringstechnische en (eventueel) juridische wijzigingen per 1 januari 2028 in werking te laten treden.
- In 2026 is het onderzoek over de benodigde (proces)stappen om het onderscheid tussen verpleeghuisplekken met behandeling en die zonder behandeling op te heffen, gereed.

3.5 Herindicaties in het verpleeghuis

De administratietijd in de verpleeghuizen is ongeveer 35%, terwijl bewoners er maar één keer komen wonen. In het regeerprogramma is het voornemen opgenomen om het systeem van herindicatie voor mensen die in een verpleeghuis wonen te beëindigen. Als eerste stap wordt het herindicatieproces voor Wlz-cliënten met een verandering in hun zorgvraag in het verpleeghuis grondig aangepast in samenwerking met het CIZ, de zorgprofessionals (V&VN en Verenso),

[30] De maatregelen in dit hoofdstuk zien alleen op de ouderenzorg. De gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg blijven buiten dit akkoord.

zorginstellingen (ActiZ) en zorgkantoren (ZN). Daarna gaan we ook verbreden naar alle herindicaties in de Wlz en de andere sectoren. We betrekken hun vertegenwoordigers daarbij. Doel is om de administratieve lasten terug te brengen, waarbij vertrouwen in het professioneel oordeel van de zorgprofessionals, die de cliënt kennen en verantwoordelijkheid dragen voor de zorg/behandeling, het vertrekpunt is. Door aan te sluiten bij dit oordeel en de wijze waarop dit in de zorgpraktijk wordt vastgelegd wordt de aan te leveren informatie fors ingeperkt. Zo kunnen zorgverlener meer tijd besteden aan ondersteuning en zorg voor kwetsbare ouderen.

Op jaarbasis zijn er ongeveer 17.000 herindicaties. Uit onderzoek van het CIZ blijkt dat de tijdsinvestering per (her)indicatie gemiddeld ongeveer 4,2 uur bedraagt. De administratieve last betreft vooral de verzameling van documenten, de ondertekening van de aanvraag en de wachttijd bij het formele besluit van het CIZ.

Het nieuwe aanvraagproces voor herindicatie voor bewoners in een verpleeghuis zal steunen op - en zich alleen richten op de geactualiseerde zorginformatie. In de zorgonderbouwing voor wijziging naar een ander zorgprofiel, is de zorgprofessional volledig in regie. Het CIZ kan dan daarop aansluiten en met die informatie beoordelen of dit voldoet aan de wettelijke criteria. Zo kan sneller een besluit worden genomen. De toegang tot de Wlz is immers eerder al bepaald. Door goede wederzijdse afspraken te maken, kan het CIZ sneller dan nu een indicatiebesluit afgeven en daarmee toch voldoen aan zijn wettelijke verantwoordelijkheid.
Op dit moment is het nog niet mogelijk dat een familielid een Wlz-aanvraag ondertekent. Dit geldt voor alle indicaties. Dit wordt als een knelpunt ervaren. Daarom wordt met de aanpassing van het handtekeningbeleid ook de administratieve lasten verlicht in het indicatieproces. Dit geldt zowel binnen als buiten het verpleeghuis.
Bij de invoering van het afwegingskader voor verblijf (opnametoets) wordt duidelijker vastgelegd in welke situaties iemand aanspraak maakt op een plek in het verpleeghuis. Als duidelijk is hoe deze doelgroep is samengesteld wordt gekeken welke maatregelen genomen kunnen worden om het systeem van herindicatie voor mensen die in het verpleeghuis wonen te beëindigen. Uitgangspunt daarbij is dat dit niet mag leiden tot nieuwe administratieve lasten elders in de keten, knelpunten in het zorgaanbod of een toename in de zorgkosten.

7: Herindicaties in het verpleeghuis

Wat is de afspraak:
We verminderen de administratieve lasten voor zorgprofessionals, zorginstellingen, cliënten en het CIZ door het proces van de herindicatie grondig te herzien bij een verandering in de zorgvraag in het verpleeghuis. Dit proces steunt op de onderbouwing van het professionele oordeel van de zorgprofessional. Het wordt daarmee sterk vereenvoudigd en het leidt sneller tot een besluit. Het aantal aan te leveren documenten wordt verminderd en sluit aan op de informatie die door zorgprofessionals al gebruiken. Door een voorstel tot wetswijziging wordt het mogelijk dat een familielid de aanvraag ondertekent (handtekeningenbeleid).
Zorgprofessionals krijgen zo meer tijd om te besteden aan de directe zorg voor cliënten. Cliënten en familieleden hoeven minder te regelen om de juiste zorg te ontvangen.

Wie gaat wat doen:
- Het CIZ, de zorgprofessionals (V&VN en Verenso), zorginstellingen (ActiZ) en zorgkantoren (ZN) maken samen met VWS afspraken over hoe het herindicatieproces eruit komt te zien, en wat de rol van de zorgprofessional wordt (op basis van het multidisciplinair overleg). Daarnaast maken zij afspraken over de aan te leveren gegevens en monitoring. De wensen van de cliënten (Patiëntenfederatie Nederland en LOC) worden hierin meegenomen.
- Het CIZ past de processen en beleidsregels rond herindicatie aan, passend in de planning van de vernieuwing van het ICT-systeem.

- Eind 2026 bekijkt VWS samen met partijen of voor zover mogelijk de aanpassingen van het herindicatiesproces ook voor andere sectoren in de Wlz kunnen gelden, voor mensen die zorg thuis ontvangen en voor eerste indicaties.
- VWS zet het wetgevingstraject rond het handtekeningenbeleid voort.

Wat is het tijdpad:
- In 2025 vindt de herziening van het herindicatieproces plaats in samenwerking met veldpartijen.
- Per 2026 (of daarna binnen zeer afzienbare tijd) kunnen een aantal wijzigingen worden doorgevoerd.
- Eind 2026 is het onderzoek of de aanpassingen van het herindicatieproces ook voor andere Wlz-sectoren, voor mensen die zorg thuis ontvangen en voor eerste indicaties kunnen gelden, afgerond.
- In 2027 is beoogd de wetswijziging van het handtekeningenbeleid in te laten gaan. De wetswijziging is al in voorbereiding.

3.6 Vindbare en passende ondersteuning en zorg

Vindbaarheid ondersteuning en zorg
Het is belangrijk dat ouderen ondersteuning en zorg gemakkelijk kunnen vinden als zij kwetsbaarder worden en hulp nodig is. Nu is dat niet altijd het geval omdat ouderen niet altijd weten wat er mogelijk is. Het tweede transitiedoel in dit akkoord is dat kwetsbare ouderen erop moeten kunnen rekenen dat ondersteuning en zorg er voor hen is. Dit vergt dat de ondersteuning en zorg ook goed vindbaar is. Daarom zullen de Seniorencoalitie, MantelzorgNL, LOC en de PFN gezamenlijk inventariseren, wat onduidelijk is en dit in kaart brengen. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om de informatievoorziening of over het advies en de bemiddeling naar zorg. Enkele leden van Team Overheid (met name CIZ, Zorginstituut en CAK) zullen samen met de VNG en ZN, uitwerken hoe zij de geïnventariseerde onduidelijkheden kunnen wegnemen. Daarbij werken de leden van Team Overheid, VNG en ZN samen met de Seniorencoalitie, LOC, MantelzorgNL en de PFN.

8: Vindbaarheid ondersteuning en zorg

Wat is de afspraak:
- De belangrijkste onduidelijkheden die ouderen ondervinden bij het vinden van ondersteuning en zorg (Wmo, Zvw en Wlz) in de huidige situatie worden geïnventariseerd en geprioriteerd (ook in het verlengde van de activiteiten in het kader van de visie op de eerste lijn).
- Waar mogelijk worden deze onduidelijkheden weggenomen zodat ouderen gemakkelijker zorg kunnen vinden. Hierbij wordt meegenomen in hoeverre ondersteunende middelen zoals AI en bestaande coördinatiefuncties (VVT) mogelijk een rol kunnen spelen in het verbeteren van vindbaarheid en bemiddeling.

Wie gaat wat doen:
- De Seniorencoalitie, MantelzorgNL, LOC en de PFN inventariseren de onduidelijkheden.
- Leden van Team Overheid (met name CIZ, Zorginstituut en CAK), VNG en ZN nemen de belangrijkste onduidelijkheden weg. Daarbij betrekken zij waar nodig de zorgaanbieders.

Wat is het tijdpad:
Voor eind 2025 wordt de inventarisatie opgeleverd.
Per 2026 wordt gewerkt aan het wegnemen van de onduidelijkheden.

Passende Wlz-zorg
Passende Wlz-zorg draagt allereerst bij aan de kwaliteit van het bestaan van ouderen, omdat de ouderen en de zorgverleners samen kunnen beslissen over wat het meest passend is bij de mogelijkheden en wensen van ouderen. Ongeacht de plek waar deze zorg wordt ontvangen, thuis,

in een geclusterde woonvorm of in een verpleeghuis. Bovendien is passende zorg effectief (betere toegang voor kwetsbare ouderen) en efficiënt (minder druk arbeidsmarkt). Verder draagt passende zorg bij aan de kwaliteit van het bestaan van ouderen zoals verwoord in de uitgangspunten van het Generiek Kompas. Om passende zorg te verlenen, moeten we weten welke interventies werken. Daarom is het noodzakelijk om de verschillende interventies te onderbouwen en verouderde interventies te schrappen. Dit is extra belangrijk omdat de zorg voor ouderen, altijd persoonsafhankelijk (samen beslissen) en contextgebonden is. In de curatieve zorg zijn hier al stappen in gezet. Deze ontwikkeling zetten we ook door in de Wlz. We nemen mee dat de curatieve zorg wezenlijk anders is dan de Wlz. Immers, de Wlz richt zich op mensen met blijvende beperkingen met kwaliteit van bestaan als uitkomstmaat. Het Generiek Kompas neemt passende zorg ook als uitgangspunt.
De afgelopen jaren is in de langdurige zorg gewerkt aan de ontwikkeling van een kenniscyclus om systematisch kennis te ontwikkelen waar zorgverleners behoefte aan hebben om passende zorg te bieden. We bouwen voort op deze kennisontwikkeling[31].

9: Passende zorg

Wat is de afspraak:
Passende zorg is het uitgangspunt, ook in de Wlz. We werken aan passende zorg die bijdraagt aan de kwaliteit van bestaan van ouderen, aansluit op de mogelijkheden en wensen van ouderen én minder beroep doet op personele inzet.

