



Wlz-woonvormen

Typering verschijningsvormen en
positionering hulpmiddelenzorg en
woningaanpassingen



Colofon

Opdrachtgever

Ministerie van VWS, Directie Langdurige Zorg

Auteurs

Anouk van der Veen

Lennart Homan

Lieset Jenneboer

Lilian van Oosterhout

Patrick Jansen

Kenmerk

PJ/25/0300/wlzwv

Publicatiedatum

27 februari 2025

© Bureau HHM

Inhoud

Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doel en onderzoeksvragen	8
2. Inzicht in variatie	11
2.1 Aanpak	11
2.2 Landelijk gebruik van woonvormen.....	12
2.3 Variatie aan woonvormen.....	16
2.4 Conclusie	19
3. Woonvormen voor ouderen	21
3.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid	21
3.2 Huidig beeld van de woonvormen.....	22
3.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen	24
3.4 Conclusie	25
4. Woonvormen voor mensen met een beperking.....	27
4.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid	27
4.2 Huidig beeld van de woonvormen.....	28
4.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen	30
4.4 Conclusie	31
5. Woonvormen voor mensen met een psychische aandoening.....	33
5.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid	33
5.2 Huidig beeld van de woonvormen.....	33
5.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen	35
5.4 Conclusie	36

6. Ordening woonvormen	37
6.1 Toetsing kenmerken	37
6.2 Toepassing van ordening	44
6.3 Conclusie	45
7. Hulpmiddelen en woningaanpassingen.....	46
7.1 Introductie.....	46
7.2 Positionering hulpmiddelenzorg	47
7.3 Uitvoeringspraktijk	49
7.4 Impact verschuiving hulpmiddelenzorg per perspectief.....	50
8. Reactie partijen	55
8.1 Partijen.....	55
8.2 Algemene reacties	55
8.3 Reacties op scenario 1: onderscheid verblijf en thuis	57
8.4 Reacties op scenario 2a: alle hulpmiddelen naar de Wlz	58
8.5 Reacties op scenario 2b: hulpmiddelen bij vpt naar Wlz	59
8.6 Woningaanpassingen.....	59
8.7 Gevolgen voor de Wlz	60
Bijlage 1. Bronnen	61
Bijlage 2. Definities	62
Bijlage 3. Lijst met namen van woonvormen.....	63
Bijlage 4. Informatie over woonvormen.....	64
Bijlage 5. Ordening van woonvormen in matrices	68
Bijlage 6. Context en achtergrond hulpmiddelenzorg.....	69

Managementsamenvatting

Doelstelling

Het ministerie van **Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)** heeft bureau HHM opdracht gegeven om een verkennend onderzoek uit te voeren naar de woonvormen die gebruikmaken van het Volledig Pakket Thuis (vpt), Modulair Pakket Thuis (mpt) en/of het Persoons Gebonden Budget (pgb). De doelstelling is:

- het in beeld brengen van de variëteit van deze woonvormen,
- of en hoe deze woonvormen geordend kunnen worden in **verblijfs-woonvormen** (woonvormen waarbij de kenmerken van zorg in een verblijfsetting dominant zijn) en **thuis-woonvormen** (woonvormen waarbij de kenmerken van zorg in een thuissituatie dominant zijn) en
- de effecten van drie mogelijke scenario's in kaart te brengen op: de positionering van de hulpmiddelenzorg en de woningaanpassingen inclusief de gevolgen voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

Aangezien het gaat om een verkennend onderzoek worden in deze rapportage slechts de inzichten beschreven die volgen uit de verkenning. Het rapport bevat geen adviezen over eventueel te nemen vervolgstappen.

Aanpak

Voor dit onderzoek zijn we gestart met een uitgebreide verzameling en analyse van landelijk openbare kwalitatieve en kwantitatieve data. Op basis van deze informatie hebben we een inhoudelijke beschrijving gemaakt van verschillende typen woonvormen en besproken met experts op het gebied van woonvormen. We hebben vervolgens een notitie opgesteld over de positionering van hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen met daarbij de impact van drie scenario's, die is besproken met relevante experts.

Resultaten Fase 1: Woonvormen

Op 1 juli 2024 ontvingen 137.400 mensen een Wlz-indicatie via vpt, mpt en/of pgb. Een deel hiervan ontving deze zorg in een woonvorm, om hoeveel woonvormen het gaat is vanuit openbaar beschikbare gegevens bij benadering te bepalen. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat 74% (15.935) van de Wlz-cliënten met een vpt in een geclusterde setting woont (47% van deze cliënten woont in een gebouw waar ook Wlz-cliënten wonen op basis van Wlz-verblijf), dit zijn 2.400 clusters van drie of meer personen met een vpt op één verblijfsplaats. Op basis van het feit dat 16% (9.415) van de pgb-houders een wooninitiatieven toeslag ontvangen, veronderstellen we dat er 818 pgb-woonvormen zijn. Twee derde van deze woonvormen (waaronder Ouderinitiatieven) zijn bestemd voor cliënten uit de gehandicaptenzorg. Er zijn geen openbare gegevens over het aantal personen dat met een mpt in een woonvorm woont of zelfstandig woont.

Uitgesplitst naar doelgroepen levert dit het volgende beeld op:

- **Ouderen:** De schatting is dat in 2022 zo'n 12.415 ouderen in een geclusterde vpt-setting woonden, dit is 79% van het totaal aantal ouderen met een vpt. Deze personen wonen binnen 1.450 clusters. In 2022 kreeg 17% van de pgb-houders een wooninitiatieven toeslag, dit betreft 2.545 personen en 221 woonvormen. Het gebruik van vpt en mpt is tussen 2020 en 2022 aanzienlijk gestegen (respectievelijk met 50% en 26%). Het gebruik van pgb nam licht toe met 3%. De verwachting is dat deze trend zich door het huidige rijksbeleid in combinatie met de vergrijzing de komende jaren voortzet.
- **Mensen met een beperking:** De schatting is dat in 2022 zo'n 27.900 mensen in een geclusterde vpt-setting woonden, dit is 62% van het totaal aantal personen met een vpt. Deze personen wonen binnen 910 clusters. In 2022 kreeg 15% van de pgb-houders een wooninitiatieven toeslag, dit betreft 5.950 personen en 517 woonvormen. Het gebruik van het vpt is licht gegroeid (3%), terwijl het mpt sterk is toegenomen

(19%). Het gebruik van het pgb is gestegen met circa 9%. De verwachting is dat vooral wooninitiatieven op basis van een vpt zullen toeneemen, mede als gevolg van het omzetten van pgb-gefinancierde woonvormen naar vpt.

- **Mensen met een psychische aandoening:** In totaal verzilverden in 2022 1.775 een indicatie voor GGZ-Wonen met een vpt. In 2022 kreeg 18% van de pgb-houders een wooninitiatieven toeslag, dit betreft 920 personen en 80 woonvormen. Omdat de Wlz pas in 2021 opengesteld werd voor deze doelgroep, zijn er weinig trendgegevens beschikbaar en is de toekomstige vraag moeilijk te voorspellen.

Om de inhoudelijke variatie aan woonvormen in beeld te brengen hebben we een kwalitatieve analyse verricht op 58 woonvormen. Op hoofdlijnen kunnen we hieruit de volgende conclusies trekken:

- **Variatie in woonvormen:** Er is veel variatie in de woonvormen die onderzocht zijn, zowel in de doelgroepen die ze bedienen (zoals ouderen, mensen met een beperking of psychische aandoening) als in de combinaties van doelgroepen. Daarnaast zijn er woonvormen die specifiek gericht zijn op religieuze of culturele groepen.
- **Financiering verschilt per doelgroep:** De financiering van woonvormen verschilt per doelgroep. Woonvormen voor mensen met een beperking maken relatief veel gebruik van het pgb, wat ook vaak voorkomt in de ggz. De indruk bestaat dat een groot deel een Ouderinitiatief is. Voor ouderen gebeurt de financiering voornamelijk via het vpt en minder via pgb. Bij het vpt zijn de woonvormen veelal onderdeel van hetzelfde gebouw waarin ook Wlz-verblijf wordt geboden. Daarnaast wordt het vpt geclusterd geboden op een aparte locatie die al dan niet onderdeel is van een bredere locatie van een Wlz-zorgaanbieder. Een deel van deze vpt-gefinancierde woonvormen is onderdeel van een landelijke organisatie.

- **Geen specifieke woonvormen voor personen met een mpt:** Er zijn geen specifieke woonvormen die zich positioneren als een woonvorm voor personen met een mpt. Deze groep woont vaak verspreid in grotere complexen met andere ouderen waarvan een deel geen zorgvraag heeft. Daarnaast komt het mpt in de gehandicaptenzorg vaak voor in combinatie met een pgb waarbij het mpt wordt besteed aan dagbesteding bij een andere aanbieder (een deel van de personen met een mpt woont dus in een pgb-woonvorm).
- **Variëteit in woonzorgconcepten:** Er zijn verschillende soorten woonzorgconcepten, zoals zorgvilla's, zorgboerderijen, kleinschalige woonhuizen, samenwerkingen tussen zorgorganisaties en woningcorporaties, zelfstandige initiatieven of concepten die door investeringsmaatschappijen worden neergezet of overgenomen. Elk concept biedt een andere benadering van zorg en wonen, van gemeenschapsgerichte woonvormen tot initiatieven die afhankelijk zijn van familie of vrijwilligers. Hierbij ontbreken vaste definities / omschrijvingen voor het merendeel van deze concepten en is binnen elk concept sprake van een variatie in kenmerken. We zien met name verschillen met betrekking tot de verplichting van een Wlz-indicatie om er te kunnen wonen, de initiatiefnemers voor de woonvorm, de schaalgrootte / mate van clustering, de verplichting van zorgafname, de zelfstandigheid van de woning, de betaling van woonlasten en de keuzevrijheid bij de afname van zorg. Door deze variatie binnen de zorgconcepten is het niet mogelijk om een betrouwbaar overzicht te geven van de mate waarin de verschillende concepten voorkomen.

Samengevat is er dus veel variatie in woonvormen en financiering, maar tegelijkertijd is sprake van onvolledige en inconsistente informatie die het moeilijk maakt om op basis van de openbaar

beschikbare informatie een compleet overzicht van de omvang en kenmerken van de verschillende woonzorgconcepten te geven.

Ordenen van Woonvormen

Om tot een ordening van woonvormen te komen zijn op basis van een analyse van 15 kenmerken de volgende kenmerken naar voren gekomen die in sterke mate bepalen of een woonvorm kenmerken vertoont van 'zorg in een verblijfsetting' of 'zorg in een thuissituatie':

- Wlz-indicatie verplicht
- Zorgafname verplicht
- Zelfstandigheid van de woning
- Keuzevrijheid uitvoering van zorg

Op basis van een combinatie van deze vier kenmerken is het in theorie mogelijk een onderscheid te maken naar twee typen woonvormen:

- **Verblijfswoonvormen:** om er te kunnen wonen zijn een *Wlz-indicatie en zorgafname wel verplicht*, er is geen sprake van een *zelfstandige woning en keuzevrijheid* van zorguitvoering (deze vorm lijkt op *zorg in een verblijfsetting*).
- **Thuiswoonvorm:** om er te kunnen wonen zijn een *Wlz-indicatie en zorgafname niet verplicht*, er is wel sprake van een *zelfstandige woning en keuzevrijheid* van zorguitvoering (deze vorm lijkt op *zorg thuis*).

Deze ordening is alleen werkbaar als het in de praktijk eenduidig is toe te passen en wettelijk kan worden vastgelegd. Echter, als we deze ordening toepassen op de 58 geanalyseerde woonvormen blijken veel woonvormen niet eenduidig te passen in één van beide categorieën en zich te bevinden in een tussengebied. Ook vergroot het toevoegen van een extra ordening de complexiteit van de Wlz en zal het leiden tot extra administratieve druk om voor elke woonvorm deze informatie vast te leggen en actueel te houden.

Resultaten Fase 2: Hulpmiddelen en Woningaanpassingen

In deze fase hebben we de effecten van drie scenario's in kaart gebracht op de hulpmiddelenzorg (mobiliteitshulpmiddelen, roerende voorzieningen en Zvw-hulpmiddelen) en woningaanpassingen inclusief de gevolgen voor de Wlz.

Scenario 1: Onderscheid verblijfs- en thuis-woonvormen

De Wlz wordt verantwoordelijk voor hulpmiddelenzorg bij de verblijfs-woonvormen en de Wmo blijft hiervoor verantwoordelijk bij de thuis-woonvormen. Dit scenario sluit aan bij eerdere bestuurlijke afspraken tussen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS.

Scenario 2: Onderscheid per leveringsvorm (vpt/mpt/pgb)

De verantwoordelijkheid voor hulpmiddelenzorg verschilt per leveringsvorm, met twee varianten:

2a: Hulpmiddelen worden voor iedereen met een Wlz-indicatie vanuit de Wlz verstrekt.

2b: Hulpmiddelen worden voor alle vpt cliënten vanuit de Wlz verstrekt.

Reacties van betrokken partijen

Er zijn uiteenlopende reacties gegeven op de drie scenario's. Allereerst ziet niet iedereen de noodzaak van een overheveling. Partijen benadrukken dat meer inzicht nodig is in de huidige praktijk en mogelijke knelpunten om te bepalen of één van de scenario's een verbetering oplevert.

Algemene voordelen van een overheveling die worden genoemd zijn dat hulpmiddelenaanvragen voor cliënten met een vpt via zorgaanbieders efficiënter kunnen verlopen vanwege hun expertise. Nadelen zijn onder meer dat middelen overhevelen tussen verschillende stelsels complex is.

Dit komt onder andere doordat onduidelijk is wat in de huidige situatie de gemeenten uitgeven aan hulpmiddelen met een vpt, mpt of pgb.

- **Scenario 1** wordt door veel partijen als niet praktisch en beleidsmatig onwenselijk beschouwd vanwege de onduidelijkheid in de onderscheidende kenmerken tussen verblijfs- en thuis-woonvormen (zie hoofdstuk 6). Daarnaast betekent dit een extra ordening, waardoor de complexiteit van de Wlz juist wordt vergroot.
- **Scenario 2a** heeft de voorkeur als voor een scenario moet worden gekozen, omdat het zorgt voor een effectievere zorgverlening, een uniforme verstrekking van hulpmiddelen, minder kosten voor Wlz-cliënten met hulpmiddelen en een meer integrale afweging over zorg en hulpmiddelen. Het biedt één aanspreekpunt voor de hulpmiddelenzorg, maar heeft mogelijk gevolgen voor de keuzevrijheid van cliënten.
- **Scenario 2b** wordt als te complex beschouwd, vooral voor gemixte locaties, hoewel sommige partijen de variant logisch vinden voor cliënten in geclusterde vpt-settings.

Woningaanpassingen

In de praktijk blijkt dat bij woonvormen over het algemeen geen woningaanpassingen nodig zijn, op enkele uitzonderingen na. Bijna alle partijen geven aan dat ongeacht de keuze voor een scenario voor de positionering van de hulpmiddelenzorg, woningaanpassingen het beste bij de gemeente kunnen blijven.

Conclusies van deze verkenning

De noodzaak om de huidige hulpmiddelenzorg te veranderen vereist meer inzicht in de huidige knelpunten

- Bij een eventuele verandering van de hulpmiddelenzorg biedt **scenario 2a** de meeste voordelen door de integratie van hulpmiddelenzorg via de Wlz, wat de efficiëntie bevordert.

- **Scenario 1** wordt als onpraktisch beschouwd vanwege de complexiteit van de onderscheidingen en de extra administratieve belasting.
- **Scenario 2b** wordt als onpraktisch beschouwd vanwege de scheiding die daarmee binnen de Wlz wordt aangebracht en het feit dat vpt als leveringsvorm steeds vaker voorkomt bij cliënten die ‘individueel wonen’ (en niet alleen bij cliënten in aanleunwoningen of een geclusterde setting), waardoor het niet logisch is om de verantwoordelijkheid voor het aanvragen/regelen van de hulpmiddelenzorg bij de vpt-aanbieder te leggen, maar bij de eigenaar/huurder van de woning.
- Het is het meest logisch dat de **gemeente** verantwoordelijk blijft voor woningaanpassingen, aangezien deze doorgaans niet aan de orde zijn bij woonvormen.

Gevolgen voor de Wlz

De gevolgen van scenario 2a en 2b hebben voor de Wlz geen fundamentele gevolgen, anders dan beschreven in Tabel 14. Scenario 1 leidt tot meer varianten in de Wlz, waarbij de opgestelde definitie vraagt om wettelijke aanpassingen en alle woonvormen gelabeld moeten worden. Daarnaast is het mogelijk dat scenario 1 consequenties heeft op andere terreinen binnen de Wlz zoals brandveiligheid waardoor financiële gevolgen hoger kunnen liggen dan alleen de overheveling van hulpmiddelen.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding voor het onderzoek en de opzet voor het onderzoek over Wlz-woonvormen. Met deze aanpak geven we een overzicht van de woonvormen die in de afgelopen jaren zijn ontstaan binnen de Wet langdurige zorg en leggen we een relatie met de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen.