Wie gaat wat doen:
- Op verzoek van VWS inventariseert Vilans de bestaande interventies die door zorgverleners in de Wlz worden gebruikt. Dat doet Vilans via de organisaties die deze interventies ontwikkelen. Ook zal Vilans de bij het Zorginstituut bekende voorbeelden daarin meenemen. Vilans zal zelf geen duiding aan de interventies geven. Het resultaat van deze inventarisatie is dat betrouwbare informatie (inclusief de onderbouwing, houdbaarheid en duurzaamheid) over werkende interventies gemakkelijk vind- en vergelijkbaar zijn voor zorgverleners, mantelzorgers en cliënten. Dit zal als belangrijke inspiratiebron fungeren en is een belangrijk vertrekpunt voor richtlijnontwikkeling.
- De beroepsorganisaties Verenso en V&VN leveren elk meerdere voorbeelden van impactvolle interventies aan, waarvoor het wenselijk dat deze vertaald worden in richtlijnen. Zij betrekken daarbij de Seniorencoalitie, Patiëntenfederatie Nederland en waar nodig ActiZ en ZN. Zorgaanbieders bieden tijd en ruimte voor implementatie van de passende zorgproducten vanuit de zorgverleners.
- Verenso en V&VN leveren beide eind 2025 of begin 2026 een plan van aanpak op hoe we in de toekomst (zoveel mogelijk met kennis onderbouwde) handreikingen en richtlijnen kunnen ontwikkelen. Het plan van aanpak is met financiële onderbouwing. Zij houden daarbij zoveel mogelijk rekening met de overwegingen voor passende ondersteuning en zorg en sluiten aan op het Generiek Kompas en de zorgstandaard dementie. Ook wordt meegenomen dat de richtlijnen en handreikingen gemakkelijk toepasbaar zijn door de zorgverleners en dat zij verbonden zijn met de kenniscyclus. Waar nodig worden door Verenso en de V&VN de partijen in de kennisinfrastructuur betrokken (zoals Vilans, Academische Werkplaatsen Ouderenzorg, ZonMW).
- V&VN en Verenso en SKILZ (Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg) onderzoeken of de door hen vervaardigde richtlijnen aansluiten op de transitiedoelen. Waar nodig passen ze de richtlijnen aan, ontwikkelen nieuwe richtlijnen en schrappen overbodige richtlijnen. Ook ontwikkelen zij producten om ervoor te zorgen dat de nieuwe kennis makkelijk toegankelijk is voor de zorgverleners op de werkvloer. Hoe zij dit aanpakken, staat beschreven in het plan van aanpak dat zij eind 2025 of begin 2026 opleveren.

[31] Kamerstukken II, 2022-2023, 34104 nr. 374.

- De zorgkantoren betrekken deze initiatieven zoveel mogelijk bij de zorginkoop zodat de zorgverleners deze zoals bedoeld kunnen toepassen en de zorgprofessionals kunnen operen volgens de vastgestelde beroepstandaarden.
- Het Zorginstituut ontwikkelt een aanpak om interventies te kunnen evalueren op uitvoerbaarheid en noodzakelijkheid. Bij het ontwikkelen hiervan worden voor deze aanpak relevante organisaties betrokken.

Wat is het tijdpad:
- Voor einde 2025 inventariseert Vilans de interventies.
- Voor einde 2025 leveren Verenso en V&VN ieder de voorbeelden aan.
- Eind 2025 of begin 2026 leveren V&VN en Verenso elk een plan van aanpak op inclusief financiële onderbouwing.
- De zorgaanbieders implementeren de geselecteerde interventies binnen een periode van één tot twee jaar.
- In 2025 ontwikkelt het Zorginstituut een aanpak om interventies te evalueren op uitvoerbaarheid en noodzakelijkheid (dit in analogie aan de curatieve zorg).

3.7 Vernieuwing in ondersteuning en zorg in de praktijk

Het gaat in deze paragraaf om vermindering van de administratieve lasten, KIK-V, iWlz, de inzet van technologie en het versterken van kwaliteit in teams.

Vermindering van de administratieve lasten
We streven naar vermindering van de administratietijd tot maximaal 20% in 2030. Als we de administratietijd verminderen, draagt dit voor een belangrijk deel bij aan het tegengaan van de personeelstekorten. Minder administratietijd vergroot bovendien het werkplezier. In de IZA-regiegroep 'Aanpak Regeldruk' is overeengekomen dat alle partijen zich inspannen voor een halvering van de administratieve lasten in 2030. In deze regiegroep, die onder leiding staat van twee speciaal gezanten, is hiervoor een werkagenda opgesteld. Ook steekt VWS de hand in eigen boezem en zorgt dat nieuwe beleidsvoorstellen op administratieve lasten worden getoetst. Bijvoorbeeld met betrekking tot het vereenvoudigen van het systeem van herindicaties. Zorgaanbieders zijn zelf aan de slag met regeldruk. Bijvoorbeeld door het schrappen van getekende zorgovereenkomsten, het beter aansluiten van het elektronisch cliëntendossier (ECD) op het zorgproces of de inzet van kunstmatige intelligentie (AI), zoals spraakgestuurd rapporteren.

10: Administratieve lasten

Wat is de afspraak:
Het verlagen van de administratietijd is een verantwoordelijkheid van ons allemaal. We moeten streven naar het verminderen van de administratietijd in 2030 tot maximaal 20% van de werktijd. Standaardiseren is het doel. Verschillen in regels en vereisten die zorgverzekeraars en zorgkantoren van zorgorganisaties verlangen, worden zo veel mogelijk gelijkgetrokken tussen zorgverzekeraars onderling en zorgkantoren onderling. Dit heeft een positief effect op de regeldruk in de ouderenzorg. Alle zorgaanbieders zetten in op vermindering van administratieve lasten binnen hun eigen organisatie. VWS zet in op regelarme beleidsvoorstellen en wet- en regelgeving.

Wie gaat wat doen:
Iedereen doet mee aan het verminderen van administratietijd. Daarom:
- Binnen de Regiegroep 'Aanpak Regeldruk' werken alle IZA-partijen, aangevuld met enkele andere leden, aan het uitvoeren van de werkagenda. Tevens worden er in het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord aanvullende afspraken gemaakt, zoals over machtigingen wat ook een positief effect heeft op de regeldruk in de ouderenzorg.

- Beroepsorganisaties komen met voorstellen hoe de administratietijd kan worden verminderd. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om (interne) regels, onhandige organisatie en roosterindeling.
- Beroepsorganisatie bespreken deze voorstellen met de brancheorganisaties.
- Gezamenlijk bespreken zij deze voorstellen met onder meer de zorgkantoren en Team Overheid. De voorstellen worden ingebracht in de Regiegroep 'Aanpak Regeldruk'. Waar mogelijk worden deze voorstellen overgenomen en gerealiseerd. De voorstellen worden mogelijk als hamerstuk op de bestuurlijke thematafel HLO geagendeerd.
- Zorgaanbieders pakken hun interne regeldruk aan. Zorgaanbieders kunnen hierbij worden ondersteund door Vilans, via 'Waardigheid en Trots' en de experimenteerruimte bij de NZa.
- Daarnaast moet het kabinet ook de hand in eigen boezem steken door wetgeving doorlichten en verbetervoorstellen te doen, zoals de herindicaties voor mensen die wonen in een verpleeghuis.
- VWS toetst beleidsvoorstellen op administratieve lasten. Voorstellen voor wet- en regelgeving worden getoetst door het Adviescollege Toetsing Regeldruk.
- Zorgkantoren werken waar mogelijk aan verdere uniformering van regels en vereisten.
- ECD- en EPD-leveranciers dragen zorg voor mogelijkheden gegevensuitwisseling.

Concrete stappen:

Stoppen met overbodige handtekeningen in Wlz
Zorgaanbieders stoppen met de getekende zorgovereenkomst. Deze overeenkomst is niet verplicht. Ook stoppen zorgaanbieders met de handtekening onder het zorgplan in de Wlz. Deze is ook niet verplicht maar wordt nog wel door sommige zorgaanbieders gehanteerd.

(Cliënt)dossier regelarm
Zorgaanbieders richten hun (cliënt)dossier regelarm in waarbij overbodige (dubbele) formuleren worden geschrapt. Het ECD is gebruiksvriendelijk en overtypen wordt voorkomen. Het zorgplan bevat dan een klein aantal belangrijke doelen, en rapportage op standaard of reguliere zorg wordt voorkomen. Er wordt vooral op afwijkingen gerapporteerd. Spraakgestuurd rapporteren wordt grootschalig geïmplementeerd.

Verminderen van regeldruk bij Rekenmodule Wlz
De Wlz-zorg zonder verblijf wordt vereenvoudigd. Het ligt voor de hand dat daardoor de rekenmodule Wlz niet meer noodzakelijk is. Dit vermindert de regeldruk voor zorgaanbieders en zorgverleners. Als partijen gezamenlijk de uitkomst van de pilot van DSW met de rekenmodule positief beoordelen, dan gaan partijen (ZN, ActiZ en VWS/NZa) om de tafel om te bezien onder welke randvoorwaarden landelijke opschaling mogelijk is.

Wat is het tijdpad:
Vanaf 2025 start de uitvoering van de genoemde activiteiten. De concrete planning wordt voor het eind van 2025 opgesteld.

Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren
In het programma Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren (KIK-V) zijn afspraken vastgelegd over het uitwisselen van gegevens op het gebied van kwaliteit en bedrijfsvoering. Inzet is om dit proces verder te optimaliseren.

11: Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren

Wat is de afspraak?
Zorgaanbieders moeten eenvoudiger en veiliger gegevens aanleveren. Organisaties in de ouderenzorg hebben hiervoor met het programma Keteninformatie Kerngegevens Verbeteren (KIK-V) afspraken vastgelegd over het uitwisselen van gegevens op het gebied van kwaliteit en bedrijfsvoering. Informatievragen worden beter op elkaar afgestemd, data wordt eenmalig in de

bronsystemen van zorgaanbieders geregistreerd en meervoudig gebruikt en de databeschikbaarheid wordt verbeterd. Dit leidt enerzijds tot vermindering van administratieve lasten bij zorgaanbieders en anderzijds tot verbetering van de actualiteit, kwaliteit, tijdigheid en vergelijkbaarheid van informatie voor zowel zorgaanbieders als informatievragende partijen.

Wie gaat wat doen?

- Het programma KIK-V is ondergebracht bij het Zorginstituut.
- PFN, ActiZ, IGJ, NZa, ZN, Zorginstituut en VWS werken samen aan de uitwerking en implementatie van KIK-V, beginnend bij de verpleeghuiszorg en vervolgens uit te breiden binnen de gehele VVT-sector. Deze organisaties hebben zich met een convenant hieraan gecommitteerd.
- Het streven is dat binnen enkele jaren alle uitvragen binnen de verpleeghuiszorg via de KIK-V werkwijze verlopen en dat de KIK-V werkwijze bij zorgaanbieders in de ouderenzorg is geïmplementeerd.
- Meer specifiek wil VWS zorgaanbieders extra ondersteunen om tot databeschikbaarheid te komen. Daarnaast stelt VWS het Zorginstituut in staat om een tijdelijke generieke voorziening in stand te houden zodat informatievragende partijen tot een vloeiende uitwisseling van gegevens kunnen komen.
- Hiermee wordt de continuïteit van het programma KIK-V geborgd.
- Om dit mogelijk te maken stelt VWS een extra bedrag van € 2 miljoen ter beschikking aan het Zorginstituut.

Wat is het tijdpad?

In 2025 en 2026 wordt gewerkt aan het implementeren van KIK-V. De betrokken systeempartijen zorgen ervoor dat zij in 2025 en 2026 geautomatiseerd kunnen uitvragen. Vervolgens wordt er toegewerkt naar volledige implementatie binnen vijf jaar.

Elektronische gegevensuitwisseling (via iWlz)

iWlz is de iStandaard om cliënten in alle fasen van de Wlz-keten te volgen: van de indicatie via zorgtoewijzing en -levering tot de vaststelling van de eigen bijdrage en declaratie. Het doel van iWlz is een snelle en efficiënte inzet van zorg te ondersteunen en bij te dragen aan een afname van administratieve lasten. Daarnaast moet iWlz een betrouwbare en duurzame bron van informatie zijn over Wlz-zorg. In 2024 is het eerste register al succesvol in gebruik genomen.

Binnen de langdurige zorg is het versterken van de samenwerking in het netwerk rondom de cliënt essentieel om goede, toekomstbestendige zorg te blijven bieden. De uitdagingen in de ouderenzorg vragen om directe versterking van deze samenwerking. Daarom is het van belang om te komen tot de versnelde realisatie van duurzame digitale netwerkzorg, waarin partijen rondom de oudere stapsgewijs en praktijkgericht verbonden worden op basis van open standaarden en veilige datagerichtheid. Daarbij kan worden ingezet op het slim en duurzaam verbinden van informele zorg, zorgprofessionals en andere sectoren. Daarbij doen we dat met toepassingen die de zorgprofessionals echt ondersteunen. Bijvoorbeeld met gestandaardiseerde verpleegkundige eOverdrachten (zoals vereist door de Wegiz). Hierbij zal worden aangesloten op de uitgangspunten van de Nationale Visie en Strategie op het Gezondheidsinformatiestelsel (NVS), het Landelijk Dekkend Netwerk (LDN) en de Wegiz.

12: iWlz

Wat is de afspraak?

Het administratieve zorgproces tussen alle ketenpartijen in de Wlz gebeurt via elektronische gegevensuitwisseling. Op dit moment wordt informatie gedeeld tussen de ketenpartijen waarbij iedere organisatie zelf registreert in de eigen systemen. Het Actieprogramma van het Zorginstituut ontwikkelt een netwerkmodel Wlz waarbij de transitie wordt gemaakt van gegevensuitwisseling naar databeschikbaarheid. Zo kan elke ketenpartij tijdig beschikken over de juiste informatie om hun zorgproces snel te kunnen starten. Dit vermindert de administratieve lasten. Hierbij geldt eenmalige registratie en meervoudig gebruik. Het

verhoogt de kwaliteit van data wat uiteindelijk ook leidt tot snellere en betere zorg die aansluit bij de behoefte van de oudere. Doelstelling is om dit netwerkmodel ook in te zetten in het sociaal domein voor Wmo-zorg en zorg vanuit de jeugdwet.

Wie gaat wat doen?

- Zorginstituut werkt samen met de partijen ZN, CIZ, CAK, ActiZ, VGN, Valente, De Nederlandse GGZ en Zorgthuisnl aan de ontwikkeling van het netwerkmodel om aan te kunnen sluiten op het gezondheidsinformatiestelsel volgens de tijdslijnen zoals vastgesteld in de NVS.

Wat is het tijdpad?

- In 2025 wordt het bemiddelingsregister geïmplementeerd en wordt gewerkt aan domeinonafhankelijke zorgleveringsregister (ook inzetbaar in het sociaal domein.
- In 2027 sluiten zorgaanbieders aan op de registers (conform gemaakt afspraken in het Actieprogramma plateau 2 NVS).

Meer inzet van technologie en anders werken

In tijden van personeelstekorten vinden wij het een gezamenlijke verantwoordelijkheid om, daar waar mogelijk en wenselijk, zorgtechnologie in te zetten als vervanging van fysieke zorg. Om kwaliteit van bestaan en eigen regie van ouderen blijvend te waarborgen, is snelle en gerichte inzet van innovatieve technologie onmisbaar. Het toepassen van domotica en digitalisering zodat een hybride vorm van processen in ondersteuning en zorg ontstaat, moet bij het bieden van ondersteuning of zorg de norm zijn. Daarom spreken we in dit HLO af om structureel ruimte vrij te maken voor de toepassing van slimme digitale ondersteuning, zoals nieuwe vormen van generatieve AI. Slimme digitale ondersteuning biedt directe voordelen: ouderen kunnen langer zelfstandig leven en worden beter ondersteund in hun dagelijks functioneren. Tegelijkertijd ervaren zorgverleners minder administratieve druk, meer werkplezier en een betere werk-privébalans. Door routinematige en organisatorische taken over te nemen, geven deze innovaties zorgprofessionals de ruimte om te doen waar ze het verschil maken: persoonlijke zorg leveren. We investeren nu, omdat het nodig is om de ouderenzorg toegankelijk en betaalbaar te houden. Door digitale collega's onderdeel te maken van zorgteams, versterken we de aantrekkelijkheid van het vak, behouden we waardevolle medewerkers en creëren we ruimte voor nieuwe instroom. Slimme digitale ondersteuning is daarmee geen luxe, maar een voorwaarde voor toekomstbestendige ouderenzorg waarin ouderen centraal staan en zorgverleners duurzaam worden ondersteund. Het is dan ook van belang dat cliëntenorganisaties en ouderen zelf ook worden betrokken bij de implementatie van technologie.

Bij het AZWA wordt ook ingegaan op de inzet van technologie en AI. Bekende voorbeelden van technologie die in de ouderenzorg worden toegepast zijn de medicijndispenser en beeldschermzorg. Zie ook rapport van SiRM[32] en de kennisbank van Vilans[33]. Zorgaanbieders kunnen een beroep doen op de Stimuleringsregeling Technologie in Ondersteuning en Zorg (STOZ) waarmee de inzet van digitale en hybride processen in ondersteuning en zorg worden gestimuleerd. Zorgaanbieders zetten zich in om waar mogelijk zorgprocessen te vereenvoudigen met de inzet van technologie, met behoud van kwaliteit van zorg.

Zorgaanbieders hebben aangegeven tijdens de WOZO-bijeenkomsten begin 2024 dat zij tegen belemmeringen aanlopen bij het implementeren van digitale en hybride toepassingen. Dit is ook aangeven in de WOZO-voortgangsbrief van eind 2024[34]. Aan de inzet van technologie zijn kosten verbonden zoals voor de investeringen, implementatie en exploitatie. Deze komen onvoldoende terug in de bestaande bekostiging. De NZa zal deze knelpunten (indien nodig na een advies) oppakken.

[32] https://www.sirm.nl/publicaties/geschat-potentieel-digitale-zorg
[33] https://www.vilans.nl/kennisbank-digitale-zorg
[34] Kamerstukken II, 2024-2025, 29389, nr. 145.

13: Technologie

Wat is de afspraak:
- Zorgprocessen worden waar mogelijk eenvoudiger en doelmatiger gemaakt met de inzet van technologie met behoud van goede kwaliteit van zorg.
- De door zorgaanbieders genoemde knelpunten in de opschaling van technologie worden aangepakt. Dit is conform de brief aan de Tweede Kamer over de voortgang van WOZO[35].
- VWS start samen met ZN, ActiZ en de Nederlandse AI coalitie (NL AIC) een traject om AI in de ouderenzorg te versnellen. Dit traject wordt afgestemd op het zorgbrede traject rondom AI dat volgt uit AZWA.
- Op basis van inzichten uit traject NL AIC en VWS werken aanbieders en zorgkantoren een concreet plan uit dat erop gericht is AI inzet in de zorg te laten leiden tot echte impact voor medewerkers.
- De databeschikbaarheid is belangrijk voor de adequate uitvoering van het HLO. Daarvoor gaan we in gesprek met SILIZO (Samenwerkende ICT-leveranciers in de zorg) om gezamenlijk de impact te bepalen van de gemaakte afspraken in dit akkoord op de (bron)systemen in het primaire zorgproces. Denk aan de EPD's (elektronische patiëntendossiers) en ECD's (elektronische cliëntendossiers)[36]. Hierbij vindt ook afstemming plaats met de gesprekken die lopen in het Digitaal Transitie Orgaan (DTO).

Wie gaat wat doen:
- Zorgaanbieders benutten technologie bij zorgvragers en zorgverleners en betrekken hen bij keuzes in gebruik van technologie en scholing.
- De NZa pakt (na een NZA-advies op verzoek van VWS) de knelpunten aan met betrekking tot de bekostiging van technologie.
- De zorgkantoren zullen bij de inkoop van zorg inzetten op het gebruik van technologie.
- VWS en ActiZ zullen de verkenning met SILIZO uitvoeren.
- VWS, ZN en ActiZ werken met behulp van NL AIC een concreet plan uit dat erop gericht is met behulp van AI impact te maken voor zorgverleners. Cliëntenorganisaties worden ook betrokken bij de uitwerking van dit plan. In dit plan staat in ieder geval:
    - Een prioriteitenlijst van mogelijke AI toepassingen met verwachte impact waarop de sector wil inzetten.
    - Een drietal impactvolle doorbraakvoorstellen volgend uit de prioriteitenlijst.
    - Een plan van aanpak voor implementatie doorbraakvoorstellen en monitoring van de resultaten van deze projecten en verdere opschaling. Uitgangspunt: alle aanbieders conformeren zich aan het volgen van de gekozen projecten (dus geen 1000 bloemen bloeien). Opschaling vindt plaats op basis van 'readiness' van de aanbieder om aan te sluiten. Aansluiting vindt niet plaats in een eigen variant, maar op basis van dezelfde aanpak.

Wat is het tijdpad:
- De NZa zal in het eerste kwartaal van 2026 een aanpak opleveren.
- VWS, ZN, ActiZ en NL AIC leveren eind Q4 van 2025 het plan met betrekking tot inzet AI op. Verdere planning volgt uit plan van aanpak.

[35] Kamerstukken II, 2024-2025, 29389, nr. 145.
[36] Het doel is om de verpleegkundige overdracht (tussen cure-care en care-cure en tussen care-care) gestandaardiseerd en elektronisch te laten plaatsvinden. Dit leidt tot een kleiner risico op fouten in de overdracht, minder administratieve lasten voor zorgmedewerkers zoals onnodig overtypen en een betere continuïteit en kwaliteit van zorg. Het doel van het netwerkmodel (transitie i-standaard(en) is een verbeterde en toekomstbestendige gegevensuitwisseling te creëren, processen te stroomlijnen en de administratieve lasten voor zowel zorgverleners als gemeenten te verminderen.