1.1 Aanleiding

Er zijn bijna 360.000 personen die gebruikmaken van de Wet langdurige zorg (Wlz). De grootste groep (circa 220.000 personen) maakt gebruik van Zorg in Natura met verblijf. De overige groep (bijna 140.000 personen) verzilvert de Wlz via een Volledig pakket Thuis (vpt), Modulair Pakket Thuis (mpt) en/of Persoons Gebonden Budget (pgb). Voorliggend onderzoek richt zich op deze tweede groep waarbij we inzicht willen krijgen in de wijze waarop het wonen en de zorg voor deze groep in de praktijk wordt vormgegeven. Tussen de uitersten van zelfstandig thuis wonen met individuele zorg en (grootschalige) intramurale verblijfszorg, zoals een verpleeghuis en een instelling voor gehandicaptenzorg, is al meerdere jaren een ontwikkeling gaande naar meer (kleinschalige) woonvormen. Zowel het aantal woonvormen als de variatie in woonvormen neemt toe. Daarom heeft VWS behoefte aan een beter beeld van de verschijningsvormen in de praktijk om de implicaties van beleidsvoorstellen die hiermee samenhangen beter te kunnen toetsen. VWS heeft bureau HHM gevraagd om dit beeld te schetsen door middel van een verkennend onderzoek.

Het verhelderende beeld over verschillende typeringen van woonvormen dient als basis voor het vraagstuk wat de meest wenselijke positionering is van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen voor Wlz-cliënten die in een woonvorm verblijven op basis van een vpt, mpt en/of pgb. Dit is op zichzelf geen nieuw vraagstuk. Al sinds de invoering van de Wlz in 2015 bestaat de vraag op welke manier Wlz-cliënten die thuis wonen hulpmiddelen en woningaanpassingen moeten ontvangen: vanuit de Wlz, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw)? Hierbij stelt VWS de vraag hoe deze nieuwe woonvormen kunnen worden bestempeld: als 'thuis' of als 'verblijf'.

Op dit moment wordt in de praktijk een onderscheid gemaakt in de financiering op basis van de scheiding tussen wonen en zorg:

- bij financiering op basis van Zorg in natura met verblijf zijn het wonen en de zorg niet gescheiden (het wonen wordt betaald vanuit de Wlz),
- bij financiering op basis van een vpt, mpt of pgb is het wonen gescheiden van de zorg (de bewoner betaalt zelf huur voor de woonvorm of is eigenaar van de woning).

In voorliggend onderzoek kijken we naar de groep die op dit moment zorg ontvangt in een woonvorm (op basis van een vpt, mpt en/of pgb) waarbij de zorg en het wonen formeel zijn gescheiden. Binnen deze woonvormen heeft VWS gevraagd om een onderscheid te maken tussen woonvormen die veel overeenkomsten vertonen met de setting van een instelling waarbinnen 'verblijfszorg' wordt geboden (dit korten we af als verblijfs-woonvormen) en woonvormen die veel overeenkomsten vertonen met de setting van een thuissituatie waarin 'zorg thuis' wordt geboden (dit korten we af als thuis-woonvormen).

We onderzoeken of het mogelijk is om met behulp van dit onderscheid in type woonvormen het vraagstuk over de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen te beantwoorden. Duidelijkheid over een dergelijk onderscheid is van belang, omdat:

- Vanaf 2020 gemeenten niet meer verantwoordelijk zijn voor de verstrekking van hulpmiddelen aan inwoners die met een indicatie Wlz met verblijf wonen in een intramurale instelling. In het kader van deze wijziging hebben VWS, de VNG en ZN de bestuurlijke afspraak gemaakt dat gemeenten voorlopig wel verantwoordelijk blijven voor de verstrekking van hulpmiddelen aan cliënten met een Wlz indicatie die geclusterd wonen met een vpt, mpt of pgb en;

- uitspraken van de Rechtbanken Oost-Brabant [18] en Gelderland [19] waarbij de rechter op grond van de feiten en omstandigheden heeft geoordeeld dat, ondanks dat de zorg wordt geleverd op basis van een vpt in geclusterde woonvorm, er geen sprake is van thuis wonen, conform de wettelijk definitie hiervan en de gemeente het specifieke hulpmiddel niet hoefde te verstrekken. De Centrale Raad van Beroep heeft naar aanleiding van een hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Oost-Brabant, bepaald dat bij vpt geen sprake kan zijn van Wlz-verblijf [35].

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Het verkennende onderzoek is opgedeeld in twee fasen. In de eerste fase hebben we een beeld gevormd van in de praktijk voorkomende woonvormen op basis van vpt, mpt en/of pgb. Hierbij hebben we ons gericht op verschillende vormen en op combinaties van, verschillende doelgroepen, waaronder ouderen, personen met een beperking en personen met een psychische aandoening. Tevens geven we - voor zover mogelijk - inzicht in de omvang van deze woonvormen. Op basis van deze informatie geven we een beeld van de wijze waarop de woonvormen kunnen worden geordend naar verblijfs-woonvormen (bij deze woonvormen zijn kenmerken van 'zorg in een verblijfsetting' dominant) en thuis-woonvormen (bij deze woonvormen zijn kenmerken van 'zorg in een thuissituatie' dominant).

In de tweede fase van dit onderzoek hebben we met de betrokken partijen de verwachte effecten van de ordening met behulp van drie scenario's in kaart gebracht op de positionering van a) de hulpmiddelenzorg en b) woningaanpassingen en c) de gevolgen voor de Wlz.

Het gaat om de scenario's:

- Scenario 1: Onderscheid verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen
- Scenario 2: Onderscheid per leveringsvorm (vpt/mpt/pgb)
 - Scenario 2a: alle hulpmiddelenzorg via de Wlz
 - Scenario 2b: hulpmiddelenzorg voor vpt-cliënten via de Wlz

We geven met deze rapportage antwoord op de volgende, door VWS gestelde, onderzoeksvragen:

- 1) Wat zijn in de praktijk voorkomende woonvormen waarbij Wlz-zorg wordt geboden op basis van een vpt, mpt en/of pgb, verbijzonderd naar doelgroep (ouderen, gehandicapten en GGZ) en zoveel mogelijk gekwantificeerd.
- 2) Wat zijn, mede gelet op de ingezette huisvestingsplannen voor ouderen, ontwikkelingen (in omvang) ten aanzien van deze of mogelijke andere woonvormen?
- 3) a) Op welke manier is het mogelijk deze woonvormen kansrijk (aan de hand van objectief vast te stellen factoren) te ordenen naar verblijfszorg en zorg thuis?
b) Tot welke uitkomsten, uitgesplitst naar leveringsvorm, leidt deze ordening.

a. Positionering van de hulpmiddelenzorg

Ervan uitgaande dat de Wlz verantwoordelijk wordt voor de hulpmiddelenzorg bij verblijfszorg en de Wmo verantwoordelijk blijft voor deze zorg thuis. Voor dit onderdeel dienen in ieder geval de volgende onderzoeksvragen te worden beantwoord:

- 4) Wat zijn voor de hulpmiddelenzorg de gevolgen van de invoering van een onderscheid tussen verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen voor alle betrokken actoren (cliënt, zorgaanbieder, gemeente, zorgkantoor, zorgverzekeraar en leverancier van hulpmiddelen) en de regelgeving?
- 5) Hoe verhouden de gevolgen van deze invoering zich tot de optie om de verantwoordelijkheden voor de hulpmiddelenzorg per leveringsvorm (vpt en mpt/pgb) te bezien?

b. Positionering van de woningaanpassingen

Ervan uitgaande dat de Wmo verantwoordelijk blijft voor woningaanpassingen bij de zorg thuis en dat in de Wlz zal gelden dat bij verblijfszorg op basis van vpt, mpt en pgb er geen aanspraak is op woningaanpassingen. Dit vanwege het uitgangspunt dat de woonvoorziening geschikt dient te zijn voor de beoogde doelgroep¹. Voor dit onderdeel dienen in ieder geval de volgende onderzoeksvragen te worden beantwoord:

- 6) Wat zijn voor woningaanpassingen de gevolgen van de invoering van de optie(s) uit onderzoeksvraag 3 voor alle betrokken actoren (cliënt, zorgaanbieder, gemeente, zorgkantoor, bouwer/verhuurder van de woonvoorziening) en de regelgeving?

c. Gevolgen voor de Wlz

De kansrijke opties voor de afbakening hebben mogelijk voor de Wlz en de uitvoering meer gevolgen dan alleen voor de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen. Voor dit onderdeel dient in ieder geval de volgende onderzoeksvraag te worden beantwoord:

¹ Dit betekent dat de benodigde woningaanpassingen voor rekening zijn van de bouwer/verhuurder.

- 7) Wat zijn voor de Wlz en de uitvoering de gevolgen van de invoering van de optie(s) uit onderzoeksvraag 3?

Na de algemene inleiding in hoofdstuk 1, geven we in hoofdstuk 2 een totaalbeeld van de in de praktijk voorkomende variatie van woonvormen waarbij Wlz-zorg wordt geboden op basis van een vpt, mpt en/of pgb, verbijzonderd naar doelgroep. In hoofdstuk 3 staat een beschrijving van woonvormen voor ouderen, in hoofdstuk 4 voor mensen met een beperking en in hoofdstuk 5 voor mensen met een psychische aandoening. In hoofdstuk 6 beschrijven we op welke manier het mogelijk is om deze woonvormen kansrijk te ordenen naar verblijfszorg en zorg thuis en tot welke uitkomsten deze ordening leidt. In hoofdstuk 7 bespreken we de positionering van hulpmiddelen en woningaanpassingen aan de hand van drie scenario's. In hoofdstuk 8 beschrijven we de reactie van diverse partijen wat betreft de wenselijkheid van de verschillende scenario's.

2. Inzicht in variatie

In dit hoofdstuk gaan we in op in de praktijk voorkomende woonvormen, waarbij Wlz geïndiceerde zorg wordt geleverd op basis van een vpt, mpt en/of pgb. Daarbij maken we onderscheid naar woonvormen voor de doelgroep ouderen, mensen met een beperking en mensen met een psychische aandoening.

2.1 Aanpak

Om inzicht te verkrijgen in de variatie aan woonvormen was aanvankelijk het plan om een kwantitatieve uitvraag te doen om zo goed zicht te krijgen op kwalitatieve en kwantitatieve aspecten van de woonvormen. Hierbij was het plan om via de brancheverenigingen de uitvraag uit te zetten onder zorgorganisaties. Hierbij hebben we voorgesteld om de informatie uit deze uitvraag te illustreren met enkele praktijkvoorbeelden, zodat een goed beeld ontstaat van de variëteit aan woonvormen. Echter, naar aanleiding van dit voorstel zijn door partijen uit de expertgroep twee vragen gesteld:

1. is het niet mogelijk om gebruik te maken van landelijk beschikbare informatie die via diverse monitoren over het wonen en leveringsvormen in kaart worden gebracht?
2. Is het uitzetten van een landelijke vragenlijst wel de juiste manier om antwoord te geven op de vragen van VWS?

In overleg met de expertgroep en VWS als opdrachtgever is besloten om van de kwantitatieve uitvraag af te zien om onnodige belasting van zorgorganisaties te voorkomen. In plaats van een aparte kwantitatieve uitvraag voor dit onderzoek, is in overleg met VWS en de expertgroep besloten om gebruik te maken van landelijk beschikbare data, inventarisaties en onderzoeken die in het verleden zijn uitgevoerd. Hierdoor is het accent van voorliggend onderzoek verschoven van een kwantitatieve, naar een meer kwalitatieve aanpak om inzicht te krijgen in de variatie van de verschillende woonvormen. Dit betekent dat het beperkt mogelijk is om kwantitatief antwoord te geven op de geformuleerde onderzoeksvragen in paragraaf 1.2.

Voor de kwalitatieve aanpak hebben we eerst een brede verkenning gedaan naar de variatie van woonvormen die volgens de omschrijving in

het Wlz Kompas van het Zorginstituut vallen onder de definitie 'zorg thuis' en waarbij de zorg in een geclusterde setting wordt geboden.

Definitie zorg thuis: *“Een verzekerde kan onder bepaalde voorwaarden er voor kiezen om Wlz zorg thuis te ontvangen. Er zijn verschillende leveringsvormen voor thuis: volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) en persoonsgebonden budget (pgb). Een combinatie van mpt en pgb is ook mogelijk. Onder 'thuis' wordt onder andere verstaan een aanleunwoning, een al dan niet aangepaste woning en een geclusterde woning die verzekerde zelf huurt of waar hij eigenaar van is.[1]”*

Ter vergelijking hebben we ook de definitie van 'verblijfszorg' opgenomen om duidelijk te maken waarin de setting van een woonvorm verschilt van de setting van een zorginstelling.

Definitie verblijfszorg: *“Bij de leveringsvorm verblijf gaat het om wonen in een instelling die geschikt is om de zorg te bieden waarop de verzekerde is aangewezen, dit kan gaan om wonen in een instelling al dan niet met een eigen kamer, groepswonen in de wijk of op het instellingsterrein, een relatief zelfstandige woonvorm in de wijk of een appartement op een instellings-terrein. De cliënt voorziet dus niet zelf in zijn woonruimte, daarnaast hoort bij verblijf in een instelling eten en drinken, schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en de overige voorzieningen. [1].”*

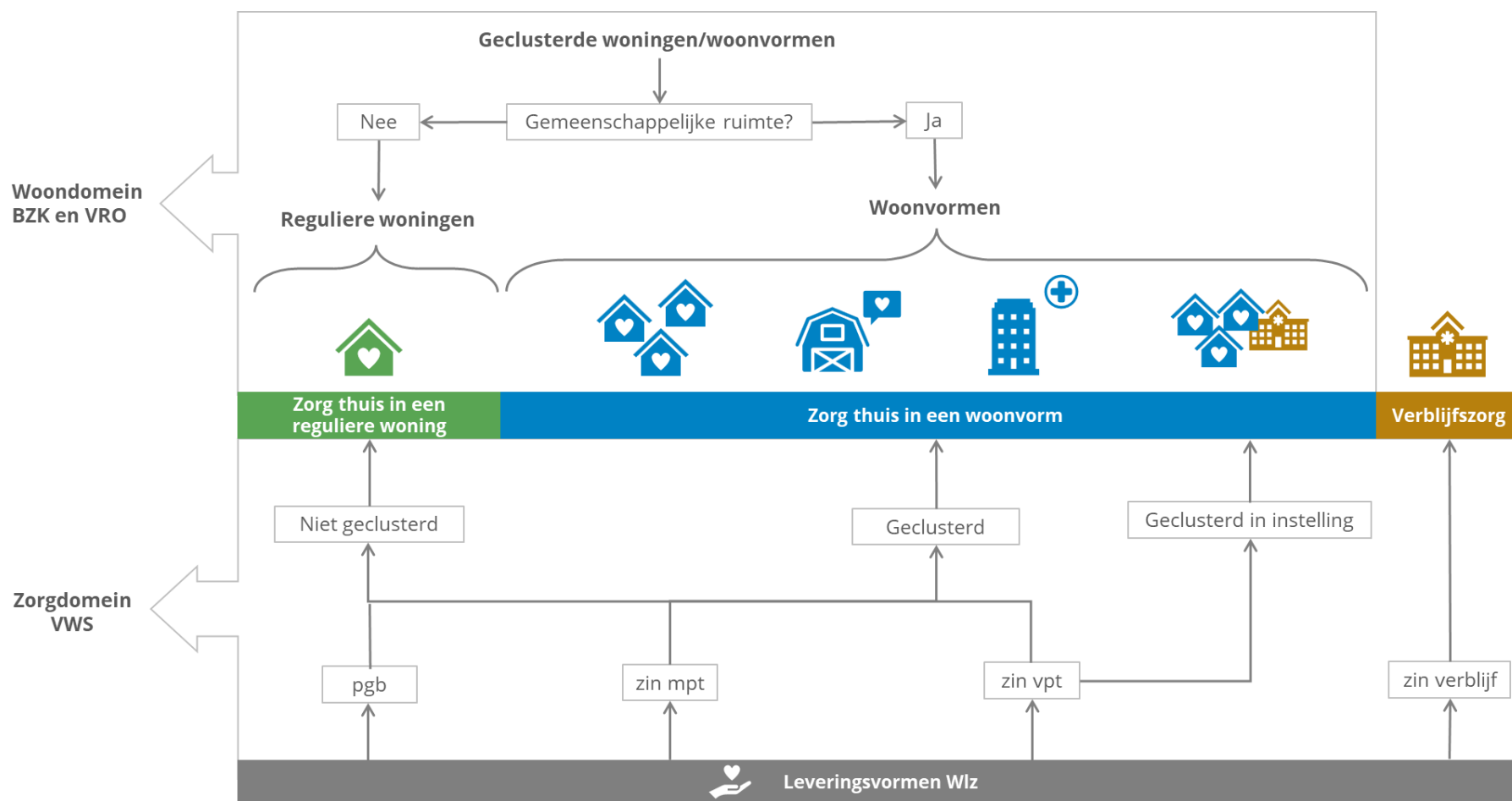
Om een beeld te krijgen van de variatie die tussen woonvormen bestaat hebben we de woonvormen aan de hand van een aantal kenmerken gescoord. Op deze manier hebben we uiteindelijk 58 woonvormen opgenomen die zich richten op (een combinatie van) drie doelgroepen:

ouderen, mensen met een beperking, en mensen met een psychische aandoening. Deze selectie is (in overleg met de opdrachtgever, begeleidingscommissie en expertgroep) zodanig tot stand gekomen, dat het een weerspiegeling is van de verschillende woonconcepten en doelgroepen die in de praktijk voorkomen. Daarnaast gold de voorwaarde dat over de woonvorm (online) informatie beschikbaar moest zijn om de kenmerken te kunnen scoren. Voor een specifieke woonvorm, de Ouderinitiatieven, geldt dat we gebruik hebben gemaakt van een totaalanalyse die de Landelijke Vereniging van Ouderinitiatieven (LVOI) op ons verzoek heeft verricht over de Ouderinitiatieven in de gehandicaptenzorg.