Versterken kwaliteit in teams

De zorg[37] en ondersteuning voor ouderen met complexe problematiek thuis, in de wijk en in het verpleeghuis vereist een hernieuwde blik op samenwerking, teamsamenstelling[38], zeggenschap en kennisdeling. De gezamenlijke gerichtheid van alle teamleden op kwaliteit van bestaan is cruciaal. Tegelijkertijd zijn er grote uitdagingen op het gebied van samenwerking in zorg en welzijn, tussen formele en informele zorg en tussen medewerkers met en zonder diploma.

Naast het opleiden en aantrekken van nieuwe professionals gaat het over hoe huidige professionals hun vak goed kunnen uitoefenen, kunnen blijven leren en ontwikkelen en duurzaam prettig met elkaar kunnen blijven (samen)werken. Voor mantelzorgers is het belangrijk dat zij gezien worden en dat er een gesprek plaatsvindt over welke rol de mantelzorger kan en wil hebben.

Bij het onderwerp kwaliteit in teams zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- Multidisciplinaire teams, inclusief professionals uit zorg en welzijn.
- Gelijkwaardige samenwerking en afstemming met informele zorg (mantelzorgers, naasten en vrijwilligers) en cliëntenraden.
- Praktijkgericht experimenteren en lerend ontwikkelen op basis van zeggenschap uit het primaire proces.
- Elk teamlid beschikt over de minimale kennis en vaardigheden die nodig zijn om op de specifieke plek in het team goed te kunnen functioneren.

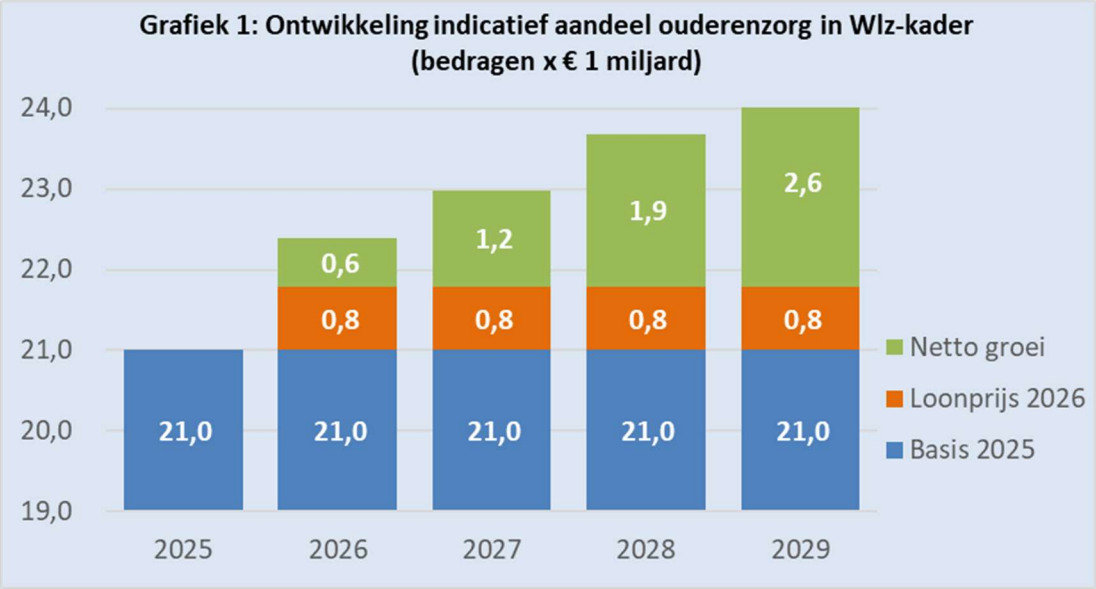
Afgesproken is om dit onderwerp buiten het HLO in het verlengde van het (implementatietraject van het) Generiek Kompas verder uit de werken. V&VN, SWN, LOC Waardevolle zorg, Verenso, Actiz en MantelzorgNL zullen in 2025 een voorstel voor een programma, gericht op de versterking van de kwaliteit in zorg- en welzijnsteams, aanbieden aan VWS. De Patiëntenfederatie en Zorgthuisnl worden betrokken bij de nadere uitwerking van dit onderwerp. VWS zal het voorstel beoordelen in het kader van de toekenning van een mogelijke subsidie en passende financiering ter beschikking stellen.

[37] Onder 'zorg' verstaan we zorg én behandeling.
[38] Onder 'teams' verstaan we ook vakgroepen.

4. Financiën

4.1 Meerjarige ontwikkeling indicatief budget Wlz-ouderenzorg

- Met het HLO biedt VWS inzicht in de verwachte ontwikkeling van het aandeel ouderenzorg in het meerjarige Wlz-kader voor de periode 2025-2029. Deze is opgenomen in grafiek 1.
- Het Wlz-kader is niet formeel verdeeld over de sectoren ouderenzorg, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg. Dat geeft zorgkantoren flexibiliteit om in te spelen op de regionale situatie en te voldoen aan hun zorgplicht ten aanzien van cliënten vanuit de verschillende sectoren. De bedragen in grafiek 1 voor het aandeel ouderenzorg zijn daarom indicatief.
- In de voorlopige kaderbrief 2026 zal VWS een meerjarig financieel kader opnemen voor het totaal van het Wlz-kader voor de periode 2025-2029.
- VWS zal de NZa verzoeken om dit meerjarige kader vanaf 2026 te verdelen over de zorgkantoren. Dit geeft zorgkantoren meer houvast over de ontwikkeling van hun budget.



- In 2025 komt het bedrag voor Wlz-ouderenzorg binnen het totale budgettaire kader naar verwachting uit op afgerond € 21,0 miljard. Dit bedrag vormt de basis voor de ontwikkeling van het indicatieve meerjarige budget voor Wlz-ouderenzorg. In grafiek 1 zijn dit de onderste blauwe staven.
- Het Wlz-kader wordt conform de bestaande systematiek jaarlijks geïndexeerd voor loon- en prijsontwikkelingen op basis van de ontwikkelingen uit de meest recente Macro Economische Verkenning (MEV) van het CPB.
    - Voor 2026 is ter indicatie de voorlopige indexering opgenomen op basis van het Centraal Economisch Plan (CEP) van het CPB opgenomen. Dit zijn de oranje staven in grafiek 1. Bij de definitieve kaderbrief zal dit worden vervangen door de indexering op basis van de MEV.
    - De loon- en prijsbijstelling voor 2027 tot en met 2029 zal conform dezelfde gebruikelijke systematiek worden vastgesteld en jaarlijks op basis van de MEV worden toegevoegd aan het Wlz-kader (deze jaarlijkse 'tranches loon- en prijsbijstelling' zijn dus nog niet in het plaatje opgenomen).
- Jaarlijks is groeiruimte beschikbaar en zijn er effecten van beleid. Het saldo hiervan noemen we in grafiek 1 de 'netto groei'.
    - De groeiruimte voor het Wlz-kader wordt per kabinetsperiode vastgesteld op basis van de Verkenning middellange termijn (MLT) van het CPB. De huidige kabinetsperiode

loopt van 2024-2028. Het jaar 2029 is een indicatieve extrapolatie (de groeiruimte is voor dat jaar nog niet definitief vastgesteld). Met deze groei wordt onder andere rekening gehouden met de verwachte stijging van het aantal cliënten door demografische ontwikkelingen en de te verwachte zorgverzwaring.
    - In het Wlz-kader zijn alle beleidseffecten tot en met de Voorjaarsbesluitvorming 2025 (onder meer de effecten van scheiden van wonen en zorg, valpreventie en pgb-op-maat) verwerkt, alsmede de financiële afspraken uit dit HLO.

Per saldo neemt het budget voor de ouderenzorg binnen het Wlz-kader dus toe van € 21,0 miljard in 2025 tot € 24,4 miljard in 2029 (voorlopig prijspeil 2026, de optelling van de blauwe, oranje en groene staaf[39]).

Daarbij geldt het volgende:

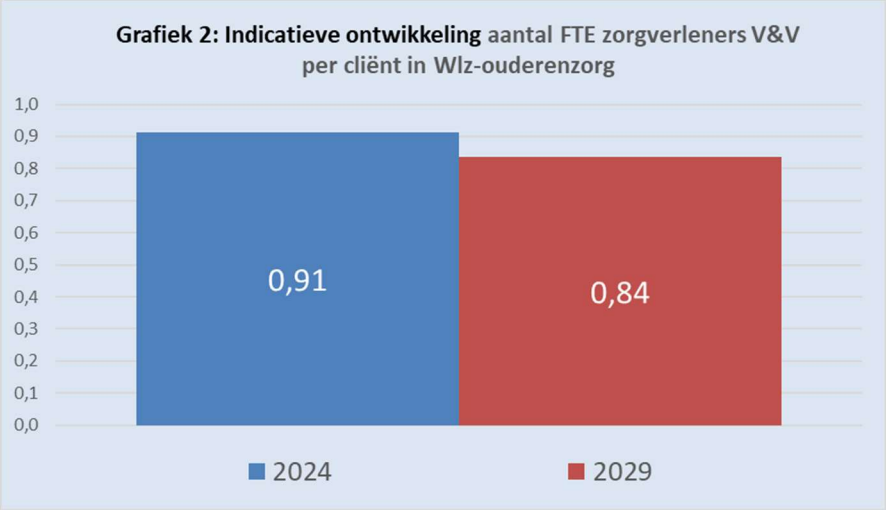
- Voorafgaand aan het HLO zijn de tariefmaatregelen voor 2024 en 2025 geschrapt. Dit heeft geleid tot extra ruimte voor Wlz-ouderenzorg van € 170 miljoen in 2024 en € 417 miljoen in 2025[40].
- Gedurende het HLO blijft VWS de ontwikkeling van het beroep op Wlz-zorg monitoren. Op grond van de uitvoeringsinformatie uit de februari- en julibrieven van de NZa zal de minister van VWS zoals gebruikelijk jaarlijks beoordelen of het Wlz-kader toereikend is. Hierbij is ook aandacht voor eventuele effecten op de Wmo.
- De grafiek is onder voorbehoud van wijzigingen door het huidige of een toekomstig kabinet.
- De bedragen in grafiek 1 maken onderdeel uit van het (ongedeelde) totaalkader voor de Wlz dat in dezelfde periode oploopt van € 38,9 miljard in 2025 tot € 44 miljard in 2029 (voorlopig prijspeil 2026).
- Een deel van de netto groei in grafiek 1 zal zoals gebruikelijk worden gereserveerd als herverdeelmiddelen. Over de inzet van de herverdelingsmiddelen neemt de minister van VWS zoals gebruikelijk een besluit op grond van de februari- en julibrieven van de NZa over de toereikendheid van het totale Wlz-kader.