Met de selectie van deze 58 woonvormen hebben we de variëteit voldoende in beeld gekregen. Tijdens de feedbackrondes zijn door verschillende experts aanvullende woonvormen aangedragen. Na bestudering van deze woonvormen bleek dat deze het reeds bestaande beeld versterken en niet tot nieuwe inzichten leidden ten aanzien van de in beeld gebrachte variatie. Vervolgens hebben we (voor zover mogelijk) aan de hand van openbare kwantitatieve gegevens een vertaling gemaakt naar een landelijk beeld.

2.2 Landelijk gebruik van woonvormen

De variatie aan woonvormen, waar mensen met een Wlz-indicatie wonen kan vanuit twee perspectieven worden bekeken: het perspectief vanuit het woondomein en het perspectief vanuit het zorgdomein. In Figuur 1 is dit schematisch weergegeven.



Figuur 1. Variatie aan woonvormen bekeken vanuit het Woondomein-perspectief en het Zorgdomein-perspectief

Vanuit het zorgdomein gezien kan Wlz-zorg op verschillende manieren worden geleverd. Dit kan op basis van zorg in natura (zin) verblijf in een instelling, volledig pakket thuis (zin-vpt), modulair pakket thuis (zin-mpt) en het persoonsgebonden budget (pgb).

Op basis van de Monitor Langdurige zorg is het aantal mensen met een Wlz-indicatie in beeld gebracht dat dit geleverd krijgt via een vpt, mpt en/of pgb (en/of deeltijdverblijf, dtv), zie Tabel 1. Deze tabel laat zien dat circa 137.000 Wlz-cliënten hun zorg ontvangen op basis van een vpt, mpt en/of pgb. De groep mensen met een pgb in de gehandicaptenzorg (al dan niet in combinatie met een mpt) is de grootste groep, gevolgd door de groep ouderen met een mpt.

Tabel 1. Gebruik Wlz-leveringsvormen vpt, mpt, pgb (juli 2024, aantallen x 1.000)

	vpt	mpt	pgb	pgb + mpt en/of dtv
Aantal cliënten totaal Wlz	28,1	50,1	40,1	19,1
Verpleging en verzorging	20,7	32,8	9,8	4,3
Gehandicaptenzorg	5,0	13,3	24,9	14,0
Geestelijke gezondheidszorg	2,4	4,1	5,4	0,8

Een deel van deze mensen krijgt deze zorg geleverd in een woonvorm, een ander deel krijgt deze zorg geleverd in een reguliere woning. Vanuit het zorgperspectief is dit nader te specificeren voor de mensen die de zorg

geleverd krijgen door middel van een vpt. Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van gegevens die op landelijk niveau zijn geanalyseerd over het geclusterd wonen met een vpt.

Tabel 2 geeft een beeld van het aantal personen met een vpt in 2022. Daarbij is onderscheid gemaakt naar verschillende categorieën. Het gaat om personen die dit in een ongeclusterde of geclusterde woonsituatie ontvangen en, als sprake is van clustering, of dit cluster zich – wel of niet – bevindt in hetzelfde pand, als waar ook Wlz zorg op basis van verblijf wordt geboden. Voor alle categorieën is weergegeven voor hoeveel personen de situatie geldt en hoeveel clusters dit betreft.

Tabel 2. Personen met vpt, totaal Wlz, naar woonsituatie en Wlz-verblijf geaggregeerd op pandniveau², peildatum 2022

	Woonsituatie		Wlz-verblijf		
	Totaal vpt	Niet geclusterd	Geclusterd	Niet in Wlz-instelling	Wlz-instelling
Aantal personen	21.605	5.670	15.935	8.440	7.495
Aantal clusters	2.400		2.400	735	1.665

- o Niet geclusterd: er wonen minder dan drie personen die gebruikmaken van een vpt, zonder Wlz-verblijf
- o Geclusterd, niet in instelling: er wonen drie of meer personen met een vpt op één verblijfplaats, zonder Wlz-verblijf
- o Geclusterd, wel in een instelling: er woont ten minste één persoon met een vpt en minimaal één persoon met Wlz-verblijf op één verblijfplaats.

² Een pand is een kleinste bij de totstandkoming functioneel en bouwkundig-constructief zelfstandige eenheid die direct en duurzaam met de aarde is verbonden en betreedbaar en afsluitbaar is (bron: Basisregistratie Adressen en Gebouwen).

Tabel 2 laat zien dat er in 2022 ruim 21 duizend personen waren met een vpt, waarvan het grootste deel (74%) geclusterd woont. Van de personen die geclusterd wonen, woont iets minder dan de helft geclusterd in een instelling waar ook Wlz-zorg op basis van verblijf in een instelling wordt geleverd. Denk bijvoorbeeld aan een woonzorgcentrum wat bestaat uit een verpleeghuis (Wlz-zorg op basis van verblijf in een instelling) en zelfstandige appartementen, waar mensen op basis van een vpt kunnen wonen.

Deze personen wonen in 2.400 clusters³. De meeste clusters (69%) zijn te vinden binnen hetzelfde pand waar ook Wlz-zorg op basis van verblijf in een instelling wordt geleverd.

Om een nader beeld te geven over de pgb-gefinancierde woonvormen hebben we gebruikgemaakt van gegevens over de wooninitiatieven-toeslag⁴.

De monitor langdurige zorg geeft weer hoeveel mensen met een pgb een wooninitiatieven-toeslag ontvangen in 2022 [13]. Deze toeslag geeft inzicht in het aantal mensen met een pgb dat in een woonvorm woont, op basis van de definitie van een woonvorm die vereist dat minimaal 3 en maximaal 26 pgb-houders samenwonen. In Tabel 3 is te zien dat in totaal circa 16% van de pgb-houders in een woonvorm verblijft. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per woonvorm zijn het in totaal 818 woonvormen.

Tabel 3. Aantal personen met pgb en deel daarvan met wooninitiatieven-toeslag, 2022

Totaal aantal personen met pgb	Waarvan met wooninitiatieven-toeslag	Percentage pgb-houders in een woonvorm
59.210	9.415	16%

Als we inzoomen op de verschillende doelgroepen zien we dat de financiering van de woonvormen wisselt per doelgroep. Pgb-gefinancierde wooninitiatieven komen vooral voor in de gehandicaptensector [15] en in de ggz. In de ouderenzorg is een woonvorm op basis van vpt het meest voorkomend.

Over het mpt zijn landelijk geen cijfers beschikbaar om een beeld te kunnen geven van het aantal woonvormen waarin ze verblijven. Mensen met een mpt wonen zelfstandig, verspreid in wooncomplexen (naast mensen zonder zorgvraag) of in pgb-gefinancierde woonvormen. De relatief grote groep mensen met een combinatie van pgb + mpt in de gehandicaptenzorg (zie Tabel 1) betreft veelal mensen die het pgb besteden aan zorg en ondersteuning in een woonvorm of thuis en het mpt aan dagbesteding bij een aanbieder elders. In het onderzoek zijn we geen woonvormen tegengekomen die zich profileren en positioneren als mpt-woonvorm.

Als we vanuit het wonen perspectief naar de variatie aan woonvormen kijken, zien we dat vaak wordt gesproken over geclusterd wonen. Om onderscheid te maken tussen bijvoorbeeld een appartementencomplex

³ Bij eerder onderzoek in 2019 naar kleinschalige woonvormen werd geschat dat er 1.100 woonvormen binnen de gehandicaptenzorg waren en ongeveer 400 woonvormen binnen de ouderenzorg [15, 16]. Deze nieuwe cijfers over clusters op pandniveau laten zien dat het aantal woonvormen hoger ligt, dan in 2019 geschat.

⁴ De toeslag voor een kleinschalig wooninitiatief is extra budget voor budgethouders die in een wooninitiatief wonen en zorg krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De woontoeslag is bedoeld voor het organiseren van zorg, voor het leveren van zorg in gemeenschappelijke woonruimtes en voor de huur van een gemeenschappelijke ruimte (op voorwaarde dat daar zorg wordt gegeven).

waar veel ouderen met een zorgvraag wonen en een geclusterde woonvorm voor ouderen, wordt de aanwezigheid van een gezamenlijke ontmoetingsruimte als belangrijke voorwaarde gesteld [10]. De wijze waarop binnen deze woonvormen de zorg wordt geleverd wordt vanuit het wonen perspectief niet meegenomen om een duiding te geven aan een woonvorm. In hoofdstuk 3, 4 en 5 gaan we hier per doelgroep nader op in.

2.3 Variatie aan woonvormen

In dit onderzoek is er voor gekozen om de variatie primair kwalitatief te benaderen. Om de gewenste variatie aan woonvormen in beeld te brengen én om vanuit daaruit te kunnen beoordelen of een woonvorm meer kenmerken vertoont van verblijfszorg (verblijfs-woonvormen) of meer kenmerken vertoont van zorg thuis (thuis-woonvormen) hebben we een analysekader ontwikkeld (zie Tabel 4). Dit analysekader hebben we gebaseerd op de bestudering van eerdere onderzoeken en publicaties en opgebouwd uit 15 kenmerken waarop woonvormen kunnen verschillen [3, 4, 5, 6, 7].

Bijlage 4 bevat een overzicht van de scores op de kenmerken waarmee we de variatie van de eerder genoemde 58 woonvormen nader in beeld hebben gebracht. In bijlage 4 hebben we per kenmerk aangegeven welke informatie wij hebben gebruikt over de verschillende woonvormen. Hierbij hebben wij alleen gebruik gemaakt van informatie op de websites van de woonvormen zelf, als van andere relevante websites. Hoewel we ernaar hebben gestreefd om een zo volledig mogelijk overzicht te bieden, is het belangrijk om te vermelden dat de gegevens mogelijk niet compleet zijn. Dit komt doordat bepaalde informatie verspreid en soms moeilijk vindbaar is in de publiek beschikbare bronnen. In Tabel 4 hebben we per kenmerk aangegeven hoe vaak het kenmerk gevonden is tijdens de analyse.

Tabel 4. Analyse kader woonvormen, met aantal keren dat dit kenmerk voorkomt bij de geanalyseerde woonvormen

Kenmerk	Subkenmerk	Aantal
1. Type doelgroep	1.1 Ouderen	34
	1.2 Mensen met psychische aandoeningen	15
	1.3 Mensen met een beperking (verstandelijk, lichamelijk en/of zintuiglijk)	14
2. Leveringsvorm	2.1. ZIN met verblijf	1
	2.2. VPT	22
	2.3. MPT	5
	2.4 PGB	17
3. Wlz-indicatie verplicht	3.1 Iedereen heeft een Wlz-indicatie	28
	3.2 Combinatie van bewoners met en zonder Wlz-indicatie	25
4. Initiatiefnemer woonvorm	4.1 Zorgaanbieder	17
	4.2 Particulier initiatief (stichting, waaronder franchise)	13
	4.3 Ouder-/familie initiatief	10
	4.4 Woningcorporatie	4
	4.5 Private investeerder/belegger	0
5. Schaalgrootte / mate van clustering	5.1 De woonvorm bestaat uit één woning met maximaal 12 wooneenheden	14
	5.2 De woonvorm bestaat uit één wooncomplex met meer dan 12 wooneenheden	29
	5.3 De woonvorm bestaat uit diverse wooneenheden verspreid over een wijk	0
6. Zorgafname verplicht	6.1 Zorgafname is verplicht: bewoner of partner moet verhuizen als contract voor zorg wordt opgezegd	40

Kenmerk	Subkenmerk	Aantal
7. Opschalen van zorg	6.2 Zorgafname is niet verplicht: bewoner of partner kan blijven wonen na opzeggen contract voor zorg	13
	7.1 Bij opschaling van zorg kan bewoner in de woonvorm blijven wonen	1
	7.2 Bij opschaling van zorg moet bewoner verhuizen	0
8. Zelfstandigheid van de woning	8.1 De woonvorm is zelfstandig: elke wooneenheid heeft een eigen huisnummer, voordeur met bel en slot, toilet, douche, keukenblok, slaapkamer en huiskamer	28
	8.2 De woonvorm is onzelfstandig: elke wooneenheid heeft geen eigen huisnummer, voordeur met bel en slot, toilet, douche, keukenblok, slaapkamer en huiskamer	12
	8.3 De woonvorm heeft een combinatie van zelfstandige en onzelfstandige wooneenheden.	4
9. Gemeenschappelijke ruimte	9.1 De woonvorm heeft een gemeenschappelijke ruimte	40
	9.2 De woonvorm heeft geen gemeenschappelijke ruimte	0
10. Woonlasten	10.1 De bewoner betaalt woonlasten aan zorgaanbieder	10
	10.2 De bewoner betaalt woonlasten aan particulier initiatief (stichting, waaronder franchise)	10
	10.3 De bewoner betaalt woonlasten aan ouder-/familie initiatief	4
	10.4 De bewoner betaalt woonlasten aan woningcorporatie	11

Kenmerk	Subkenmerk	Aantal
11. Keuzevrijheid uitvoering van zorg	10.5 De bewoner betaalt woonlasten aan private investeerder/belegger	1
	11.1 Door 1 verplichte aanbieder voor alle bewoners in de woonvorm	44
	11.2 Door verschillende aanbieders voor verschillende bewoners in de woonvorm	2
	11.3 Door vrijwilligers	2
	11.4 Door naasten / mantelzorgers	2
12. Beschikbaarheid van zorg	12.1 Zorg op afspraak/planbare zorg	2
	12.2 Zorg op afroep	0
	12.3 24-uurszorg	28
13. Gebruik van andere zorginstelling	13.1 De woonvorm is fysiek onderdeel (afdeling of vleugel) van een zorginstelling waarvan faciliteiten worden gebruikt	3
	13.2 De woonvorm bevindt zich vlakbij (binnen circa 500 m afstand) een zorginstelling waarvan faciliteiten worden gebruikt	2
	13.3 De woonvorm bevindt zich op afstand (meer dan 500m afstand) van een zorginstelling waarvan faciliteiten worden gebruikt	0
	13.4 De woonvorm maakt geen gebruik van faciliteiten van een zorginstelling	9
14. Toezicht	14.1 Personele aanwezigheid overdag 's avonds	20
	14.2 Cameratoezicht	0
	14.3 Personenalarmering	7
	14.4 Door naasten/mantelzorgers	1
	14.5 Door vrijwilligers	1
15. Nachtzorg	15.1 Op woonvorm aanwezige nachtdienst	14

Kenmerk	Subkenmerk	Aantal
	15.2 Nachtdienst vanuit ambulant team vanuit eigen woonvorm	0
	15.3 Nachtdienst van nabijgelegen zorginstelling	0
	15.4 Nachtdienst in samenwerking met andere zorginstellingen	0

Op basis van een analyse van Tabel 4 zien we binnen de onderzochte woonvormen veel variatie. Zo zijn er veel woonvormen die zich specifiek richten op één doelgroep (ouderen, mensen met een beperking of mensen met een psychische aandoening), maar er worden ook combinaties gemaakt tussen doelgroepen. Daarnaast zijn er woonvormen die zich specifiek richten op doelgroepen met een religieuze of culturele achtergrond.

Vervolgens zien we met name verschillen met betrekking tot de verplichting van een Wlz-indicatie om er te kunnen wonen, de initiatiefnemers voor de woonvorm, de schaalgrootte/mate van clustering, de verplichting van zorgafname, de zelfstandigheid van de woning, de betaling van woonlasten en de keuzevrijheid bij de afname van zorg.

Binnen deze variatie komen verschillende woonzorgconcepten in meer of mindere mate terug. Een woonzorgconcept is een vorm waarmee een organisatie invulling geeft aan het bieden van de geclusterde zorg. De opsomming van woonzorgconcepten hieronder is illustratief en niet uitputtend, maar bedoeld om een beter beeld te schetsen van de variatie:

- Zorgvilla's, dit zijn woonvormen in een groot (monumentaal) pand waarbij bewoners in eigen appartementen wonen met gezamenlijke ruimtes.

- Zorgboerderijen, dit zijn woonvormen op het platteland waar wonen en dagbesteding vaak worden gecombineerd. Hierbij is het voor bewoners mogelijk om te helpen met de verzorging van dieren of te werken in de tuin. De omgeving is rustgevend en biedt structuur.
- Kleinschalige woonhuizen waarbij zorgondernemers op de locatie wonen met als doel om de bewoners zorg en begeleiding te geven in een vertrouwde omgeving.
- Samenwerkingen van zorgorganisaties en woningcorporaties waarbij in de woonvorm een gemixte populatie woont van mensen die thuiszorg, verpleeghuishouding, hospice zorg en/of geen zorg ontvangen.
- Woonvormen waarbij de kracht van de gemeenschap wordt gebruikt, hiervoor wordt ook weleens de term zelfredzame samenleving gebruikt, waarbij iedereen – naar eigen vermogen - een steentje moet bijdragen.
- Woonvormen waarin voor de basis ondersteuning met name wordt geleund op naasten en/of vrijwilligers en voor de zwaardere zorgvragen zorgmedewerkers worden ingeschakeld.
- Ouder-/familie-/bewoners-initiatieven, waarbij de oprichters een grote invloed hebben op de kwaliteit van en wijze waarop zorg wordt geleverd.

Deze concepten kunnen door zelfstandige ondernemers zijn opgezet of door investeringsmaatschappijen die een eigen concept hebben of bestaande concepten overnemen.

Ook binnen deze woonzorgconcepten is veel variatie te zien. Zo scoren bijvoorbeeld niet alle zorgvilla's gelijk op de lijst van 15 kenmerken. Ook is het niet mogelijk gebleken om op basis van bestaande informatie de (exacte) omvang van de verschillende woonzorgconcepten in beeld te brengen. De benodigde informatie is veelal fragmentarisch, onvolledig,

gedateerd en/of gebaseerd op andere (bredere/smaller) definities. Zo is bijvoorbeeld bekend dat er circa 1.300 zorgboerderijen zijn [33], maar niet bekend is hoeveel van deze zorgboerderijen ook als woonvorm kunnen worden aangeduid. Het gaat hier immers ook om zorgboerderijen waar alleen dagbesteding wordt geboden. In de beschrijving van de woonvormen per doelgroep in de hoofdstukken 3, 4 en 5 komen de genoemde concepten in meer of mindere mate terug. Waar mogelijk en relevant wordt de omvang van deze typen beschreven.

2.4 Conclusie

Op 1 juli 2024 ontvingen 137.400 mensen een Wlz-indicatie via vpt, mpt en/of pgb. Een deel hiervan ontving deze zorg in een woonvorm, om hoeveel woonvormen het gaat is vanuit openbaar beschikbare gegevens bij benadering te bepalen. Uit de beschikbare gegevens blijkt dat 74% (15.935) van de vpt-houders in een geclusterde setting woont, dit zijn 2.400 clusters van 3 of meer personen met een vpt op één verblijfsplaats. Op basis van het feit dat 16% (9.415) van de pgb-houders een wooninitiatieven toeslag ontvangt, veronderstellen we dat er 818 pgb-woonvormen zijn. Er zijn geen openbare gegevens over het aantal personen dat met een mpt in een woonvorm woont of zelfstandig woont.

Om de variatie aan woonvormen te onderzoeken hebben we vervolgens gekeken naar 58 woonvormen (gericht op ouderen, mensen met een beperking en mensen met een psychische aandoening). De woonvormen zijn geanalyseerd aan de hand van 15 verschillende kenmerken.

Op hoofdlijnen kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- **Variatie in woonvormen:** Er is veel variatie in de woonvormen die onderzocht zijn, zowel in de doelgroepen die ze bedienen als in de

combinaties van doelgroepen. Daarnaast zijn er woonvormen die specifiek gericht zijn op religieuze of culturele groepen.

- **Financiering verschilt per doelgroep:** De financiering van woonvormen verschilt per doelgroep. Woonvormen voor mensen met een beperking maken relatief veel gebruik van het persoonsgebonden budget (pgb), wat ook vaak voorkomt in de ggz. Voor ouderen gebeurt de financiering voornamelijk via het vpt en minder via pgb.
- **Geen specifieke woonvormen voor personen met een mpt:** Er zijn geen specifieke woonvormen die zich positioneren als een woonvorm voor personen met een mpt. Deze groep woont vaak verspreid in grotere complexen met andere ouderen, soms zonder zorgvraag of binnen een pgb-gefinancierde woonvorm.
- **Variëteit in woonzorgconcepten:** Er zijn verschillende soorten woonzorgconcepten, zoals zorgvilla's, zorgboerderijen, kleinschalige woonhuizen, en samenwerkingen tussen zorgorganisaties en woningcorporaties. Elk concept biedt een andere benadering van zorg en wonen, van gemeenschapsgerichte concepten tot initiatieven die afhankelijk zijn van familie of vrijwilligers. Daarbij kunnen deze concepten door zelfstandige ondernemers zijn opgezet of door investeringsmaatschappijen die een eigen concept hebben of bestaande concepten overnemen.
- **Variatie in gehanteerde definities:** Binnen de verschillende woonzorgconcepten worden de 15 kenmerken niet altijd op dezelfde wijze gedefinieerd (zowel binnen als tussen de diverse woonzorgconcepten). Dit versterkt de variatie tussen de verschillende woonzorgconcepten.
- **De omvang is bij benadering te bepalen:** Het is lastig om de exacte omvang van de verschillende woonzorgconcepten vast te stellen, omdat de gegevens vaak incompleet, verouderd of gebaseerd zijn op verschillende definities. Bijvoorbeeld, het aantal zorgboerderijen is

bekend (ongeveer 1.300), maar niet alle zorgboerderijen functioneren als woonvorm (een deel levert alleen dagbesteding).

Samengevat is er dus veel variatie in woonvormen en financiering, maar tegelijkertijd is sprake van onvolledige en inconsistente informatie die het moeilijk maakt om op basis van de openbaar beschikbare informatie een compleet overzicht van de omvang en kenmerken van de verschillende woonzorgconcepten te geven.

3. Woonvormen voor ouderen

In aanvulling op het totale beeld dat we in hoofdstuk 2 hebben geschetst besteden we in dit hoofdstuk afzonderlijk aandacht aan de woonvormen voor ouderen aan de hand van: het beleid vanuit de rijksoverheid, het huidige beeld van de woonvormen en de ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen.

3.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid

Het afgelopen decennium heeft de rijksoverheid ingezet op extra-muralisering van verblijfszorg. Het streven hierbij is om buiten de muren van een intramurale instelling gelijkwaardige zorg te bieden, in de eigen woning van de inwoner. In het verlengde van deze beweging is het rijk in 2022 gestart met het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO). Uitgangspunten voor dit programma zijn 'zelf als het kan, thuis als het kan en digitaal als het kan'. Daarnaast heeft het vorige kabinet (Rutte 4) besloten om in het kader van het scheiden van wonen en zorg het aantal plekken met verblijf te bevriezen (niet meer dan 125.000 verpleeghuisplekken) en de groeiende behoefte aan Wlz-zorg voor ouderen te realiseren via vpt, mpt of pgb [17]. Deze plannen leiden onvermijdelijk tot een groei van het aantal Wlz-woonvormen op basis van een vpt, mpt of pgb.

Met betrekking tot het pgb refereren we aan de Kamerbrief van 12 juli 2024 waarin de Minister van VWS vier maatregelen beschrijft die de gedwongen inzet van het pgb verminderen en de betrokken partijen ondersteunen bij hun taken en verantwoordelijkheden:

1. versteviging van de toegang tot het pgb,
2. vergroting van het zicht op pgb-gefinancierde wooninitiatieven (met behulp van het transparantieregister pgb-gefinancierde wooninitiatieven),
3. optimalisering van de informatie-uitwisseling over wooninitiatieven tussen betrokken partijen,
4. verbetering van de mogelijkheden van contractering voor kleinschalige wooninitiatieven.

Deze maatregelen gelden voor alle doelgroepen waarbij het nog onduidelijk is welke impact deze hebben op het aantal pgb-gefinancierde woonvormen.

Het huidige kabinet (Schoof) heeft het ministerie van VWS opdracht gegeven om de financiële mogelijkheid door te rekenen van de terugkeer van verzorgingshuizen. De verzorgingshuizen zoals we die kenden onder de AWBZ (tot 2015) en in de eerste jaren van de Wlz (vanaf 2015) zijn de afgelopen jaren geëxtramuraliseerd. Het ging voornamelijk om verzorgingshuizen met bewoners met een Wlz-indicatie VV01, VV02 en VV03. Op het moment van schrijven van deze rapportage is nog onduidelijk wat een mogelijke herintroductie van de verzorgingshuizen (die met name bedoeld lijken te zijn voor ouderen zonder Wlz-indicatie) betekent voor de behoefte aan Wlz-woonvormen.

Daarnaast zijn door het vorige kabinet afspraken gemaakt over de bouw van 290.000 woningen voor ouderen tot 2030. Van die 290.000 ouderenwoningen zijn 170.000 woningen nultredenwoningen, 80.000 geclusterde woningen en 40.000 zorggeschikte woningen. Met name de zorggeschikte woningen zijn bedoeld voor mensen met een behoefte aan verpleegzorg (Wlz-indicatie), die deze zorg ontvangen in een geclusterde woonvorm op basis van het principe van het scheiden van wonen en zorg, waarbij de zorg wordt verzilverd middels vpt, mpt of pgb. Daarbij hebben het Rijk en Aedes afgesproken dat 50% van deze woningen wordt gerealiseerd in het sociale segment, zodat er meer aanbod ontstaat voor ouderen in lage inkomensgroepen.

Gemeenten, provincies en het Rijk werken aan afspraken om de plancapaciteit, voortgang en realisatie van woningbouwplannen, inclusief de woningtypen voor ouderen beter in kaart te brengen. De verwachting is dat in het eerste kwartaal van 2025 deze data beschikbaar zijn.

3.2 Huidig beeld van de woonvormen

Er is sprake van een grote mate van diversiteit in woonvormen voor ouderen. De kenmerken van een woonvorm hangen sterk samen met de doelgroep van de woonvorm. Er zijn woonvormen die zich uitsluitend richten op bewoners met een Wlz-indicatie en waar bewoners niet kunnen blijven wonen als er geen zorg wordt afgenomen. Daarnaast zijn er woonvormen waar mensen met en mensen zonder Wlz-indicatie wonen en die zich in de eerste plaats richten op participatie en het bouwen van een samenleving en daarna pas op zorg. Een deel van deze woonvormen richt zich op een bredere groep dan alleen ouderen, zoals bijvoorbeeld een combinatie met de huisvesting van studenten. Hierbij wonen enkele studenten voor een lage huur in een ouderencomplex in ruil voor een aantal uur vrijwilligerswerk per week. Tot slot zit er veel variatie in de betaalbaarheid van woonvormen. Een deel van de woonvormen is alleen betaalbaar voor ouderen met hoge inkomens terwijl andere woonvormen zich juist richten op ouderen met een kleine beurs (zie ook paragraaf 3.3 over de ontwikkelingen op dit gebied). In Tabel 5 staat het aantal personen met een vpt in de sector verpleging en verzorging in 2022 weergegeven, inclusief de woonsituatie (wel of niet geclusterd) en of het wel of niet om verblijf in een instelling gaat.

Tabel 5. Personen met vpt, sector verpleging en verzorging, naar woonsituatie en Wlz-verblijf geaggregeerd op pandniveau, peildatum 2022

	Woonsituatie			Wlz-verblijf	
	Totaal vpt	Niet geclusterd	Geclusterd	Niet in Wlz-instelling	Wlz-instelling
Aantal personen	15.385	3.240	12.145	6.945	5.200
Aantal clusters	1.450		1.450	520	935

- Niet geclusterd: er wonen minder dan drie personen die gebruikmaken van een vpt, zonder Wlz-verblijf
- Geclusterd, niet in instelling: er wonen drie of meer personen met een vpt op één verblijfplaats, zonder Wlz-verblijf
- Geclusterd, wel in een instelling: er woont ten minste één persoon met een vpt en minimaal één persoon met Wlz-verblijf op één verblijfplaats.

Tabel 5 laat zien dat in 2022 in de sector verpleging en verzorging ruim 15 duizend personen een vpt hadden, waarvan het grootste deel (79%) woont in 1.450 clusters (met een gemiddelde van acht personen per cluster). Meer dan de helft (64%) van deze clusters is te vinden binnen Wlz-instellingen. Voorbeelden hiervan zijn de Groene Wei en Nieuw Kerke-landen, die fysiek onderdeel zijn van een Wlz-instelling, en villa Hendrik, die organisatorisch onderdeel is van een zorginstelling. Voorbeelden van vpt-geclusterde woonvormen niet in een Wlz-instelling zijn Dagelijks leven (zie kader), Zonnetij en Stepping Stones. Deze woonvormen vormen geen onderdeel van een andere zorgorganisatie.

Tabel 6. Aantal personen in verpleging en verzorging met pgb en deel daarvan met wooninitiatieven-toeslag, 2022

ZZP	Totaal aantal personen met pgb	Waarvan met wooninitiatieven-toeslag	Percentage pgb-houders in een woonvorm
Verpleging en verzorging	15.200	2.545	17%

In Tabel 6 is het aantal personen in verpleging en verzorging met een pgb, en het deel daarvan met een wooninitiatieven-toeslag weergegeven, dit is 17% van het totaal aantal pgb-houders in de ouderenzorg. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per woonvorm zijn het 221 woonvormen. Voorbeelden van pgb-gefinancierde woonvormen voor ouderen zijn: de Herbergier, Het ouden Huis, Zorg villa Tante Toos en de Lindelaer.

Voorbeelden van de variatie in woonvormen voor ouderen

Rosorum: Rosorum bestaat uit 8 zeer luxe zorgvilla's in een hoger segment, waar bewoners zelfstandige wonen. Bewoners kunnen hier wonen met zowel een Wmo als een Wlz-indicatie. Het is ook mogelijk om te wonen zonder indicatie.

Dagelijks Leven: Dagelijks Leven heeft meer dan 100 kleinschalige woonlocaties (maximaal 22 bewoners) die zorg bieden aan mensen met dementie en betaalbaar zijn voor iedereen. Bewoners hebben een eigen kamer, maar geen zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier alleen wonen met een Wlz-indicatie waardoor er een directe koppeling is tussen wonen en zorg. Het is verplicht om zorg af te nemen bij de aangewezen zorgaanbieder, deze is 24/7 aanwezig. De zorg wordt geboden op basis van een vpt.

Lang Leven thuisflat/Thuisplusflats: *Lang Leven Thuisflats (Amsterdam) of Thuisplusflats (Rotterdam) zijn sociale huurappartementencomplexen waar ouderen met en zonder zorgvraag wonen. Een Wlz-indicatie en zorgvraag is niet verplicht om hier te wonen. In de Lang Leven Thuisflats en Thuisplusflats is één preferente zorgaanbieder actief, die zelf of in combinatie met een welzijnsaanbieder activiteiten organiseert voor bewoners en met een vast team zorg levert. Bewoners worden gemotiveerd om zelf bij te dragen en er wordt ingezet op preventie en vroegsignalering.*

3.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen

Op basis van een analyse van bestaande onderzoeken [2, 6, 7, 11 en 15] worden de volgende ontwikkelingen beschreven:

- **Toename VPT voor intensievere zorg (2019-2022):** Het aantal VPT's voor mensen met een intensievere zorgvraag is tussen 2019 en 2022 significant gestegen, met name voor 5VV en 6VV. Zo is het aantal VV5-indicaties in de verpleging en verzorging tussen januari 2015 en juni 2021 met 655% gestegen, door zowel verschuivingen van VV4 naar VV5 als instroom in hogere zorgprofielen.
- **Groei Wlz-cliënten met VPT:** Tussen 2015 en 2021 is het aantal Wlz-cliënten met een VPT voor VV4 t/m VV10 meer dan verdrievoudigd, terwijl het aantal cliënten met verblijf slechts met 6% is gestegen. De verhouding VPT - verblijf is verschoven van 4%-96% naar 10%-90%.
- **Oorzaken groei van VPT:** De NZa noemt vier redenen voor de groei van VPT, waaronder de wens van mensen om in hun vertrouwde omgeving te blijven, de mogelijkheid om dezelfde zorgverleners te behouden, het feit dat - in vergelijking tot verblijfszorg - zorgaanbieders het VPT makkelijker kunnen opschalen en de lagere zorgkosten.
- **Overstap van PGB naar VPT:** Steeds meer woonvormen die voorheen PGB-gefinancierd waren, schakelen over naar VPT. Dit gebeurt

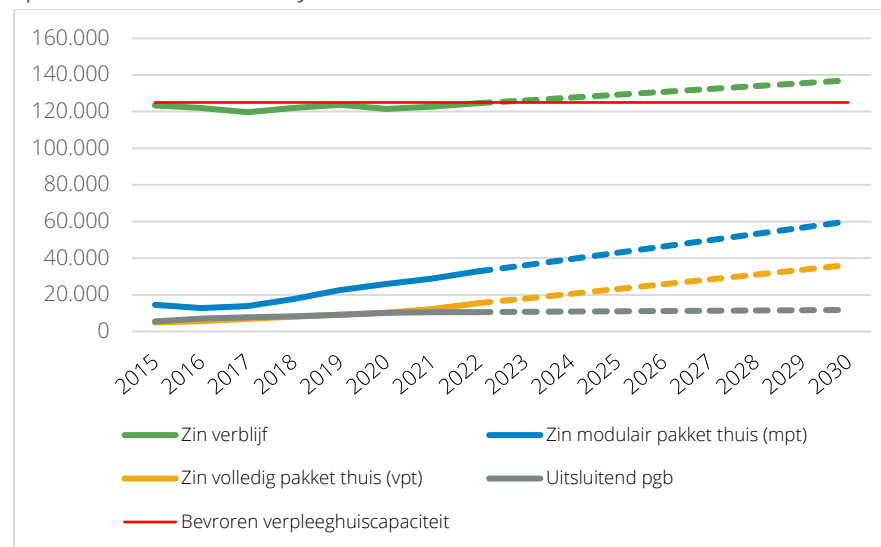
vanwege lagere administratieve lasten en hogere vergoedingen bij VPT, wat meer financiële stabiliteit biedt.

- **Kleinschalige woonzorg en sociaaleconomische status:** Kleinschalige woonzorgvormen trekken vooral ouderen met een hoge sociaaleconomische status aan, omdat ze financieel voordeliger zijn voor hogere inkomensgroepen. Voor lagere inkomensgroepen zijn deze vormen aantrekkelijk als de huren laag zijn, maar er worden weinig betaalbare woonvormen ontwikkeld voor hen vanwege hoge kosten en lage huurprijzen.
- **Risico's voor lagere inkomensgroepen:** Door de hoge ontwikkelingskosten en de voorkeur voor hogere huurprijzen, bestaat het risico dat kleinschalige woonzorg in de toekomst vooral toegankelijk zal zijn voor hogere inkomensgroepen
- **Winstoogmerk zorg in een kleinschalige woonvoorziening:** Een mogelijke verklaring voor de groei aan extramurale woonvormen die door experts is aangedragen, zit in de mogelijkheid dat een winstoogmerk is toegestaan voor organisaties die zorg leveren in een kleinschalige woonvoorziening [33]. Dit is een mogelijke verklaring voor de toenemende interesse van investeringsmaatschappijen eigen woonconcepten te ontwikkelen.
- **Verschillen in eigen bijdrage tussen extramurale en intramurale zorg:** Bij extramurale zorg - waarbij wonen en zorg is gescheiden - is de eigen bijdrage in de zorgkosten lager dan bij intramurale verpleeghuiszorg. De eigen bijdrage is afhankelijk van inkomen en vermogen. Het verschil in eigen bijdrage tussen intramurale en extramurale zorg kan oplopen tot € 2.007 per maand (2024). Dit kan voor ouderen een reden zijn om sneller voor vpt, mpt of pgb te kiezen, wat ook een effect heeft op de behoefte aan woonvormen waar dit wordt geboden [34].