4.2 Beroep op Wlz-ouderenzorg en ontwikkelingen arbeidsmarkt

In de inleiding van dit HLO is ingegaan op (vertaling van) de transitiedoelen uit het AZWA. Dit betreft ten eerste het dreigende personeelstekort. Grafiek 2 brengt dit in beeld op basis van cijfers van het Prognosemodel Zorg en Welzijn voor de jaren 2024 en 2029. Het aantal beschikbare zorgverleners voor de sector Verpleging & Verzorging is daarbij afgezet tegen de verwachte ontwikkeling van het aantal cliënten met een indicatie voor Wlz-ouderenzorg. De grafiek laat zien dat het aantal FTE zorgverleners per cliënt in deze periode naar verwachting zal afnemen van 0,91 naar 0,84.

Deze ontwikkeling laat zien dat het van groot belang is om de zorg anders te organiseren, zodat de zorg gelijkwaardiger toegankelijk blijft voor (zeer) kwetsbare ouderen die afhankelijk zijn van ondersteuning en zorg. Het is daarbij denkbaar dat de zorg uiteindelijk georganiseerd moet worden met gemiddeld minder personele inzet per cliënt. Het Generiek Kompas biedt de ruimte om een passende deskundigheidsmix in te zetten die aansluit bij de zorgvraag en context van de cliënt.

[39] De loon- en prijsbijstelling voor 2027 tot en met 2029 wordt hier nog jaarlijks aan toegevoegd. Deze beschikbare kaders zijn exclusief eventuele toekomstige wijzigingen. De komende jaren kan er sprake zijn van mutaties als gevolg van wijzigingen in aanspraken en aansluitend bekostiging die niet van invloed zijn op de afspraken uit het HLO, maar wel kunnen leiden tot aanpassing.
[40] Wlz-breed bedroeg de verzachting € 225 miljoen in 2024 en € 615 miljoen in 2025.



4.3 Financiële afspraken HLO

In het basispad van het regeerprogramma zijn vier tariefmaatregelen opgenomen op het terrein van de Wlz-ouderenzorg.

De vorige minister van VWS heeft reeds in juni 2023 een aanwijzing gegeven aan de NZa om de besparingen op het terrein van (1) doorontwikkeling kwaliteitskader en (2) meerjarig contracteren structureel in de tarieven te verwerken[41]. Deze aanwijzing is teruggedraaid voor de jaren 2024 en 2025, maar is in het basispad bij ongewijzigd beleid nog steeds van kracht voor 2026 en latere jaren. Voor de besparingen op grond van (3) de taakstelling Wlz-behandeling en (4) opschaling digitale zorg is in het basispad voorzien in een nieuwe aanwijzing aan de NZa.

Op grond van het HLO zijn nieuwe financiële afspraken gemaakt. Daarmee komen de vier losse tariefmaatregelen van tabel 1 te vervallen. Deze worden vervangen door één nieuwe maatregel, waarbij sprake is van een verzachting oplopend tot € 250 miljoen structureel. Tabel 1 geeft een overzicht van alle financiële afspraken in dit HLO ouderenzorg. Deze worden na de tabel per afzonderlijke post toegelicht.

[41] Aanwijzing van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport van 14 juni 2023, kenmerk 3604293-1049249-PZO, zie ook Staatscourant Nr. 17290, 22 juni 2023.

Tabel 1: Financiële afspraken HLO

	Bedragen x € 1 miljoen	2026	2027	2028	2029	2030	struct
Basispad bij ongewijzigd beleid (zonder HLO):							
1 X	Doorontwikkeling kwaliteitskader	-350	-350	-350	-350	-350	-350
2 X	Meerjarig contracteren	-70	-70	-70	-70	-70	-70
3 X	Taakstelling Wlz-behandeling	*-82*	*-82*	*-82*	*-82*	*-82*	*-82*
4 X	Opschaling digitale zorg		-41	-80	-123	-162	-162
5 X	**Totaal tariefmaatregelen zonder HLO (1 t/m 4)***	**-502**	**-543**	**-582**	**-625**	**-664**	**-664**
Afspraken HLO:							
6	Verzachting tariefmaatregelen	242	243	242	245	264	250
7	Investering in beweging naar voorkant	34	50	50	50	50	50
8	Regiobudgetten HLO		40	40	40	-	-
9	Opleiding en scholing		20	20	20	50	50
10	Uitvoeringskosten HLO	5	10	10	10	10	10
11	**Totaal afspraken (6 t/m 10)**	**281**	**363**	**362**	**365**	**374**	**360**
Dekking:							
12	Wlz-zorg zonder verblijf		-120	-200	-310	-360	-360
13	Overheveling transitiemiddelen digitale zorg		-14	-14	-14	-14	-
14	Bijdrage enveloppe voor betere ouderenzorg	-281	-229	-148	-41	-	-
15	**Totaal dekking (12 t/m 14)**	**-281**	**-363**	**-362**	**-365**	**-374**	**-360**
Resultaat:							
16	**Aangepaste tariefmaatregel conform HLO (5 + 6)**	**-260**	**-300**	**-340**	**-380**	**-400**	**-414**
Enveloppe voor betere ouderenzorg:							
17	Enveloppe ouderenzorg in Regeerprogramma		600	600	600	600	600
18	Bijdrage enveloppe (= post 14)	-281	-229	-148	-41	-	-
19	Kasschuif enveloppe	281	-171	-92	-18	-	-
20	**Restant enveloppe ouderenzorg bij HLO (17 t/m 19)**		**200**	**360**	**540**	**600**	**600**

**) Maatregelen zoals 'valpreventie' en 'scheiden wonen/zorg' vallen hier buiten. Deze hebben geen effect op de tarieven, maar op het aantal cliënten of de leveringsvorm van de zorg.*

Toelichting tabel 1:

Ad 1 t/m 5: Tariefmaatregelen zonder HLO

Tabel 1 laat op regel 5 zien dat bij ongewijzigd beleid (dus zonder HLO) de bestaande tariefmaatregelen voor de Wlz-ouderenzorg in 2026 optellen tot € 502 miljoen om daarna verder op te lopen tot € 664 miljoen structureel vanaf 2030.

Afspraken HLO:

Ad 6: Verzachting tariefmaatregelen

Het totaal van de bestaande tariefmaatregelen Wlz-ouderenzorg wordt verzacht met bedragen tussen € 242 miljoen en € 264 miljoen in de periode 2026-2030 en met € 250 miljoen structureel vanaf 2031. Dit geeft zorgaanbieders extra financiële ruimte om de toegankelijkheid van de zorg voor de meest kwetsbare ouderen te waarborgen. Zie verder de toelichting bij post 16 over de resulterende tariefmaatregel.

Ad 7: Investering in beweging naar de voorkant

Als onderdeel van het HLO, komt een financiële impuls beschikbaar voor het structureel versterken van de 'beweging naar de voorkant' (€ 34 miljoen in 2026 en € 50 miljoen structureel vanaf 2027. Dit draagt bij aan de houdbaarheid van de ouderenzorg op de lange termijn. Tabel 2 geeft een overzicht van de bestedingsdoelen in de periode 2026-2030. Deze lichten we na de tabel toe.

Tabel 2: Inzet middelen voor beweging naar de voorkant

Bedragen x € 1 miljoen		2026	2027	2028	2029	2030
7.1	Gelijkgericht ondersteuningsaanbod mantelzorgers	10	15	15	15	15
7.2	Respijtzorg	8	10	10	10	10
7.3	Reablement (voortzetting pilots)	3	4	4	4	4
7.4	Maatschappelijke dialoog	2	3	3	3	3
7.5	Nationale Dementiestrategie	7	7	7	7	7
7.6	Richtlijn ontwikkeling	1	2	2	2	2
7.7	Ondersteuning zorgaanbieders bij implementatie technologie	2	7	7	7	7
7.8	Kennisverspreiding en ontwikkeling burgerinitiatieven	1	1	1	1	1
7.9	Professionalisering sociaal werk	0	1	1	1	1
7.10	**Totaal investering in voorkant (7.1 t/m 7.9)**	**34**	**50**	**50**	**50**	**50**

Ad 7.1: Gelijkgericht ondersteuningsaanbod mantelzorgers
Met de ambities in het HLO wordt een stevig beroep gedaan op het sociale netwerk van ouderen. Dit vraagt om een adequate ondersteuning van het sociale netwerk en mantelzorgers in het bijzonder. Adequate ondersteuning van mantelzorgers vraagt om herkenbaar aanbod bij gemeenten. De acht vraaggebieden[42] geven een kader voor dit ondersteuningsaanbod. Hierbij wordt aangesloten bij de afspraken die gemaakt worden met gemeenten rondom het versterken van de gezonde en sociale basisinfrastructuur in het kader van het AZWA. Met dit budget kunnen gemeenten hun algemene inzet voor het ondersteuningsaanbod voor mantelzorgers versterken. Het precieze financieringsinstrument is nader te bepalen. Het voornemen is om aan te sluiten bij financieringssystematiek AZWA.

Ad 7.2: Respijtzorg
Respijtzorg biedt mantelzorgers een adempauze om de zorg aan hun naaste vol te houden en heeft daarmee een belangrijke functie om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen. Er bestaan veel verschillende vormen van respijtzorg. Een belangrijk onderscheid is het onderscheid tussen laagdrempelige vormen van respijtzorg en logeerzorg als zwaardere vorm van respijtzorg. Met dit budget kunnen gemeenten hun inzet voor respijtzorg versterken. Het precieze financieringsinstrument is nader te bepalen. Het voornemen is om aan te sluiten bij financieringssystematiek AZWA.

Ad 7.3: Reablement
Als onderdeel van het HLO wordt ingezet op het, waar mogelijk, wegnemen van knelpunten in de financiering en bekostiging van reablement. Als overbrugging van de periode tot het wegnemen van deze belemmeringen, wordt gekeken hoe lopende experimenten kunnen worden ondersteund en wordt nader onderzoek uitgevoerd (onder andere plan van aanpak, maatschappelijke business case en onderzoek belemmeringen sociaal domein).
We gaan uit van een bijdrage van € 300 duizend per koploper pilot per jaar. Er doen op dit moment 4 pilots als koploper mee aan het programma van ZonMw.

[42] De acht vraaggebieden komen uit de 'verwijzer mantelzorgondersteuner' (Movisie).