In Figuur 2 hebben we de ontwikkeling van het aantal Wlz-VV indicaties naar verzilveringsvorm (verblijf, vpt, mpt, pgb) weergegeven. Om een idee te geven over de toekomstige ontwikkelingen hebben we op basis van de trend over de periode 2020 – 2022 (exclusief eventuele effecten van toekomstig beleid) een prognose gemaakt van de verwachte ontwikkeling voor de komende jaren. Op basis van deze trendontwikkeling neemt het aantal personen met een Wlz-indicatie over de periode 2022 tot en met 2030 toe met circa 61.700 personen. In absolute zin is de groei van het aantal personen met een mpt het grootst, het gaat om circa 27.200 personen. Welke deel hiervan in een woonvorm wordt geleverd is op basis van de geanalyseerde gegevens niet te voorspellen. Het aantal personen met een vpt en zin met verblijf neemt toe met circa 33.000 personen. Als we uitgaan van de huidige cijfers, zal circa 79% van deze groep de zorg geleverd krijgen in een woonvorm. Het gaat in dat geval om circa 26.300 personen, uitgaande van gemiddeld 8 personen per woonvormen betreft dit 3.287 extra woonvormen.

De groei van het aantal personen met een pgb is relatief laag. Het gaat om circa 1.200 personen. Als we er vanuit gaan dat circa 17% (de huidige cijfers) dit in een woonvorm geleverd krijgt, gaat het om circa 200 personen. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per pgb-woonvorm zijn het 17 extra woonvormen.

Figuur 2. Ontwikkeling aantal indicaties Wlz-VV naar verzilveringsvorm en prognose op basis van een trendanalyse.



Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS-Statline. Zie bijlage 2 voor de definities.

3.4 Conclusie

Naar schatting woonden in 2022 ruim 12.000 ouderen in een geclusterde vpt-setting, dit is 79% van het totaal aantal ouderen met vpt. Deze personen wonen binnen 1.450 clusters, waarvan 65% onderdeel is van een pand waar ook Wlz zorg op basis van verblijf wordt geboden. In 2022 woonden naar schatting ruim 2.500 personen in 221 pgb-gefinancierde woonvormen.

De variatie binnen de woonvormen is groot. Er zijn woonvormen die zich uitsluitend richten op bewoners met een Wlz-indicatie, waar zorg verplicht is. Andere woonvormen richten zich meer op participatie en het bouwen van een samenleving, waarbij ouderen met en zonder Wlz-indicatie

samenwonen, soms ook met andere doelgroepen, zoals studenten. Er is veel variatie in betaalbaarheid, met sommige woonvormen gericht op hogere inkomens en andere op ouderen met een lager inkomen.

Naar verwachting neemt de behoefte aan deze woonvormen de komende jaren toe. Het rijksoverheidsbeleid is er namelijk op gericht om de groeiende zorgbehoefte voor ouderen te realiseren via vpt, mpt of pgb. Hierbij is tevens een inhoudelijke verandering in de behoefte aan woonvormen te verwachten: meer ouderen met een intensievere zorgvraag zullen in een woonvorm op basis van een vpt gaan wonen. Het aantal pgb-gefinancierde woonvormen voor ouderen zal naar verwachting kleiner worden, vanwege een trend die gaande is om deze om te zetten naar vpt-gefinancierde woonvormen.

Deze ontwikkelingen vergroten de noodzaak om de komende jaren te investeren in voldoende passende woningen en woonvormen voor ouderen. Dit gaat gepaard met de aanvullende opgave om de Wlz-zorg binnen deze woonvormen zo doelmatig mogelijk te organiseren, rekening houdend met de arbeidsmarktproblematiek en beschikbaar gestelde financiële middelen.

4. Woonvormen voor mensen met een beperking

In aanvulling op het totale beeld dat we in hoofdstuk 2 hebben geschetst besteden we in dit hoofdstuk afzonderlijk aandacht aan de woonvormen voor mensen met een beperking aan de hand van: het beleid vanuit de rijksoverheid, het huidige beeld van de woonvormen en de ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen.

4.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid

Evenals in de andere sectoren heeft in de zorg aan mensen met een beperking de afgelopen jaren extramuralisering plaatsgevonden. Het streven hierbij is om buiten de muren van een intramurale instelling gelijkwaardige zorg te bieden, in de eigen woning van de inwoner of bij de ouders in de thuissituatie. Dit heeft er onder andere toe geleid dat ten tijde van de overgang van de AWBZ, naar de Wlz de lagere ZZP's zijn geëxtramuraliseerd. Het ging daarbij onder andere om de ZZP's VG1, VG2 en VG3.

Daarnaast wil VWS met de 'Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking' de zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking toekomstbestendig maken. Eén van de onderwerpen daarin is om de ondersteuning aan thuiswonenden met een levenslange, levensbrede beperking te verbeteren.

Met betrekking tot het pgb refereren we aan de Kamerbrief van 12 juli 2024 waarin de Minister van VWS vier maatregelen beschrijft die de gedwongen inzet van het pgb verminderen en de betrokken partijen ondersteunen bij hun taken en verantwoordelijkheden:

1. versteviging van de toegang tot het pgb,
2. vergroting van het zicht op pgb-gefinancierde wooninitiatieven (met behulp van het transparantieregister pgb-gefinancierde wooninitiatieven),
3. optimalisering van de informatie-uitwisseling over wooninitiatieven tussen betrokken partijen,
4. verbetering van de mogelijkheden van contractering voor kleinschalige wooninitiatieven.

Deze maatregelen gelden voor alle doelgroepen waarbij het nog onduidelijk is welke impact deze hebben op het aantal pgb-gefinancierde woonvormen.

4.2 Huidig beeld van de woonvormen

Binnen de gehandicaptenzorg is ook sprake van veel variatie op de kenmerken. Binnen de doelgroep mensen met een beperking zijn verschillende subdoelgroepen te onderscheiden: mensen met een licht verstandelijke beperking, mensen met een matige of ernstige verstandelijke (meervoudige) beperking, mensen met een lichamelijke beperking en mensen met zintuigelijke beperking. Veel van deze woonvormen zijn pgb-gefinancierd. Hieronder zijn veel Ouderinitiatieven, waarbij ouders of directe familieleden van mensen met een beperking vanuit een gezamenlijke visie de woonvorm organiseren. Zij houden bestuurlijk en organisatorisch zeggenschap en regie op alle aspecten van de woonvorm: wonen, zorg, financiën en continuïteit. De betaalbaarheid van de woonvormen is een belangrijk aspect aangezien mensen met een beperking vaker te maken hebben met een lager inkomen wat er voor zorgt dat minder woningen geschikt zijn [14].

In Tabel 7 is het aantal personen met een vpt in de gehandicaptenzorg in 2022 weergegeven, met daarbij aangegeven wat de woonsituatie is (wel of niet geclusterd) en of het wel of niet om verblijf in een instelling gaat. Deze tabel laat zien dat in de gehandicaptenzorg ruim vier duizend personen met een vpt waren in 2022, waarvan het grootste deel (62%) geclusterd woont (met een gemiddelde van drie personen per cluster). Van de personen die geclusterd wonen, woont het grootste deel in een Wlz-instelling, zoals bijvoorbeeld woonvorm de Kip. De Winckelsteegh is een voorbeeld van een woonvorm die organisatorisch wel verbonden is aan een Wlz-zorginstelling met verblijf, maar fysiek op een andere plaats is gevestigd. Voorbeelden van vpt-geclusterde woonvormen niet in een Wlz-instelling zijn Stichting Pim, Papageno Huis en Hof van Stroes. Deze woonvormen vormen geen onderdeel van een andere zorgorganisatie.

Tabel 7. Personen met vpt, sector gehandicaptenzorg, naar woonsituatie en Wlz-verblijf geaggregeerd op pandniveau, peildatum 2022

	Woonsituatie		Wlz-verblijf	
	Totaal vpt	Niet geclusterd	Niet in Wlz-instelling	Wlz-instelling
Aantal personen	4.470	1.680	935	1.855
Aantal clusters	910		215	695

- Niet geclusterd: er wonen minder dan drie personen die gebruikmaken van een vpt, zonder Wlz-verblijf
- Geclusterd, niet in instelling: er wonen drie of meer personen met een vpt op één verblijfplaats, zonder Wlz-verblijf
- Geclusterd, wel in een instelling: er woont ten minste één persoon met een vpt en minimaal één persoon met Wlz-verblijf op één verblijfplaats.

In Tabel 8 hebben we het aantal personen met een beperking met een pgb, en het deel daarvan met een wooninitiatieven-toeslag weergegeven, dit is circa 15% van het aantal pgb-houders in de gehandicaptenzorg. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per woonvorm gaat het in totaal om 517 woonvormen. Dit wordt geïllustreerd door gegevens over de ontwikkeling van het aantal Ouderinitiatieven. De afgelopen jaren is dit aantal gegroeid naar zo'n 300 waarbij ongeveer 3.600 bewoners en 7.200 ouders betrokken zijn [22].

Tabel 8. Aantal personen met een handicap met pgb en deel daarvan met wooninitiatieven-toeslag, 2022

ZZP	Totaal aantal personen met pgb	Waarvan met wooninitiatieven-toeslag	Percentage pgb-houders in een woonvorm
Mensen met een beperking	38.885	5.950	15%
Verstandelijke beperking	31.945	5.610	18%
Lichamelijke beperking	6.280	245	4%
Zintuigelijke beperking	655	95	15%
Sterk gedragsgestoord licht verstandelijke beperking	5	0	0%

In Tabel 8 is ook een uitsplitsing gemaakt naar type beperking, waarbij is te zien dat mensen met een verstandelijke beperking binnen deze doelgroep het meest in een woonvorm verblijven.

Voorbeelden van pgb-gefinancierde woonvormen voor mensen met een beperking zijn: Thomashuizen, MindSet wonen Nijmegen en de Elsenburg.

Voorbeelden van de variatie in woonvormen voor mensen met een beperking

Thomashuizen: In Nederland zijn er meer dan 100 locaties van Thomashuizen. Dit zijn kleinschalige woonlocaties voor budgethouders met een verstandelijke beperking (9 bewoners), waar de zorgondernemers op de locatie wonen. Het eerste Thomashuis is opgezet als ouderinitiatief. Bewoners hebben een eigen kamer, maar geen zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier alleen wonen met een Wlz-indicatie waardoor er een directe koppeling is tussen wonen en zorg. Het is verplicht om zorg af te nemen bij de aangewezen zorgaanbieder, deze is 24/7 aanwezig.

Stichting Pim: Stichting Pim is een ouderinitiatief voor jongeren met een meervoudige beperking. Op dit moment zijn er twee woningen met acht en 16 bewoners. Bewoners hebben een zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier alleen wonen met een Wlz-indicatie waardoor er een directe koppeling is tussen wonen en zorg. Het is verplicht om zorg af te nemen bij de aangewezen zorgaanbieder, deze is 24/7 aanwezig en wordt op basis van een vpt geboden.

De Elsenburg: De Elsenburg is een woongroep voor budgethouders met een verstandelijke beperking, gedragsproblematiek of een psychiatrische aandoening. Op het terrein is plek voor vier cliënten in het woonhuis (onzelfstandige woning) en er zijn vijf appartementen waar bewoners meer zelfstandig wonen (zelfstandige woning). Bewoners kunnen hier wonen met zowel een Wmo als een Wlz-indicatie. Binnen de woongroep streven ze naar het bieden van lichte ondersteuning (steuntje in de rug).

4.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen

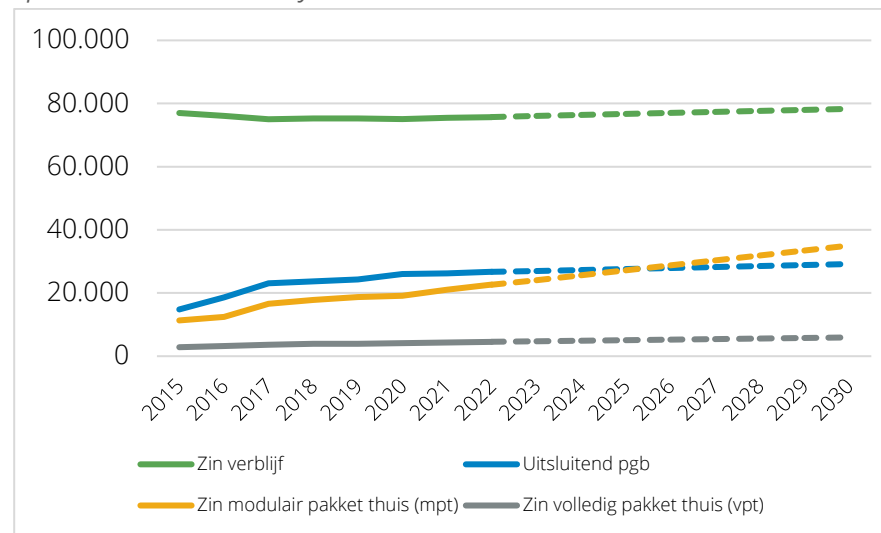
De behoefte aan woonvormen op basis van vpt, mpt, pgb voor mensen met een beperking is de afgelopen jaren gegroeid. Daarbij speelt mee dat het steeds moeilijker wordt om mensen met een beperking te plaatsen in een passende woonvoorziening [21]. Dit komt onder andere door een tekort aan zorgpersoneel, wachtlijsten bij kleinschalige initiatieven en beperkt aantal plekken in grootschalige zorgvoorzieningen. Mede hierdoor zijn er steeds meer ouders die proberen om zelf kleinschalige woonvoorzieningen op te zetten. Een andere reden die vaak wordt aangegeven door de LVOI is de wens van ouders om meer regie en blijvende zeggenschap te hebben op de zorg voor hun kind. Door zich aaneen te sluiten in een stichting, vereniging of coöperatie hebben deze woonvormen meer regie op de afspraken die worden gemaakt met de zorgleverancier, waar zij de gezamenlijke, zowel individuele als gemeenschappelijke zorg en begeleiding inkopen⁵.

In Figuur 3 hebben we de ontwikkeling van het aantal Wlz-VG indicaties naar verzilveringsvorm (Verblijf, vpt, mpt, pgb) weergegeven voor de periode 2015 t/m 2022. Op basis van de trend over de periode 2020 – 2022 hebben we een prognose gemaakt van de ontwikkeling voor de komende jaren. Op basis van de trendontwikkeling neemt het aantal personen met een Wlz-indicatie over de periode 2022 tot en met 2030 toe met circa 18.300 personen. In absolute zin is de groei van het aantal personen met een mpt het grootst, het gaat om circa 12.400 personen. Omdat woonvormen vrijwel nooit alleen worden gefinancierd op basis van mpt's is de verwachting dat deze toename geen grote invloed heeft op de

ontwikkeling van het aantal woonvormen. Mpt's worden voor een groot deel besteed aan dagbesteding naast een pgb voor zorg en ondersteuning in een woonvorm of thuissituatie.

Het aantal personen met een vpt neemt toe met circa 1.400. Als we uitgaan van de huidige cijfers, zal circa 63% van deze groep de zorg geleverd krijgen in een woonvorm. Het gaat in dat geval om circa 882 personen. Uitgaande van een gemiddeld vpt cluster van 3 personen, gaat het om 294 woonvormen.

Figuur 3. Ontwikkeling aantal indicaties Wlz-VG naar verzilveringsvorm en prognose op basis van een trendanalyse.



Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS-Statline

⁵ Daarbij wordt in de PGB-vergoedingslijst voor wooninitiatieven onderscheid gemaakt tussen: 1) wooninitiatief enkel huis: Dit zijn wooninitiatieven waarvan de bewoners een rechtstreekse zorgovereenkomst hebben met hun zorgverlener. De zorg verloopt dus niet via de rechtspersoon van het wooninitiatief, maar de bewoner treedt zelf op als werkgever. 2. Wooninitiatief zorg, a. Het wooninitiatief zelf, in de vorm van de rechtspersoon, koopt voor alle bewoners de zorg in. De bewoners hebben een zorgovereenkomst met het wooninitiatief. b. Wooninitiatieven waarbij zorgondernemers de zorg verlenen en waar de bewoners een rechtstreekse overeenkomst hebben met het wooninitiatief.

De groei van het aantal personen met een pgb betreft circa 2.500 personen. Als we er vanuit gaan dat circa 15% (de huidige cijfers) dit in een woonvorm geleverd krijgt, gaat het om circa 375 personen. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per pgb-woonvorm zijn het 32 extra woonvormen.