Ad 7.4: Maatschappelijke dialoog over ouder worden/praat vandaag over morgen
Als onderdeel van het programma WOZO is gestart met een maatschappelijke dialoog. De dialoog bestaat uit de campagne 'Praat vandaag over morgen' (VWS/ActiZ), Ouderworden2040 (BeBright) en dialoogbijeenkomsten georganiseerd door de Seniorencoalitie, het Senioren Netwerk Nederland en MantelzorgNL. Deze maatschappelijke dialoog wordt als onderdeel van het HLO vervolgd. Dit vervolg wordt nog nader ingevuld.

Ad 7.5: Nationale Dementiestrategie
In 2020 is de Nationale Dementiestrategie 2021-2030 vastgesteld. De Nationale Dementiestrategie is integraal verbonden aan het HLO. Dit programma heeft als doel dat mensen met dementie en hun naasten volledig mee kunnen doen in onze samenleving en goede ondersteuning en zorg krijgen. De komende periode zal de NDS zich voornamelijk inzetten op de implementatie van de kennis en expertise in het veld alsook het versnellen hiervan.

Ad 7.6: Richtlijnontwikkeling
Onderdeel van de afspraak over passende zorg is het aanpassen van de richtlijnen in de ouderenzorg. Dit kan gebeuren in samenwerking met SKILZ (de Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg). Daarnaast is er het traject RAILZ (Richtlijnontwikkeling voor artsen in de langdurige zorg) dat wordt ondersteund tot en met 2026 met een subsidie van VWS van circa € 2 miljoen per jaar, onder meer aan Verenso.
Ook de voorziene activiteiten in het kader van HLO dienen te worden ondersteund vanuit VWS. Daarom wordt vanuit het stimuleringsbudget € 2 miljoen per jaar beschikbaar gesteld vanaf 2027 voor RAILZ 2.0-richtlijnontwikkeling, waar de deelnemers aan RAILZ voorstellen voor zullen doen.

Ad 7.7: Ondersteuning zorgaanbieders bij implementatie van technologie
In het regeerprogramma wordt ingezet op een versnelde implementatie van digitale zorg. Uit studies is gebleken dat gerichte ondersteuning van zorgaanbieders een betere kans geeft voor een succesvolle implementatie. Onder meer vanuit 'Waardigheid en trots'[43] wordt deze ondersteuning gegeven. Om de ondersteuning aan aanbieders bij implementatie van technologie (waaronder ook digitalisering) in de ouderenzorg te kunnen intensiveren wordt € 7 miljoen per jaar beschikbaar gesteld. Indien gekozen worden voor een maximale ondersteuning van 1 jaar tegen 4 uur per week kunnen hiermee jaarlijks ruim 200 zorgaanbieders worden ondersteund.

Ad 7.8: Kennisverspreiding en ontwikkeling burgerinitiatieven
Het ondersteunen en faciliteren van burgerinitiatieven en zorgzame gemeenschappen is een speerpunt in het realiseren van de beoogde beweging (van zorg naar welzijn en gezondheid). Primair zijn gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars aan zet om financiële ondersteuning te geven. Tegelijkertijd is het raadzaam om de kennis- en informatiepositie verdergaand te versterken. Dit ondersteunen we met het HLO.

Ad 7.9: Professionalisering sociaal werk
Het versterken van het sociaal werk is noodzakelijk om de beweging van zorg naar gezond en welzijn te maken. Met het inrichten van een brede basisinfrastructuur op lokaal niveau kan worden ingezet op een omgeving waar mensen zo lang mogelijk, zo gezond mogelijk kunnen wonen. Tegelijkertijd remt het de zorgvraag af als mensen hulp, ondersteuning of zorg nodig hebben. Sociaal werkers hebben hierin een cruciale rol. Naast de investering in het vergroten van personele capaciteit is het ook noodzakelijk om het vakgebied aantrekkelijker te maken en te verstevigen.

[43] Zie: Waardigheid en trots voor de toekomst.

Ad 7.10: Totaal investering in beweging naar de voorkant
Post 7.10 laat zien dat de verschillende onderdelen van de financiële impuls voor het versterken van de "voorkant van de ouderenzorg" optellen tot € 34 miljoen in 2026 en € 50 miljoen structureel vanaf 2027.

Ad 8: Regiobudgetten HLO

Om zorgaanbieders te ondersteunen bij de doelen van het HLO komt er voor de periode 2027-2029 een bedrag van € 40 miljoen per jaar beschikbaar voor regiobudgetten HLO. Zorgkantoren zetten deze in om de brede transformatie die wordt voorzien in het kader van HLO te ondersteunen. Daarbij valt te denken aan projecten die bijdragen aan kwaliteit van ouderenzorg en bestaan. Om de aansluiting te vinden bij de afspraken die in het HLO zijn gemaakt, worden (in overleg met ActiZ en ZN) de activiteiten benoemd waarvoor dit budget kan worden ingezet en vermeld in het inkoopdocument van de zorgkantoren. Zorgkantoren maken vervolgens op basis van hun zorginkoopbeleid afspraken met zorgaanbieders.

Ad 9: Opleiding en scholing

Om bij te dragen aan de transitiedoelen zullen organisaties en professionals in zorg en welzijn anders moeten gaan werken. Dit vraagt om aandacht voor opleiding en scholing (leven lang leren) van (toekomstige) professionals, eerst en vooral waar tekorten het grootst zijn en waar de beweging naar de voorkant om vraagt. De toepassingen van technologische - (bijv. AI) en sociale innovaties (bijv. reablement) en passende zorg (bijv. samenwerking welzijn, palliatieve zorg, doelgericht indiceren en doelgestuurd behandelen) zijn majeure veranderingen. Ook is behoud van instroom in de opleidingen voor tekortberoepen, voldoende loopbaanmogelijkheden en het verminderen van de uitstroom van professionals van belang. Vanuit het HLO wordt een bedrag van € 50 miljoen structureel beschikbaar gesteld als dekking voor de afspraken die binnen het AZWA worden gemaakt over opleiden buiten het ziekenhuis.

Ad 10: Uitvoeringskosten HLO

Voor de uitvoeringskosten van dit HLO is een bedrag gereserveerd van € 5 miljoen in 2026 en € 10 miljoen structureel vanaf 2027. Deze uitvoeringskosten zullen op basis van uitvoeringstoetsen voor een deel worden ingezet voor extra uitvoeringskosten bij VWS, CAK, CIZ, ZIN, NZa, ZN/zorgkantoren en voor ondersteuningsactiviteiten bij de uitvoering van het HLO.

Ad 11: Totaal afspraken

Dit betreft de optelling van de afspraken 6 t/m 10.

Dekking:

Ad 12: Wlz-zorg zonder verblijf

De maatregel gericht op vereenvoudiging van de leveringsvormen thuis levert een besparing op die oploopt van € 120 miljoen in 2027 tot € 360 miljoen structureel vanaf 2030. Zoals toegelicht in paragraaf 3.3 nemen zorgkantoren hiertoe met ingang van 2027 in hun zorginkoopbeleid op dat het MPT in principe voorliggend is op het ongeclusterd VPT.

Ad 13: Transitiemiddelen digitale zorg

Voor de versnelde opschaling van digitale zorg zijn tijdelijke transitiemiddelen beschikbaar van afgerond € 14 miljoen per jaar in de periode 2027-2030 (vier jaar). Deze middelen worden ingezet ter verzachting van de tariefmaatregelen en worden daarmee onderdeel van het integrale tarief.

Ad 14: Bijdrage enveloppe voor betere ouderenzorg

In het Regeerprogramma is vanaf 2027 een bedrag van € 600 miljoen per jaar gereserveerd voor betere ouderenzorg, bijvoorbeeld zorg-/verpleegplekken. In de periode 2027-2029 wordt vanuit de enveloppe voor betere ouderenzorg een bedrag van cumulatief € 700 miljoen ingezet voor de afspraken 6 t/m 10 uit het HLO. Onderdeel van het akkoord is dat deze middelen voor een bedrag van € 281 miljoen deel als dekking mogen worden verschoven naar 2026.

Zorgkantoren hebben daarnaast in 2023 vastgesteld dat er sprake is van 5.800 extra verpleegzorgplekken met betrekking tot onomkeerbare bouwplannen voor verpleegzorg met verblijf. Hiervoor was een bedrag gereserveerd oplopend tot € 84 miljoen in 2026. Voor deze bouwplannen is tot en met 2026 slechts tijdelijke financiering beschikbaar. Na afronding van het onderzoek naar verzorgingshuizen zal een besluit worden genomen over het structureel maken van deze tijdelijke verblijfscapaciteit voor verpleegzorg en de mogelijke dekking hiervan uit de enveloppe voor betere ouderenzorg.

De inzet van de middelen uit de enveloppe gaat niet ten koste van de structurele ambities op het terrein van de verzorgingshuizen, maar houdt er rekening mee dat het realiseren hiervan in de praktijk met een ingroeipad gepaard zal gaan.

Ad 15: Totaal dekking

Dit betreft de optelling van de afspraken 11 t/m 14.

Resultaat:

Ad 16: Aangepaste tariefbijstelling na akkoord (5 + 6)

De tariefmaatregelen Wlz-ouderenzorg bij ongewijzigd beleid (post 1-5) worden op grond van het HLO verzacht met de extra middelen vanuit post 6. Hiermee resulteert een nieuwe totaalafspraak over de tariefontwikkeling van de Wlz-ouderenzorg:

- Het vorige kabinet had reeds een aanwijzing gegeven in verband met de maatregelen meerjarig contracteren en de doorontwikkeling van het kwaliteitskader. Deze aanwijzing komt met de totaalafspraak van dit HLO over de tariefontwikkeling te vervallen. Dat geldt ook de voorgenomen tariefmaatregelen Wlz-behandeling en opschaling digitale zorg.
- In plaats hiervan wordt een tariefmaatregel afgesproken conform reeks 16 uit tabel 1. Deze loopt op van € 260 miljoen in 2026 tot € 400 miljoen in 2030 en € 414 miljoen structureel vanaf 2031.
- Om het akkoord te verwerken in de NZa-tarieven zal VWS de bestaande aanwijzing aan de NZa intrekken en (via een voorhangprocedure bij Eerste en Tweede Kamer) vervangen door een nieuwe aanwijzing voor de totaalafspraak met passende onderbouwing en toedeling over de leveringsvormen. Daarbij gelden de volgende overwegingen ter motivering:
    - Het is noodzakelijk om de zorg anders te organiseren, zodat de zorg toegankelijk blijft voor (zeer) kwetsbare ouderen die daar afhankelijk van zijn. Dit betekent dat zorg geleverd wordt met relatief minder personeel, minder druk van administratieve lasten en meer gebruik van technologie, AI en andere innovaties. Er is ruimte om een passende deskundigheidsmix in te zetten die aansluit bij de zorgvraag en context van de cliënt.
    - Partijen zijn het er daarom over eens dat de tariefbijstelling die is opgenomen in dit HLO in het licht van bovenstaande leidt tot reële maximumtarieven.
    - Randvoorwaardelijk is dat de uitwerking van de afspraken uit het HLO leidt tot de noodzakelijke fundamentele keuzes in het stelsel waardoor de noodzakelijke beweging ook echt kan worden gemaakt.
    - De extra financiële ruimte die ontstaat als gevolg van de herberekening van het richttarief 2026 op basis van sectorresultaten 2024 wordt door de zorgkantoren in de inkoop 2026 benut voor aanvullende tariefafspraken met zorgaanbieders die concreet

aan de slag gaan met intensivering op de twee transitiedoelen van het HLO (arbeidsmarkt en toegang).
- Concreet wordt de ruimte vertaald in een opslagpercentage. Het opslagpercentage komt gemiddeld, over het geheel van alle zorgaanbieders, overeen met het verschil tussen het richttariefpercentage 2025 en 2026. In de inkoopafspraken 2026 tussen de individuele zorgaanbieder en het zorgkantoor wordt het feitelijke opslagpercentage vastgesteld op basis van heldere, navolgbare en objectieve criteria, die in het inkoopbeleid 2026 van het zorgkantoor zijn vastgelegd.
- De afspraken worden passend bij het HLO gemaakt op de thema's: langer thuis (o.a. logeren), arbeidsmarkt, duurzaamheid (ESG[44]-breed) of anders werken in de zorg waaronder (sociale) innovatie zoals betrekken van informele zorg, inzet technologie/ AI en samenwerking in de regio. Zorgkantoren geven hier in de regio vanuit hun inkoopbeleid invulling aan. Uitgangspunten zijn dat middelen direct in de zorg terecht komen en dat de uitwerking past bij de bestaande inkoopprocessen en dat het leidt tot minimale aanvullende verantwoording voor zorgaanbieders en zorgkantoren. In de inkoopafspraken 2026 wordt vastgelegd wat deze minimale verantwoording inhoudt.
- Het verzachten van de tariefmaatregelen gecombineerd met huidige beleid en afspraken uit dit HLO betekent dat de beweging wordt ingezet om de zorg voor de meest kwetsbaren toegankelijk te houden. Voor zorgaanbieders kan door anders te werken voldoende financiële ruimte ontstaan om in combinatie met de OVA-systematiek passende arbeidsvoorwaarden te bieden aan hun zorgmedewerkers.
- VWS zal de NZa via een nieuwe aanwijzing verzoeken om de tariefmaatregel uit het HLO te verwerken in haar maximumbeleidsregelwaarden voor de zzp prestaties en VPT-prestaties van de Wlz-ouderenzorg. De MPT-prestaties zijn hiervan uitgesloten.
- De NZa zal bij toekomstige kostenonderzoeken rekening houden met de aanwijzing die zij op grond van dit HLO ontvangt. Dit betekent dat VWS de NZa zal opdragen de uitkomsten van haar kostenonderzoek te corrigeren voor de tariefmaatregel uit dit HLO, indien het kostenonderzoek betrekking heeft op een jaar voorafgaand aan 2031 (het jaar waarin de maatregelen haar structurele niveau bereiken).

Enveloppe voor betere ouderenzorg

Ad 17: Enveloppe voor betere ouderenzorg in het Regeerprogramma
In het Regeerprogramma is vanaf 2027 een bedrag van € 600 miljoen per jaar gereserveerd voor betere ouderenzorg, bijvoorbeeld zorg-/verpleegplekken.

Ad 18: Bijdrage enveloppe
De enveloppe voor betere ouderenzorg levert een bijdrage aan het realiseren van de afspraken 6 tot en met 10 uit dit HLO. Deze bijdrage is gelijk aan het bedrag van post 14.

Ad19: Kasschuif enveloppe
Om de afspraken 6 t/m 10 reeds in 2026 te kunnen dekken is een kasschuif nodig van middelen vanuit de enveloppe ouderenzorg. De kasschuif zorgt voor een sluitend financieel beeld over de jaren 2026-2029.

Ad 20: Restant enveloppe ouderenzorg bij HLO
Na verwerking van de financiële bijdrage aan de afspraken in dit HLO en de kasschuif resteert er in de enveloppe in 2027 een bedrag van € 200 miljoen in 2027, € 360 miljoen in 2028, € 540 miljoen in 2029 en € 600 miljoen structureel vanaf 2030. Dit betreft de optelling van de posten 17 t/m 19.

[44] ESG staat voor Environment (milieu), Social (mens en maatschappij) en Governance (behoorlijk bestuur).

5. Monitoring

Door te monitoren ontstaat meer inzicht in het bereiken van de transitiedoelen:

- Het eerste transitiedoel van het AWZA is om het stijgende arbeidsmarkttekort met 100.000 personen lager uit laten komen, dan anders het geval zou zijn geweest. In de KPMG-rapportage is aangegeven dat met de HLO-afspraken op termijn een potentiële arbeidsmarktbesparing van ca. 50.000 werknemers kan worden bereikt (conform de uitgangspunten van het KPMG-middenscenario).
- Het tweede transitiedoel beoogt de toegankelijkheid van kwaliteitsgerichte ondersteuning en zorg voor ouderen te borgen in de toekomst.

De monitor bestaat uit drie 'onderdelen':

- Input monitoring: zicht houden op de voortgang van planvorming en uitvoering van de afspraken en plannen.
- Beweging: inzicht krijgen op de cruciale veranderingen in de zorg (output monitoring).
- Uitkomsten voor ouderen: volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de kwaliteit van bestaan van ouderen (netwerk, gezondheid en dergelijke), de kwaliteit van de geleverde zorg aan ouderen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem op de (middel)lange termijn.

Input monitoring

a. *HLO-afspraken*
   - Alle afspraken uit het HLO worden vastgelegd en de voortgang wordt bewaakt.
   - Als basis wordt gebruik gemaakt van de huidige monitoring ouderenzorg.
   - Daarbij zijn de HLO-thema's leidend:
     - Procesafspraken over de stappen op weg naar de periode na 2028.
     - Afspraken over de maatregelen in de periode 2025-2028, waaronder afspraken over de bedrijfsvoering (administratieve lasten, arbeidsmarkt en digitale zorg conform de AZWA-monitoring met toespitsing op ouderenzorg).

b. *Monitoren van de uitputting van de financiële kaders:*
   Op basis van geactualiseerde gegevens van het Zorginstituut en de NZa stelt VWS overzichten van de Wlz-uitgaven op en deelt deze informatie met de Kamer op reguliere begrotingsmomenten. Hierbij wordt ook specifiek aandacht besteed aan de besparingen die zijn opgenomen in het meerjarig financieel Wlz-kader. In het kader van de monitoring van de uitputting van de financiële kaders is ook aandacht voor eventuele substitutie effecten van afspraken uit het HLO op de Wmo[45] en de eerste lijn. Indien hier sprake van blijkt, worden hierover nadere bestuurlijke afspraken gemaakt.

c. *Monitoring van de uitputting transformatiemiddelen:*
   Tot en met 2026 zijn transformatiemiddelen beschikbaar van het vorige kabinet met betrekking tot de beoogde transitie van scheiden van wonen en zorg (regionaal stimuleringsbudget, een regiobudget scheiden wonen/zorg, 70 miljoen). Vanaf 2027 zijn er regiobudgetten beschikbaar (40 mln per jaar). Er wordt nog uitgewerkt hoe deze middelen worden ingezet.

[45] Uitkomsten van het houdbaarheidsonderzoek Wmo zullen effect hebben op ondersteuning vanuit de Wmo. Wanneer het houdbaarheidsonderzoek gereed is, zal ook worden gekeken naar eventuele effecten van het houdbaarheidsonderzoek op de afspraken in het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Eventuele impact zal tevens worden geagendeerd op de bestuurlijke tafel van het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg. Het is van belang om de congruentie tussen verschillende trajecten, akkoorden en bewegingen te bewaken.

Beweging: monitoring van de verandering die het HLO beoogt (output)
Er is een opdracht verstrekt aan het RIVM om de beweging naar de voorkant te monitoren, waarbij de uitgangspunten "zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan" centraal staan. In 2024 is een plan van aanpak opgesteld en eind 2024 is de opdracht verstrekt om de monitoring voor 2025 en 2026 uit te voeren. Met het RIVM wordt bekeken in hoe deze monitoractiviteiten verder aan te vullen (indien nodig).
Met betrekking tot de beweging naar de voorkant zijn er indicatoren in beeld, die gaan over (zelfstandig) wonen, leefomgeving, en toeleiding en toegang tot zorg. Ook zijn indicatoren beschikbaar over (de inzet van) digitale zorg. Deze informatie kan op incidentele basis worden aangevuld met signalen die door de verschillende organisaties naar voren worden gebracht, bijvoorbeeld door cliëntenraden, patiëntenverenigingen en seniorenorganisaties. Met hen wordt verder afgestemd hoe dit het beste kan worden uitgewerkt.
Op het terrein van 'Wonen voor ouderen' wordt momenteel een monitorsysteem ontwikkeld, in samenwerking met het ministerie van VRO, om inzicht te krijgen in het realiseren van de afspraak om tot en met 2030 290.000 extra woningen te creëren voor ouderen.

Daarnaast zal op macroniveau inzicht worden verkregen in de ontwikkeling van de arbeidsmarkt en de administratieve lasten:

a. *Monitoring van de ontwikkelingen op het gebied van de arbeidsmarkt:* (2x per jaar)

Voor dit onderwerp wordt aangesloten bij de zorgbrede monitoring door VWS die in belangrijke mate steunt op het onderzoeksprogramma "Arbeidsmarkt zorg en welzijn" (AZW). Daarbij zal, waar mogelijk, een uitsplitsing komen voor de ouderenzorg (branche VVT). Op basis van deze informatie kan worden bezien in hoeverre het transitiedoel wordt gerealiseerd om te komen tot arbeidsbesparing en het inperken van het arbeidsmarkttekort.

b. *Monitoring administratieve lasten*

De ervaren administratieve lasten van zorgverleners worden gemonitord via de Werknemersenquête Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn van het onderzoeksprogramma AZW dat uitgevoerd wordt door het CBS. Hiermee wordt jaarlijks de last uitgevraagd die zorgverleners ervaren. Deze is uitgesplitst naar de verschillende sectoren. De ouderenzorg (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg) is hierbij een aparte sector.
Daarnaast zal bij nieuwe beleidsvoorstellen vooraf een regeldruktoets plaatsvinden.

Doelgroepen monitor – impact op en inbreng van de burger/cliënt

Het is van belang om niet alleen de effecten te meten op de macrozorguitgaven, de arbeidsmarkt en de ontwikkeling van de administratieve lasten, maar ook te bezien welk effect de HLO-afspraken hebben op de ouderen.