Naast het feit dat het aantal Ouderinitiatieven nog steeds groeit, zijn er ook zorgen over de continuïteit van deze initiatieven. Er is een groeiend aantal Ouderinitiatieven dat al lang bestaat en na verloop van tijd willen ouders het bestuur overdragen aan de volgende generatie. Besturen hebben moeite om het initiatief draaiende te houden en te zorgen voor opvolging, wat in de toekomst kan zorgen tot eventuele sluitingen of overnames van de Ouderinitiatieven. Daarom is het belangrijk dat wordt gezocht naar manieren om deze initiatieven te ondersteunen zodat de druk op de zorg elders (zoals bij andere woonvormen) niet toeneemt en de eigen regie en zeggenschap zo veel mogelijk in stand blijft [23].

Wat niet uit de cijfers van figuur 2 naar voren komt is een ontwikkeling die de VGN in beeld heeft gebracht. De VGN heeft namelijk recent een uitvraag gedaan waaruit bleek dat zorgaanbieders die zorg leveren aan pgb-gefinancierde woonvormen de leveringsvorm graag willen omzetten naar een vpt. Redenen die hierbij worden genoemd zijn dat behandeling niet via een pgb kan worden ingekocht maar alleen via losse mpt modules en behandeling op de achtergrond (waarbij behandelaren geen direct cliëntcontact hebben, maar wel door begeleiders op de groep kunnen worden geconsulteerd) niet wordt vergoed. Bij een vpt geldt een integraal tarief, waardoor zorgaanbieders meer ruimte hebben om dit geld zo te verdelen zodat ze tot een optimale inzet van behandeling, verzorging en begeleiding kunnen komen voor al hun cliënten. Als deze ontwikkeling zich doorzet zal het aantal pgb-gefinancierde woonvormen fors afnemen en

het aantal vpt-gefinancierde woonvormen fors toenemen. Vanuit de Ouderinitiatieven wordt hierbij aangegeven dat het een belangrijke vraag is hoe in vpt situaties de zeggenschap van de bewoners over de zorg en woning is geregeld en hoe dit wordt georganiseerd zodat het vergelijkbaar is met de pgb-gefinancierde woonvormen.

4.4 Conclusie

Naar schatting woonden in 2022 zo'n 2.790 mensen met een beperking in een geclusterde vpt-setting woonde, dit is 62% van het totaal aantal mensen met een beperking met vpt. Deze personen wonen binnen 910 clusters, in 76% van de gevallen is dit cluster onderdeel van een pand waar ook Wlz zorg op basis van verblijf wordt geboden. In 2022 woonden naar schatting 5.950 mensen met een beperking in 517 pgb-gefinancierde woonvormen.

Binnen de woonvormen in de gehandicaptenzorg is sprake van veel variatie op verschillende kenmerken. Het bijzondere aan de gehandicaptenzorg is dat er veel pgb-gefinancierde Ouderinitiatieven bestaan, waarbij ouders of directe familieleden van mensen met een beperking vanuit een gezamenlijke visie de woonvorm organiseren. Zij houden bestuurlijk en organisatorisch zeggenschap en regie op alle aspecten van de woonvorm: wonen, zorg, financiën en continuïteit. De betaalbaarheid van de woonvormen is een belangrijk aspect aangezien mensen met een beperking vaker te maken hebben met een lager inkomen wat er voor zorgt dat er minder woningen geschikt zijn.

In de zorg aan mensen met een beperking heeft de afgelopen jaren extramuralisering plaatsgevonden. De verwachting is dat dit zich de komende jaren doorzet en voor deze groep mensen de behoefte aan woonvormen op basis van een vpt zal toenemen. Enerzijds als de trend

van de afgelopen jaren zich doorzet en anderzijds als dit wordt versterkt door de recente ontwikkeling waarbij pgb-gefinancierde woonvormen worden omgezet naar het vpt als leveringsvorm. Als gevolg hiervan zal de lichte stijging van het aantal pgb-gefinancierde woonvormen van de afgelopen jaren teniet worden gedaan en dit aantal de komende jaren stabiel blijven of kleiner worden.

5. Woonvormen voor mensen met een psychische aandoening

In aanvulling op het totale beeld dat we in hoofdstuk 2 hebben geschetst besteden we in dit hoofdstuk afzonderlijk aandacht aan de woonvormen voor mensen met een psychische aandoening aan de hand van: het beleid vanuit de rijksoverheid, het huidige beeld van de woonvormen en de ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen.

5.1 Beleid vanuit de Rijksoverheid

De rijksoverheid heeft per 1 januari 2021 de Wet langdurige zorg (Wlz) opengesteld voor mensen met een psychische aandoening. Het gaat daarbij specifiek om personen met een psychische aandoening die blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij. In dat geval krijgen deze personen een indicatie voor ggz Wonen (Wlz-ggz). Deze personen vielen tot 2021 vaak onder de Wmo. Dit betreft met name een specifieke groep binnen de ggz die voor 2015 al toegang had tot de AWBZ.

Sinds 2021 is de toestroom in de Wlz-ggz groter dan vooraf door VWS ingeschat. Dit heeft ertoe geleid dat in het voorjaar van 2023 het Rijk, gemeenten, het CIZ, zorgkantoren en zorgaanbieders bestuurlijke afspraken maakten over passende zorg en het terugdringen van de instroom in de Wlz Ggz. Met de afspraken willen partijen zorgen dat mensen met een ernstige psychische aandoening en een langdurige, intensieve zorgvraag passende zorg en ondersteuning krijgen, in de Wmo én in de Wlz. In september 2024 heeft de VNG zich teruggetrokken uit deze afspraken. Op het moment van schrijven van deze rapportage is het onduidelijk wat de consequenties hiervan zijn op de instroom van mensen met een psychische aandoening in de Wlz, een groep die mogelijk ook behoefte heeft aan woonvormen op basis van vpt, mpt of pgb.

5.2 Huidig beeld van de woonvormen

Voor mensen met een psychische aandoening zijn er binnen de Wlz weinig woonvormen met de verzilveringsvorm vpt, mpt en pgb; wel is er veel kleinschalig wonen op basis van Wlz-verblijf (hier is dus geen sprake van het scheiden van wonen en zorg). Daarnaast zijn er woonvormen waar bewoners met een Wlz-indicatie wonen samen met bewoners met een Wmo-indicatie voor beschermd wonen. Het hebben van een zorgindicatie

en het verplicht afnemen van zorg is een belangrijk kenmerk van deze woonvormen.

Woonvormen voor mensen met een psychische aandoening zijn vaak gericht op het aanleren van zelfstandigheid. Daardoor kennen deze woonvormen een relatief hoge doorstroom, omdat bewoners uitstromen naar een zelfstandige, reguliere woning. Binnen deze doelgroep zijn veel woonvormen die zich specifiek richten op mensen met ASS (Autisme Spectrum Stoornis). Deze woonvormen zijn vaak Ouderinitiatieven die worden gefinancierd op basis van pgb. Daarnaast zijn er ook woonvormen gericht op mensen met een psychische aandoening waarbij de zelfstandigheid niet kan worden verbeterd en de bewoners langdurig verblijven.

Over geclusterd wonen van mensen met een psychische aandoening op basis van een vpt hebben we geen gegevens kunnen vinden. We kunnen wel enkele voorbeelden geven van vpt-geclusterde woonvormen die zich niet in een Wlz-instelling bevinden, zoals Stichting de Beuk en Woonzorgnet Beschermd Wonen Cuijk. Deze woonvormen zijn geen onderdeel van een andere zorgorganisatie.

Voorbeelden van de variatie in woonvormen voor mensen met een psychische aandoening

Woondroom Maassluis: Woondroom Maassluis is een kleinschalig ouderinitiatief voor (jong) volwassenen met autisme en een normale begaafdheid. Bewoners hebben een zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier alleen wonen met een Wlz-indicatie waardoor er een directe koppeling is tussen wonen en zorg. Het is verplicht om zorg af te nemen bij de aangewezen zorgaanbieder, deze is 24/7 aanwezig.

Stichting de Grasboom: Stichting de grasboom bestaat uit 11 Ouderinitiatieven waar 113 jongvolwassenen met een diagnose op het autismespectrum wonen. De bewoners met een pgb hebben een zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier wonen met zowel een Wmo als een Wlz-indicatie. Het is verplicht om zorg af te nemen bij de aangewezen zorgaanbieder, deze is 24/7 aanwezig.

Skaeve Huse: Skaeve Huse zijn bijzondere woonvormen verspreid over het hele land. Hier kunnen mensen met psychiatrische of andere psychische problemen wonen die in een gewone straat, buurt of wijk overlast veroorzaken omdat ze het moeilijk vinden om in een gewone buurt te wonen. Bewoners hebben een zelfstandige woning. Bewoners kunnen hier wonen met zowel een Wmo als een Wlz-indicatie.

In Tabel 9 is het aantal personen in de geestelijke gezondheidszorg met een pgb, en het deel daarvan met een wooninitiatieven-toeslag weergegeven, dit is circa 18%. Uitgaande van een rekenkundig gemiddelde van 11-12 bewoners per woonvorm gaat het in totaal om 80 woonvormen

Tabel 9. Aantal personen in de geestelijke gezondheidszorg met pgb en deel daarvan met wooninitiatieven-toeslag, 2022

ZZP	Totaal aantal personen met pgb	Waarvan met wooninitiatieven-toeslag	Percentage pgb-houders in een woonvorm
Geestelijke gezondheidszorg: wonen	5.125	920	18%

Voorbeelden van pgb-gefinancierde woonvormen voor mensen met een psychische aandoening zijn: Ouderinitiatief Symfonie, Stichting de Grasboom (zie kader) en Zorgboerderij de Amethyst.

5.3 Ontwikkeling van de behoefte aan woonvormen

Er is nog relatief weinig bekend over de ontwikkeling van de behoefte aan Wlz-woonvormen op basis van een vpt, mpt of pgb voor mensen met een psychische aandoening. Aan de andere kant geldt dat de doelgroep niet nieuw is, de mensen die het betreft ontvingen de zorg tot 2021 veelal vanuit de Wmo. Ook voor deze doelgroep is een vergelijkbare ontwikkeling te zien als in de zorg aan mensen met een verstandelijke beperking: voor mensen met een psychische aandoening geldt dat er de afgelopen jaren veel Ouderinitiatieven zijn ontwikkeld. En ook in deze sector zijn verschillende woonzorgvormen die de druk voelen om van pgb-financiering over te gaan op financiering via vpt.

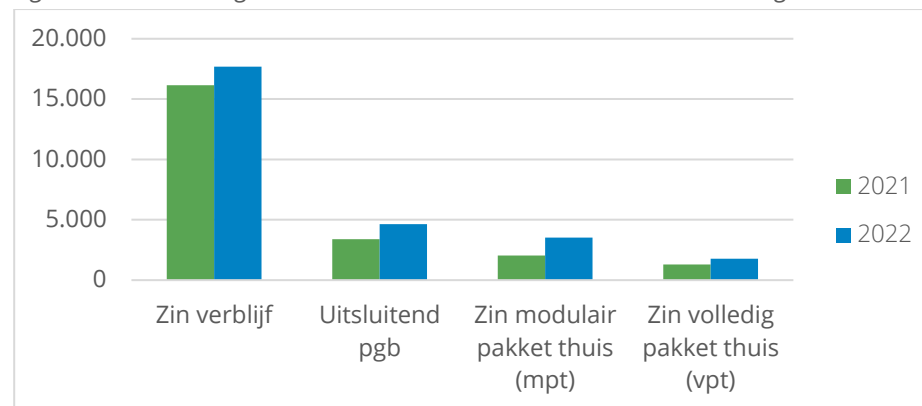
Binnen het Beschermd Wonen (BW-Wmo) is de laatste jaren ingezet op het sneller laten uitstromen van cliënten met een klassieke BW-indicatie naar een meer zelfstandige woonsituatie. Ook wel de beweging van 'beschermd wonen' naar 'beschermd thuis' genoemd. In het verlengde van deze beweging zijn in toenemende mate woonvormen ontwikkeld waarbij sprake is van het scheiden van wonen en zorg. Ook voor mensen met een Wlz-ggz-indicatie lijkt in toenemende mate behoefte te ontstaan aan deze woonvormen.

Doordat de Wlz pas sinds 2021 is opengesteld voor ggz-wonen is relatief weinig data beschikbaar om de ontwikkeling van de behoefte goed te onderbouwen. De Monitor Langdurige Zorg laat zien dat de behoefte aan ggz-Wonen in 2022 is gegroeid ten opzichte van 2021 en dat de verzilvering van de indicaties via vpt (+36%), mpt (+73%) en pgb (+37%) aanzienlijk

hoger is dan de verzilvering via verblijf (+10%) (zie Figuur 4. Ontwikkeling aantal indicaties Wlz-GGZ Wonen naar verzilveringsvorm. Vanwege het ontbreken van betrouwbare gegevens over meerdere jaren is voor ggz-Wonen geen prognose gemaakt. Cijfers over 2023 laten wel zien dat het aantal indicaties basis van vpt is gegroeid van 1.780 indicaties in het 4^e kwartaal van 2022, naar 2.190 indicaties in het 4^e kwartaal van 2023. Dit is een groei van 23% in 1 jaar tijd (bron: [CBS StatLine, MLZ](#)).

Hoe de behoefte aan woonvormen voor mensen met een psychische aandoening op basis van een vpt, mpt of pgb zich gaat ontwikkelen valt lastig te voorspellen. De afgelopen jaren is de behoefte gegroeid, maar dit is voornamelijk een gevolg van de instroom in de Wlz die groter was dan vooraf ingeschat. Door de expertgroep is aangegeven dat hier ook meespeelt dat de beschikbare capaciteit (het aantal verblijfsplekken) niet toereikend was. Als alternatief voor verblijf ontstaat dan mogelijk een grotere groei van vpt, mpt en pgb.

Figuur 4. Ontwikkeling aantal indicaties Wlz-GGZ Wonen naar verzilveringsvorm.



Bron: Monitor Langdurige Zorg, CBS-Statline

Het beleid van de rijksoverheid is er opgericht om de instroom in de Wlz af te remmen. Als dat succesvol wordt zal de totale behoefte aan ggz Wonen afnemen. Hoe dit zich doorvertaalt naar de behoefte aan woonvormen op basis van vpt, mpt of pgb is lastig te voorspellen. Partijen geven aan dat ze verwachten dat het beperken van de instroom in de Wlz zal leiden tot een toename in het aantal aanvragen in de Wmo. Immers, de behoefte naar een passende kleinschalige woonvoorziening zal naar verwachting niet afnemen.

5.4 Conclusie

Woonvormen voor mensen met een psychische aandoening zijn vaak gericht op het aanleren van zelfstandigheid en kennen daardoor een hogere doorstroom dan bij andere doelgroepen. Binnen deze doelgroep zijn veel woonvormen die zich specifiek richten op mensen met ASS (Autisme Spectrum Stoornis). Deze woonvormen zijn vaak Ouder-initiatieven die worden gefinancierd op basis van een pgb. Daarnaast zijn er ook woonvormen gericht op mensen met een psychische aandoening waarbij de zelfstandigheid niet kan worden verbeterd en de bewoners langdurig verblijven.

Door de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische aandoening in 2021, is een grote groep mensen in de Wlz gekomen met een Wlz-ggz indicatie. Daardoor is ook het aantal cliënten met een vpt, mpt en/of pgb toegenomen. Het is onbekend hoe deze ontwikkeling zich de komende jaren gaat voortzetten en welke invloed dit heeft op de het aantal en type woonvormen in de ggz.

6. Ordening woonvormen

Om de diversiteit aan woonvormen die we in hoofdstuk 2 hebben gepresenteerd te ordenen naar verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen geven we in dit hoofdstuk een onderbouwing van de kenmerken die we hiervoor gebruiken en tot welk resultaat dit leidt.

6.1 Toetsing kenmerken

Aan de hand van de volgende criteria hebben we getoetst of de kenmerken bruikbaar zijn om woonvormen nader onder te verdelen:

- objectief vast te stellen
- onderscheidend (kenmerk is ja-nee, zwart-wit, geen grijstinten)
- praktische uitvoerbaarheid (kenmerk is snel te achterhalen)
- wettelijk eenduidig te regelen (eigenschappen van het kenmerk zijn in de wet vastgelegd of kunnen worden vastgelegd na aanpassing van de wet)

Hierna volgt per kenmerk een korte omschrijving, de score op de afwegingscriteria en een interpretatie van de bruikbaarheid.

1. Type doelgroep

Omschrijving

Binnen de woonvormen wordt gefocust op specifieke doelgroepen: ouderen, mensen met een beperking en mensen met een psychische aandoening. In sommige woonvormen wonen meerdere doelgroepen.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen en snel te achterhalen. Het is onderscheidend, maar hierbij speelt wel mee dat er verschillende combinaties mogelijk zijn. Ook is het belangrijk om te bepalen welke doelgroep definities worden gehanteerd. De doelgroepomschrijvingen, zoals in de wet vastgelegd, worden in de praktijk niet altijd één op één gehanteerd door woonvormen.

Bruikbaarheid

De doelgroep of combinatie van doelgroepen is geen onderscheidend kenmerk om te komen tot een ordening. De doelgroepen kunnen in

principe gebruikmaken van alle woonvormen op basis van een vpt, mpt en pgb. Dit kenmerk is hierdoor niet bruikbaar voor de gewenste ordening.

2. Leveringsvorm

Omschrijving

De zorg die geleverd wordt in een woonvorm kan gefinancierd worden via de leveringsvormen verblijf, vpt, mpt en pgb. Met name in de gehandicaptenzorg zijn er veel woonvormen waarbij de zorg volledig pgb-gefinancierd is.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen en snel te achterhalen. Het is onderscheidend, maar hierbij speelt wel mee dat er verschillende combinaties mogelijk zijn. De omschrijving van de leveringsvormen is vastgelegd in de wet.