Er wordt aangesloten bij de activiteiten van het Zorginstituut voor het monitoren van de uitkomsten van vijf specifieke doelgroepen in het kader van IZA. Hierbij is vooral de doelgroep "ouderen met een kwetsbare gezondheid" van belang (www.regiobeeld.nl/monitor-doelgroepen-iza). Ook wordt de draagkracht en draaglast van mantelzorgers/het sociaal netwerk meegenomen op basis van bestaande monitors en rapporten, bijvoorbeeld van het SCP. In het eerste kwartaal van 2026 maken we afspraken over deze monitoring van het effect op mantelzorgers (implementatie en uitvoering)

Ook kunnen we (delen van) de monitoring WOZO van het RIVM voortzetten voor het HLO voor de activiteiten genoemd in hoofdstuk 2. Het gaat om indicatoren in relatie tot de onderwerpen als zelfredzaamheid (en draagkracht), voorbereiden op ouder worden, door ouderen ervaren veranderingen op toegang, kwaliteit en druk op zorg, gebruik van digitale zorg en sociale basis. Ook kan incidenteel inzicht worden geboden in (de resultaten van) bijvoorbeeld burgerinitiatieven en onderzoeken onder cliënten.

Voor het totaal van dit onderdeel van de monitoring vindt de nadere uitwerking plaats als onderdeel van de implementatie van het HLO.

14: Monitoring

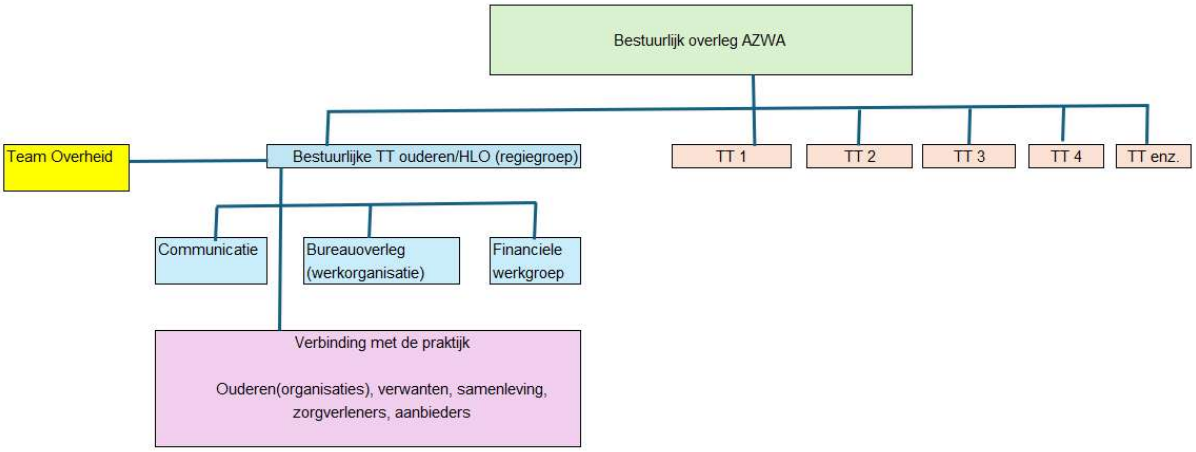
Wat is de afspraak:
Er worden monitorinstrumenten ingericht om inzicht te krijgen in de voortgang van de gemaakte afspraken, de beoogde beweging naar de voorkant en de uitkomsten voor de doelgroep ouderen. De transitiedoelen (verminderen arbeidsmarktkrapte en verbeteren toegankelijkheid zorg) staan daarbij centraal.
Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registraties en statistieken om een toename van administratieve lasten te voorkomen.
Indien uit de monitorinformatie blijkt dat er grote afwijkingen zijn ten opzichte van de gemaakte afspraken en de gestelde doelen, zal dit met de betrokken organisaties worden besproken, zodat tijdig aanvullende activiteiten in gang gezet kunnen worden indien dit nodig is.

Wie gaat wat doen:
VWS houdt een monitor bij van de gemaakte afspraken. Voor het inzicht in de beweging wordt een uitbreiding voorzien van de RIVM-monitor WOZO en wordt gebruik gemaakt van de IZA-doelgroep monitor (onderdeel "ouderen met een kwetsbare gezondheid") met betrekking tot de doelgroep ouderen. Ook wordt aansluiting gezocht bij de monitor die wordt opgezet in het kader van het Generiek Kompas onder regie van ZN.
Voor arbeidsmarktinformatie wordt aangesloten bij de zorgbrede monitor arbeidsmarkteffecten van VWS die voor een belangrijk deel put uit het onderzoeksprogramma AZW.
Waar mogelijk vindt afstemming plaats met de monitoring die wordt gebruikt voor de aanvullende IZA afspraken.

Wat is het tijdpad:
Eind 2025 zijn de monitors beschikbaar.

6. Landelijke samenwerking en ondersteuning (governance)

Samen met AZWA vormt het HLO een akkoord. In de landelijke samenwerkingsstructuur ziet dit er als volgt uit.



Er is een periodiek bestuurlijk overleg AZWA waaraan de VWS-bewindslieden deelnemen. Dit is een vervolg op de aanpak bij het IZA en wordt georganiseerd met een beperkt aantal betrokken organisaties.

Op diverse thematafels (TT) worden thema's en onderwerpen uitgewerkt. Aanvullend op de (bestaande) thematafels in het kader van AZWA, wordt ook de bestuurlijke thematafel ouderen/HLO vormgegeven.

Aan de bestuurlijke thematafel ouderen/HLO zit een beperkt aantal vertegenwoordigers van betrokken organisaties aan tafel. De taak van de thematafel is:

- Samen sturing geven aan de uitwerking en uitvoering van de afspraken in dit akkoord.
- Het formuleren van concrete opdrachten onder andere aan het bureauoverleg.
- Het bewaken van de samenhang met de AZWA-afspraken, het programma Wonen en Zorg voor ouderen en andere relevante trajecten.
- Het monitoren van de voortgang van het HLO.
- Het bespreken en besluiten over geagendeerde knelpunten of discussiepunten.

Daar waar afspraken raken aan bestaande structuren, zoals de ketenraad KIK-V, verloopt de besluitvorming via die tafels. Wel wordt gekeken naar de voortgang op deze tafels.

Verder is er een intensieve afstemming met de stuurgroep Wonen en Zorg voor ouderen, waarin naast de departementen van VWS en Volkshuisvesting en Ruimtelijk ordening (VRO) ook ActiZ, ZN, de VNG, Seniorencoalitie, Aedes en IVBN zijn vertegenwoordigd. Zo is geborgd dat op de bestuurlijke thematafel HLO ook het woonvraagstuk voor ouderen in samenhang met de HLO-afspraken over zorg en ondersteuning kan worden besproken.

De Directeur Generaal Langdurige Zorg (DGLZ) is voorzitter van de thematafel ouderen/HLO en de staatssecretaris LMZ neemt periodiek deel. Dit is afhankelijk van de geagendeerde onderwerpen. Doordat deze thematafel bestuurlijk is vormgegeven, is er geen directe aanleiding om specifieke HLO onderwerpen te agenderen in het bestuurlijk overleg AZWA.

De leden zijn:

- De Seniorencoalitie, deze bestaat uit:
  - ANBO-PCOB
  - Koepel Gepensioneerden
  - NOOM

    - SOMNL
    - KBO Gelderland,
    - KBO Zuid-Holland
    - KBO Noord-Holland
- LOC
- Patiëntenfederatie Nederland (PFN)
- Verenso
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Sociaal Werk Nederland
- Zorgthuisnl
- ActiZ
- Zorgverzekeraars Nederland
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)
- De Staatssecretaris van Langdurige en maatschappelijke zorg (VWS).

Voor de ondersteuning van de thematafel vormen medewerkers van leden een werkorganisatie (bureauoverleg). Deze werkorganisatie heeft als taak het voorbereiden van de besprekingen in de Thematafel en (indien aan de orde) het uitvoeren van opdrachten van de thematafel.

De verbinding met de praktijk is belangrijk. In dit verband worden alle partijen die betrokkenheid voelen bij de ondersteuning en zorg van ouderen geïnformeerd over de voortgang van het HLO, de relevante afspraken uit het AZWA, over de voortgang van het programma Wonen en Zorg voor ouderen, de staatscommissie en het onderzoek naar de terugkeer van de verzorgingshuizen. Daarnaast is het verband bedoeld om met elkaar in verbinding te blijven, te reflecteren, signalen en zorgen te delen, de maatschappelijk beweging te monitoren, elkaar te inspireren met goede voorbeelden (of mislukkingen) en elkaar scherp te houden op de bedoeling. Dit geven we vorm met een digitaal spreekuur en een aantal fysieke bijeenkomsten. Daarnaast zullen we periodiek bijeenkomsten organiseren in het veld om te horen wat daar speelt zodat we daarop ook beleidsmatig kunnen reageren (‘luis in de pels’).

Communicatie
Ten behoeve van de maatschappelijke dialoog ‘Praat vandaag over morgen’ worden door diverse organisaties activiteiten ondernomen. Deze partijen stemmen onderling af en coördineren hun activiteiten. Het betreft:
- ActiZ: campagne en website
- Seniorencoalitie: bijeenkomsten met senioren
- Senioren Netwerk Nederland (bestaande uit KBO-Brabant, KBO Limburg, KBO-Overijssel en KBO Zeeland): bijeenkomsten met senioren
- MantelzorgNL: bijeenkomsten met mantelzorgers en senioren)
- BeBright: voert ‘Ouderworden2040’ uit
- VWS: campagne

Financieel overleg
De financiën in het HLO hebben specifiek betrekking op de meerjarige begroting Wlz. Over de onderwerpen met een financieel karakter wordt informatie gedeeld door organisaties die hierbij het meest betrokken zijn. Dit overleg is naast het reguliere overleg dat nu al plaats vindt tussen de verschillende partijen bijvoorbeeld het bilaterale overleg tussen ZN en zorgaanbieders over de zorginkoop. De deelnemers zijn:
- ActiZ en Zorgthuisnl
- ZN
- VWS
- NZa

Vanuit het financiële overleg wordt informatie gedeeld met de Thematafel.

Team Overheid
In lijn met IZA en AZWA is de rol van Team Overheid dat zij naast uitvoering van de bij hen belegde taken, samen en ieder vanuit zijn eigen rol, zorgen voor regie op de richting, met ruimte voor de oplossingen en ondersteuning voor organisaties om te kunnen transformeren. Daarom is een week voorafgaand aan de bestuurlijke thematafel een overleg voorzien met team overheid om de voortgang en eventuele knelpunten te bespreken en waar nodig te agenderen aan de bestuurlijke thematafel. Leden van team overheid kunnen bij deze bespreking aan de bestuurlijke thematafel worden uitgenodigd. De leden zijn:

- NZa
- Zorginstituut Nederland
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- CIZ
- CAK
- VWS.