Bruikbaarheid

De leveringsvorm die mogelijk is binnen een woonvorm is geen onderscheidend kenmerk dat bruikbaar is om te komen tot een ordening. Leveringsvormen zijn immers toepasbaar in allerlei woonvormen.

3. Wlz-indicatie verplicht

Omschrijving

In de praktijk bestaat veel variatie in de zorgvraag van bewoners van woonvormen. Er zijn woonvormen waar alleen bewoners met een Wlz-indicatie worden toegelaten. Daarbinnen zien we veel variatie in de samenstelling van de zorgzwaarte. Soms ligt de focus op eenzelfde groep bewoners, met veel overeenkomsten qua zorgvraag en intensiteit, bijvoorbeeld dezelfde indicatie, en soms ligt de focus juist op variatie. Daarnaast zien we woonvormen met een mix van bewoners met een Wlz-indicatie en

bewoners zonder Wlz-indicatie [9]. De bewoners zonder Wlz-indicatie ontvangen soms geen of andere zorg, bijvoorbeeld via de Wmo of Zvw.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen en snel te achterhalen. Op dit moment is dit nog niet centraal vastgelegd in een database. Daarnaast is dit kenmerk onderscheidend (de Wlz-indicatie is wel of niet verplicht) en het is in de wet vastgelegd wat wordt verstaan onder een Wlz-indicatie en wanneer men hier recht op heeft.

Bruikbaarheid

Als een Wlz-indicatie verplicht is om ergens te wonen, betekent dit dat mensen bewust naar deze woonvorm verhuizen om daar Wlz-zorg te ontvangen. De verplichting van een Wlz-indicatie is vergelijkbaar met de setting van een instelling waarbinnen verblijfszorg wordt geboden.

4. Initiatiefnemer en eigenaar woonvorm

Omschrijving

Partijen die het initiatief nemen voor een woonvorm verschillen. Dit kan via reguliere zorgaanbieders, particuliere initiatieven, al dan niet via een franchise. Daarnaast zijn er ook nog Ouderinitiatieven, welke zijn opgericht door ouders van cliënten die in de woonvorm wonen. Dit komt met name voor in de gehandicaptenzorg of ggz. Familie-initiatieven zijn vergelijkbaar aan Ouderinitiatieven en worden vaak opgezet voor mensen met dementie [25].

Belangrijk aspect hierbij is de vraag of de woning wordt gehuurd bij een woningcorporatie, bij een commerciële verhuurder of dat het initiatief zelf eigenaarschap van de woning in één of andere vorm heeft geregeld.

Daarbij zal in alle vormen op één of andere wijze geregeld moeten zijn dat degene die komt wonen op die locatie ook instemt met de zorgvisie en de zorgafspraken zoals die op die locatie op dat moment gelden.

Afwegingscriteria

De initiatiefnemer van een woonvorm kan per situatie verschillen, en er zijn veel mogelijkheden wat betreft wie dit kan zijn (bijvoorbeeld ouders of particulieren) en wie de eigenaar van de woonvorm is. Daarbij is het niet altijd objectief vast te stellen wie de oorspronkelijke initiatiefnemer is van de woonvorm.

Bruikbaarheid

Initiatiefnemers bepalen in grote mate zelf wat voor soort woonvorm ze ontwikkelen en aan welke kenmerken de woonvorm voldoet. In principe zijn hier allerlei keuzes mogelijk. Het kenmerk van de initiatiefnemer en eigenaarschap is op zichzelf gezien geen kenmerk dat bruikbaar om te komen tot de ordening. De keuzes die de initiatiefnemer maakt over de opzet van de woonvorm mogelijk wel, maar die staat hier in principe los van en komen terug in de andere kenmerken.

5. Schaalgrootte / clustering

Omschrijving

Woonvormen zijn qua omvang zeer divers. Om te bepalen of het gaat om een clustering van woningen is het aantal woningen en/of bewoners nodig. Op dit moment zijn meerdere definities van clustering in gebruik die verschillende aantallen hangen aan een geclusterde woonvorm. De definitie van de Monitor Geclusterd Wonen spreekt van een minimum van vijf bij elkaar gebrachte woningen [10]. Andere definities zijn ook bekend waar wordt uitgegaan van een minimum van twaalf woningen [12] of drie woningen [20]. En de omvang van Ouderinitiatieven varieert volgens de

LVOI van 5 tot 25 bewoners (met een gemiddelde en mediaan van rond 12-15 bewoners).

Afwegingscriteria

De schaalgrootte van de woonvorm is objectief vast te stellen, maar niet per definitie onderscheidend, in theorie zijn er veel varianten mogelijk, het is immers geen ja/nee kenmerk (tenzij wordt uitgegaan van een minimum aantal wooneenheden per cluster).

Bruikbaarheid

De schaalgrootte kan worden gebruikt om aan te geven wanneer sprake is van een geclusterde woonvorm. Echter, de schaalgrootte en clustering zeggen op zichzelf verder niets over het soort woonvorm (of de wijze waarop de zorg is georganiseerd meer overeenkomsten vertoont met de setting van een instelling waarbinnen 'verblijfszorg' wordt geboden of de setting van een thuissituatie waarin 'zorg thuis' wordt geboden). De schaalgrootte en clustering zijn daarmee niet bruikbaar om woonvormen te ordenen voor het doel van dit onderzoek.

6. Zorgafname verplicht

Omschrijving

Hiervan is sprake als de huur/koopovereenkomst en de zorgovereenkomst aan elkaar gekoppeld zijn. Zonder zorgovereenkomst kan men niet in desbetreffende woonvorm wonen (er is sprake van een verplichte zorgafname). Dit betekent niet per se dat de zorg in de woonvorm door één partij wordt geboden, het gaat hier sec om de verplichting tot het aangaan van een zorgovereenkomst, als voorwaarde om daar te wonen. De exploitant van de woonvorm bepaalt hoe en door wie de zorg wordt geleverd. De bewoner heeft, individueel, geen directe zeggenschap over de organisatie van de zorg. De bewoner of partner moet verhuizen als het

contract voor zorg afloopt of wordt opgezegd. Als zorgafname niet verplicht is kan de bewoner of partner blijven wonen na het opzeggen van het contract voor zorg.

Voor de pgb-gefinancierde Ouderinitiatieven geldt in grote lijnen hetzelfde waarbij wel sprake is van een verschil. In deze woonvormen kunnen individuele bewoners niet zelf kiezen voor een andere zorgverlener (als een bewoner de zorg niet meer wil afnemen zal deze bewoner moeten verhuizen), maar het bestuur van de woonvorm kan wel besluiten om van zorgaanbieder te wisselen. Hierdoor hebben de bewoners en hun ouders als groep meer zeggenschap over de zorg dan bij vpt-gefinancierde woonvormen.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen en snel te achterhalen, maar op dit moment is dit nog niet centraal vastgelegd in een database. Daarnaast is dit kenmerk onderscheidend (zorgafname is wel of niet verplicht) en betekent het dat je niet in de woonvorm kan (blijven) wonen als je geen zorg afneemt.

Bruikbaarheid

Mensen verhuizen bewust naar deze woonvorm om daar zorg te ontvangen. Als bij een woonvorm een koppeling is tussen wonen en zorg, dan is deze situatie in grote mate vergelijkbaar met de setting van een instelling waarbinnen verblijfszorg wordt geboden.

7. Opschalen van zorg

Omschrijving

Bij sommige woonvormen is het mogelijk om zorg op te schalen als de zorgzwaarte toeneemt. Bij andere woonvormen is dit niet mogelijk en

moet de bewoner verhuizen als de zorgvraag inhoudelijk structureel verandert (bijvoorbeeld bij bepaalde Wlz-indicaties waarmee iemand niet bij de woonvorm kan blijven wonen).

Afwegingscriteria

Woonvormen geven op papier mogelijk aan dat bewoners hier (lang) kunnen blijven wonen, maar daar in de praktijk in situaties toch van afwijken. Het is lastig te objectiveren wanneer sprake is van opschaling en de verplichting van verhuizing.

Bruikbaarheid

Het wel of niet opschalen van zorg is lastig om als kenmerk te gebruiken. Hier is veel variatie in mogelijk en het kan per woonvorm verschillen hoe hier in de praktijk mee wordt omgegaan. Ook in instellingen die verblijfszorg leveren geldt niet per definitie dat je daar kunt blijven wonen als de zorg moet worden opgeschaald of inhoudelijk verandert. Dit kenmerk is daarom niet bruikbaar voor de gewenste ordening.

8. Zelfstandigheid van de woning

Omschrijving

Voor de definitie van zelfstandige wooneenheid is aangesloten bij de definitie van de belastingdienst [24]. Een zelfstandige woning heeft in ieder geval de volgende eigenschappen: eigen woon-/slaapkamer, eigen keuken met aanrecht, aan- en afvoer voor water een aansluitpunt voor een kooktoestel, eigen wc met waterspoeling, eigen toegangsdeur die van binnen en buiten op slot kan en een eigen douche of badkamer. Indien dit niet het geval is, is sprake van een onzelfstandige woning. Als de woning onzelfstandig is, is er een afhankelijkheid van voorzieningen elders in het pand.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen, snel te achterhalen en onderscheidend (het voldoet wel of niet aan de definitie voor een zelfstandige of onzelfstandige woning).

Bruikbaarheid

Als de woning onzelfstandig is, is er een afhankelijkheid van voorzieningen elders in het pand, waardoor het vergelijkbaar is met een instelling die verblijfszorg levert. Als een woning zelfstandig is, is deze afhankelijkheid er niet en is het te vergelijken met een thuissituatie. Dit kenmerk is daarmee bruikbaar voor de gewenste ordening.

9. Gemeenschappelijke ruimte*Omschrijving*

Woonvormen hebben meestal een gemeenschappelijke ruimte. Volgens de definitie van BZK is dit (zelfs) verplicht om te spreken van een geclusterde woonvorm. Gemeenschappelijke ruimtes kunnen allerlei verschillende functies hebben, zo kunnen ze toegankelijk zijn voor de bewoners van een woonvorm, soms ook specifiek voor één afdeling of ook beschikbaar voor niet-bewoners vanuit de wijk.

Afwegingscriteria

Of een woonvorm een gemeenschappelijke ruimte heeft is objectief vast te stellen. Hoe de ruimte wordt gebruikt kan variëren en is lastig in beeld te brengen.

Bruikbaarheid

De aanwezigheid van een gemeenschappelijke ruimte kan worden gebruikt om te bepalen of sprake is van een woonvorm, maar niet zozeer of daarmee een woonvorm meer lijkt op een verblijfs-woonvorm of een thuis-

woonvorm. Gemeenschappelijke ruimten komen namelijk in allerlei varianten voor binnen de verschillende woonvormen. Daarmee is dit kenmerk niet bruikbaar voor de gewenste ordening.

10. Woonlasten*Omschrijving*

Woonvormen worden op verschillende manieren in de markt gezet. Het kan gaan om (sociale) huur of koop, in het hoge of het lage segment. Ook kan binnen een woonvorm sprake zijn van een combinatie.

Afwegingscriteria

De woonlasten zijn objectief vast te stellen, onderscheidend en over het algemeen praktisch in beeld te brengen. Ook is wettelijk vastgelegd wat een huur- of koopwoning is en wanneer een woning in een bepaald prijssegment valt.

Bruikbaarheid

De hoogte en vorm van de woonlasten zijn geen onderscheidend kenmerk om te bepalen of een woonvorm meer lijkt op een verblijfs-woonvorm of een thuis-woonvorm. In de praktijk zijn alle combinaties mogelijk. Daarmee is dit kenmerk niet bruikbaar voor de gewenste ordening.

11. Keuzevrijheid uitvoering van zorg*Omschrijving*

Bij de meeste woonvormen is sprake van één verplichte zorgaanbieder. Een aantal woonvormen maakt gebruik van meerdere zorgaanbieders om de zorg te leveren. Tevens wordt naast de zorgaanbieder regelmatig gebruik gemaakt van vrijwilligers, naasten of mantelzorgers.

Bij Ouderinitiatieven is een belangrijk verschil dat de ouders met elkaar een organisatorische verband hebben gemaakt (stichting, vereniging, coöperatie) waarin ze gezamenlijk tot keuzes komen voor de inkoop van de gemeenschappelijke zorg bij een zorgleverancier. Naast de gezamenlijke keuze voor één zorgleverancier voor de basiszorg in de woonvorm is er de vrijheid voor de individuele ouder om andere zorg in te kopen zoals bij de dagbesteding.

Afwegingscriteria

Dit is per woonvorm objectief vast te stellen en snel te achterhalen, ook is het onderscheidend (binnen de woonvorm wordt de zorg geleverd door één aanbieder of door meerdere aanbieders)).

Bruikbaarheid

Als er bij een woonvorm geen sprake is van keuzevrijheid welke zorgaanbieder de zorg levert, dan is dit een situatie die in grote mate vergelijkbaar is met de situatie in een verblijfs-woonvorm. Als wel sprake is van keuzevrijheid, dan is de situatie vergelijkbaar met zorg in de thuissituatie (voor een ouderinitiatief is in dit geval sprake van collectieve keuzevrijheid). Dit kenmerk is daarmee bruikbaar voor de gewenste ordening.

12. Beschikbaarheid van zorg

Omschrijving

Als zorg wordt geleverd op afspraak betreft dit planbare zorg. Zorg kan ook geleverd worden op afroep of er is sprake van 24-uurszorg. Voor bewoners met een Wlz-indicatie geldt dat zij behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid. Dit principe geldt ongeacht de leveringsvorm (zin met verblijf, vpt, mpt of pgb) die van toepassing is.

Met een vpt kan de cliënt erop rekenen dat 24-uurs beschikbaarheid van zorg is geregeld als dat nodig is. Ten aanzien van deze beschikbaarheid kan de cliënt erop rekenen dat de zorgaanbieder naast planbare zorg ook oproepbare zorg levert binnen een redelijke tijd. In de praktijk zien we verschillende varianten om dit te organiseren. Dit kan bijvoorbeeld door middel van domotica of personenalarmering. Maar afhankelijk van de cliëntsituatie kan ook een mobiele telefoon of speciale app voldoende zijn voor cliënten om 24-uur per dag een beroep te kunnen doen op de beschikbare begeleider [4].

Afwegingscriteria

Op papier is objectief vast te stellen hoe de beschikbaarheid van zorg wordt vormgegeven. Er is een wettelijke basis voor hetgeen wordt gevraagd van de beschikbaarheid van zorg in het geval van een Wlz-indicatie. In de praktijk is veel variatie mogelijk en wordt hier op diverse manieren invulling aan gegeven.

Bruikbaarheid

Voor alle Wlz-cliënten geldt dat de woonvorm moet kunnen zorgen voor 24 uur zorg in de nabijheid, ongeacht de wijze van verzilvering en ongeacht de plek waar zij wonen. Daarmee is het kenmerk onvoldoende onderscheidend om te gebruiken voor de gewenste ordening.

13. Gebruik van een andere zorginstelling

Omschrijving

Het verschilt per woonvorm of zij gebruik maken van een andere zorginstelling in de buurt. Sommige woonvormen zijn fysiek onderdeel van een zorginstelling of liggen heel dicht bij een zorginstelling, waardoor het gemakkelijk is om (delen van) de zorg gezamenlijk te organiseren. Deze samenwerking kan per woonvorm sterk verschillen (het kan bijvoorbeeld

gaan over de achterwacht in de nacht, inzet van zorgpersoneel of behandelaars). Er zijn ook woonvormen die geen gebruik maken van een andere zorginstelling.

Afwegingscriteria

De aanwezigheid van een andere nabijgelegen zorginstelling, waar verblijfszorg wordt geleverd, is objectief vast te stellen. Maar de mate waarin en voor welke onderdelen gebruik wordt gemaakt van die andere zorginstelling is moeilijk objectief vast te stellen.

Bruikbaarheid

Door de variëteit (van veel tot weinig) waarin van andere zorginstellingen gebruik kan worden gemaakt is dit geen bruikbaar kenmerk om een woonvorm te ordenen naar een verblijfs-woonvorm of een thuis-woonvorm.

14. Toezicht

Omschrijving

Wlz-zorg is voor mensen die 24 uur zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Dit kenmerk heeft overlap met het kenmerk beschikbaarheid van zorg. Dit toezicht kan geleverd worden door personele aanwezigheid overdag en 's avonds, cameratoezicht, personen-alarmering of door mantelzorgers, naasten of vrijwilligers. Bij Ouder-initiatieven komen de ouders zeer vaak langs waarbij ze ook een blik houden op algemene omstandigheden.

Afwegingscriteria

Er is een wettelijke basis voor hetgeen wordt gevraagd van toezicht van zorg in het geval van een Wlz-indicatie. Hoe dit in de praktijk wordt

georganiseerd kan variëren, dit maakt dat dit kenmerk in beperkte mate onderscheidend is.

Bruikbaarheid

Ook binnen locaties waar verblijfszorg wordt geleverd kan de zorgorganisatie ervoor kiezen om het toezicht te organiseren conform het principe van zorg in de nabijheid. Het betreft een vorm van beschikbaarheid van zorg waarbij op initiatief van de zorgverlener zowel op geplande als op ongeplande momenten zorg wordt geboden. In principe geldt dit voor alle cliënten met een Wlz-indicatie, ongeacht de wijze van verzilvering en ongeacht de plek waar zij wonen. Daarmee is het kenmerk onvoldoende onderscheidend om te gebruiken voor de gewenste ordening.

15. Nachtzorg

Omschrijving

Wlz-zorg is voor mensen die 24 uur zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Dit vraagt ook om nachtzorg. Dit kan op verschillende manieren worden ingevuld. Bijvoorbeeld door een nachtdienst die aanwezig is op de woonvorm, een ambulant team vanuit de eigen woonvorm, door een nabijgelegen zorginstelling of in samenwerking met andere zorginstellingen.

Afwegingscriteria

Er is een wettelijke basis voor hetgeen wordt gevraagd van toezicht van zorg in het geval van een Wlz-indicatie. Hoe dit in de praktijk wordt georganiseerd kan variëren, dit maakt dat dit kenmerk maar in beperkte mate onderscheidend is.

Bruikbaarheid

In principe geldt voor alle cliënten met een Wlz-indicatie, dat nacht zorg moet zijn geregeld, ongeacht de wijze van verzilvering en ongeacht de plek waar zij wonen. Doordat dit op verschillende manieren kan worden vormgegeven is het kenmerk onvoldoende onderscheidend om te gebruiken voor de gewenste ordening.

6.2 Toepassing van ordening

In de vorige paragraaf hebben we per kenmerk een afweging gemaakt of desbetreffend kenmerk bruikbaar is om te komen tot een ordening voor Wlz-woonvormen op basis van vpt, mpt of pgb, naar verblijfs-woonvormen of thuis-woonvormen. Op basis van deze afwegingen komen we tot een selectie van de volgende kenmerken:

- Wlz-indicatie verplicht
- Zorgafname verplicht
- Zelfstandigheid van de woning
- Keuzevrijheid uitvoering van zorg

Deze kenmerken vertonen veel overeenkomsten met de uitspraken die de rechtbanken onlangs hebben gedaan [18, 19]⁶

Volgens deze selectie betekent dat bij *thuis-woonvormen* sprake is van een woonvorm waarbij het niet voor alle bewoners verplicht is om een Wlz-indicatie te hebben. Daarbij is geen zorgafname verplicht, wat betekent dat je in de woonvorm kan (blijven) wonen als je geen zorg afneemt. Daarnaast is sprake van keuzevrijheid welke zorgaanbieder de zorg levert en van een zelfstandige woning. Twee voorbeelden van woonvormen die op basis van

bovenstaande criteria vallen onder thuis-woonvormen zijn: Zonnetij en De Johannes

Volgens deze selectie betekent dat bij *verblijfs-woonvormen* sprake is van een woonvorm waarbij het verplicht is voor alle bewoners om een Wlz-indicatie te hebben. Daarbij is een zorgafname verplicht wat betekent dat je niet in de woonvorm kan (blijven) wonen als je geen zorg afneemt. Daarnaast is geen sprake van een zelfstandige woning en geen sprake van keuzevrijheid welke zorgaanbieder de zorg levert. Twee voorbeelden van woonvormen die op basis van bovenstaande criteria vallen onder verblijfs-woonvormen zijn: Dagelijks Leven en Thomas Huizen

In Bijlage 5 hebben we, uitgaande van de vier geselecteerde kenmerken een ordening gemaakt van de woonvormen die we in het kader van dit onderzoek hebben geanalyseerd. Het gaat daarbij om 48 woonvormen waarover we voldoende bruikbare informatie beschikbaar hadden en als volgt verdeeld zijn over de doelgroepen. Bij het ordenen hebben we gebruik gemaakt van informatie die via openbare bronnen te vinden was en voor de Ouderinitiatieven hebben we gebruik gemaakt van de schets van de LVOI over alle Ouderinitiatieven. Daarmee hebben we geprobeerd om zo goed als mogelijk aan te sluiten bij de praktijk.

Als we kijken naar de indeling dan ontstaat een gemêleerd beeld.

- Van de 48 woonvormen is ongeveer een vierde te categoriseren als verblijfs-woonvorm. Dit betekent dat desbetreffende woonvorm aan elk van de vier geselecteerde kenmerken voldoet.

⁶ De belangrijkste argumenten van de rechtbanken om een specifieke vpt setting als verblijf te beoordelen zijn dat er geen sprake is van een zelfstandige woning, er is geen gedeelde woonkamer en een gedeeld eetkamer. Ook is het hebben van een Wlz-vpt verplicht en kan je er niet wonen als je geen zorg afneemt. De huurovereenkomst is onverbreekbaar verbonden met de zorgovereenkomst. Er is dus geen keuzevrijheid, je moet immers verplicht zorg afnemen bij een voorgeselecteerde aanbieder.

- Een vijfde van de woonvormen kan gecategoriseerd worden als thuis-woonvorm, wat betekent dat desbetreffende woonvormen aan geen van de vier geselecteerde kenmerken voor een verblijfs-woonvorm voldoet.
- Ruim de helft van de 48 woonvormen valt in het tussengebied. Dit betekent dat de woonvorm zowel kenmerken bevat van een verblijfs-woonvorm, als een thuis-woonvorm.

Als we kijken naar de doelgroepen, dan zien we dat woonvormen voor ouderen voornamelijk aan de randen van het spectrum zitten. Ze lijken dus of sterk op een verblijfs-woonvorm, of sterk op een thuis-woonvorm. Er zijn relatief weinig woonvormen in het tussengebied. De woonvormen voor mensen met een beperking of een psychische aandoeningen zien we daarentegen voornamelijk terug aan de kant van de verblijfs-woonvormen en in het tussengebied. Er zijn relatief weinig woonvormen die lijken op een thuis-woonvorm. Voor de woonvormen voor inwoners met een beperking geldt dat een aantal woonvormen onder verblijfs-woonvormen vallen en een aantal in het tussengebied liggen.

6.3 Conclusie

Op basis van de informatie in dit hoofdstuk concluderen we dat het theoretisch mogelijk is om aan de hand van de volgende vier kenmerken een onderscheid te maken: Wlz-indicatie verplicht, Zorgafname verplicht, Zelfstandigheid van de woning en Keuzevrijheid uitvoering van zorg. Dit leidt tot een onderscheid tussen verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen waarbinnen alle leveringsvormen kunnen voorkomen (er is dus geen sprake van een uitsplitsing naar leveringsvormen).

Echter, de afzonderlijke kenmerken zijn op zichzelf onderscheidend en toepasbaar in de praktijk, maar door de variatie in combinaties van deze kenmerken kunnen minder dan de helft van de woonvormen in één van deze twee typen worden ondergebracht en heeft het merendeel van de woonvormen kenmerken van beide typen.

7. Hulpmiddelen en woningaanpassingen

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen aan de hand van drie verschillende scenario's:

- Een onderscheid naar verblijfs-woonvormen (Wlz) en thuis-woonvormen (Wmo)
- Hulpmiddelenzorg voor vpt, mpt en pgb in de Wlz
- Hulpmiddelenzorg voor vpt in de Wlz

Hierbij besteden we aandacht aan de gevolgen van deze scenario's voor alle betrokken actoren en voor de Wlz.

7.1 Introductie

In de tweede fase van dit onderzoek hebben we met de betrokken partijen de verwachte effecten van de ordening volgens drie scenario's in kaart gebracht op de positionering van a) de hulpmiddelenzorg en b) woningaanpassingen en c) de gevolgen voor de Wlz. Het gaat om de volgende scenario's:

- **Scenario 1: Onderscheid verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen**

In dit scenario wordt de Wlz verantwoordelijk voor de hulpmiddelenzorg bij woonvormen die veel overeenkomsten vertonen met verblijfszorg en blijft de Wmo verantwoordelijk voor de hulpmiddelenzorg bij woonvormen die veel overeenkomsten tonen met zorg thuis. Daarnaast is het uitgangspunt dat de Wmo verantwoordelijk blijft voor woningaanpassingen bij de woonvormen die veel overeenkomsten vertonen met zorg thuis en dat bij de overige woonvormen op basis van vpt, mpt en pgb geen aanspraak is op woningaanpassingen, vanwege het uitgangspunt dat de woonvorm geschikt dient te zijn voor de beoogde doelgroep.

- **Scenario 2: Onderscheid per leveringsvorm (vpt/mpt/pgb)**

Bij dit scenario wordt gekeken hoe de gevolgen van scenario 1 zich verhouden tot de optie om de verantwoordelijkheden voor de hulpmiddelenzorg per leveringsvorm (vpt en mpt/pgb) te bezien. Hierbij wordt ook gekeken naar de meest wenselijke positionering van de woningaanpassingen. Dit scenario heeft twee varianten:

- **Scenario 2a: alle hulpmiddelenzorg via de Wlz:** Hulpmiddelen worden voor iedereen met een Wlz-indicatie vanuit de Wlz verstrekt.

- **Scenario 2b: hulpmiddelenzorg voor vpt-cliënten via de Wlz:**
Hulpmiddelen worden voor iedereen die zijn Wlz-indicatie verzilvert via vpt, net als personen met Wlz-verblijfszorg, vanuit de Wlz verstrekt.

Dit onderzoek richt zich op de *mobilitieitshulpmiddelen* en *roerende* voorzieningen die momenteel vanuit de Wmo aan Wlz-cliënten met een vpt, mpt en pgb worden verstrekt. Aanvullend hebben we in dit onderzoek ook Zvw-hulpmiddelen meegenomen, zoals een hoog-laag bed en een anti-decubitusmatras, die bij verblijf in een Wlz-zorginstelling als roerende voorzieningen worden aangemerkt. In bijlage 6 hebben we de context van de hulpmiddelenzorg in het kader van dit onderzoek nader beschreven. Daarnaast staat in deze bijlage ook achtergrondinformatie van bestuurlijke afspraken en rechterlijke uitspraken rondom de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen, die extra duiding geven bij dit hoofdstuk.

7.2 Positionering hulpmiddelenzorg

In deze paragraaf beschrijven we de huidige positionering van hulpmiddelen en woningaanpassingen en beschrijven we de veranderingen in positionering per scenario.

Huidige situatie

De Wlz kent verschillende leveringsvormen: verblijf (in een instelling) of zorg thuis door middel van een volledig pakket thuis, modulair pakket thuis of persoonsgebonden budget. De leveringsvorm is het onderscheidend criterium voor het bepalen of aanspraak bestaat op

⁷ Zvw bij hulpmiddelen voor beperkte of onzekere duur en hoog-laagbedden en toebehoren. Wmo 2015 bij hulpmiddelen voor langdurig gebruik.

hulpmiddelen vanuit de Wlz of vanuit de Wmo en/of Zvw [26]. Tabel 10 geeft weer vanuit welk domein de hulpmiddelen voor de verschillende Wlz-doelgroepen worden vergoed.

Tabel 10. Hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten

Categorie hulpmiddelen	Wlz-doelgroep	
	Cliënten die met Wlz-verblijf wonen in een instelling	Cliënten die Wlz-zorg ontvangen op basis van vpt, mpt en/of pgb
Roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor algemeen gebruik (o.a. hoog-laagbed)	Wlz	Wmo of Zvw ⁷
Mobilitieitshulpmiddelen: hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik (o.a. rolstoel)	Wlz	Wmo

Scenario 1: onderscheid verblijfs-woonvorm en thuis-woonvorm

In fase 1 van dit onderzoek hebben we een beschrijving gegeven van de verschillende woonvormen op basis van vpt, mpt en/of pgb, waarbij we hebben gekeken of ze meer overeenkomsten vertonen met verblijfszorg of met zorg thuis. In Tabel 11 staat weergegeven uit welke domeinen de hulpmiddelen in dit scenario vergoed zouden worden per Wlz-doelgroep. In de tabel is gearceerd voor welke doelgroep er iets zou veranderen in dit scenario.

Tabel 11. Hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten bij scenario 1

Categorie hulpmiddelen	Wlz-doelgroep		
	Cliënten die met Wlz-verblijf wonen in een instelling	Cliënten met vpt/mpt/pgb in verblijfs-woonvormen	Cliënten met vpt/mpt/pgb in thuis-woonvormen
Roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor algemeen gebruik (o.a. hoog-laagbed)	Wlz	Wlz	Wmo of Zvw7
Mobiliteitshulpmiddelen: hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik (o.a. rolstoel)	Wlz	Wlz	Wmo

Scenario 2: hulpmiddelenzorg naar leveringsvorm

Om te kijken hoe de gevolgen van scenario 1 zich verhouden tot de optie om de verantwoordelijkheden voor de hulpmiddelenzorg per leveringsvorm (vpt en mpt/pgb) te bezien, maken we ook de gevolgen zichtbaar als onderscheid wordt gemaakt naar leveringsvorm. Bij dit scenario werken we twee varianten uit, zoals beschreven in paragraaf 7.1.

Scenario 2a: alle hulpmiddelenzorg via de Wlz

In dit scenario worden de roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen voor iedereen met een Wlz-indicatie vanuit de Wlz verstrekt. In Tabel 12 staat de Wlz-doelgroep waarvoor dit verandert schematisch weergegeven.

Tabel 12. Hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten bij scenario 2a

Categorie hulpmiddelen	Wlz-doelgroep	
	Cliënten die met Wlz-verblijf wonen in een instelling	Cliënten die Wlz-zorg ontvangen op basis van vpt, mpt en/of pgb
Roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor algemeen gebruik (hoog-laagbed)	Wlz	Wlz
Mobiliteitshulpmiddelen: hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik (o.a. rolstoel)	Wlz	Wlz

Scenario 2b: hulpmiddelenzorg voor vpt-cliënten via de Wlz

In dit scenario worden de roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen voor iedereen die een Wlz-indicatie verzilverd met een vpt, net als cliënten met Wlz-verblijfszorg, vanuit de Wlz verstrekt. In Tabel 13 staat de Wlz-doelgroep waarvoor dit verandert schematisch weergegeven.

Tabel 13. Hulpmiddelenzorg aan Wlz-cliënten bij scenario 2b

Categorie hulpmiddelen	Wlz-doelgroep		
	Cliënten die met Wlz-verblijf wonen in een instelling	Cliënten die Wlz-zorg ontvangen op basis van vpt	Cliënten die Wlz-zorg ontvangen op basis van mpt en/of pgb
Roerende voorzieningen: hulpmiddelen voor algemeen gebruik (o.a. hoog-laagbed)	Wlz	Wlz	Wmo of Zvw7
Mobiliteitshulpmiddelen: hulpmiddelen voor persoonlijk gebruik (o.a. rolstoel)	Wlz	Wlz	Wmo

7.3 Uitvoeringspraktijk

Verschillende hulpmiddelen worden in de verschillende situaties op een andere manier verstrekt en bekostigd. In deze paragraaf beschrijven we de huidige uitvoeringspraktijk, en geven daarbij aan wat er verandert bij de verschillende scenario's.

Roerende voorzieningen via de Wlz

Roerende voorzieningen worden in de **huidige situatie** via zorginstellingen verstrekt en gefinancierd vanuit het instellingsbudget. De fysiotherapeut of ergotherapeut indiceert het hulpmiddel. De zorginstelling sluit contracten af met leveranciers van hulpmiddelen, schaft de benodigde hulpmiddelen aan en kan deze bij meerdere personen in de instelling gebruiken.

In **scenario 1**, **scenario 2a** en **scenario 2b** worden bij cliënten die hun Wlz-zorg verzilveren middels vpt, de zorgaanbieders verantwoordelijk voor het verstrekken van de roerende voorzieningen, op dezelfde manier als in de huidige situatie voor cliënten met Wlz-verblijf. Zij ontvangen hiervoor de benodigde financiële middelen. In scenario 1 en scenario 2a worden bij cliënten die hun Wlz-zorg verzilveren middels mpt en/of pgb, deze hulpmiddelen verstrekt en vergoed via het zorgkantoor. Zij kunnen dit volgens een nog te ontwikkelen procedure aanvragen bij de leverancier waarmee het zorgkantoor een contract heeft afgesloten.

Mobiliteitshulpmiddelen via de Wlz

Mobiliteitshulpmiddelen worden in de **huidige situatie** op basis van een functioneringsgerichte indicatie van de ergotherapeut of fysiotherapeut van de zorginstelling aangevraagd bij het zorgkantoor. De indicatie vindt plaats in overleg met de cliënt(vertegenwoordiger). Op basis van hun beleidsregels beslist het zorgkantoor over de aanvraag. De financiering

vindt niet plaats vanuit het instellingsbudget, maar vanuit een boven-budgettaire vergoeding. Het zorgkantoor en de zorginstelling sluiten contracten af met leveranciers van deze hulpmiddelen.

Mobiliteitshulpmiddelen worden in **scenario 1**, **scenario 2a** en **scenario 2b** via zorgkantoren verstrekt, op dezelfde manier als in de huidige situatie voor cliënten met Wlz-verblijf. In alle scenario's word bij cliënten met vpt (bij scenario 1 in een woonvorm onderverdeeld naar verblijf), de aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel bij het zorgkantoor verzorgt door de ergotherapeut of fysiotherapeut van (of namens) de vpt-zorgaanbieder. Bij cliënten met een mpt en/of pgb (bij scenario 1 in een woonvorm onderverdeeld naar verblijf), doet de gecontracteerde ergotherapeut of fysiotherapeut van het zorgkantoor dit (bij scenario 1 per wooncomplex). Bij scenario 2b blijft de uitvoeringspraktijk voor deze mensen gelijk aan de huidige situatie.

Roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen via de Wmo

Roerende voorzieningen die zijn bedoeld voor langdurig gebruik, en mobiliteitshulpmiddelen worden **in de huidige situatie** als maatwerkvoorziening verstrekt vanuit de gemeente en gefinancierd vanuit de Wmo. Het hulpmiddel wordt door een fysiotherapeut of ergotherapeut aangevraagd bij de betreffende gemeente en iemand van de gemeente (bijvoorbeeld een Wmo-consulent) bepaalt binnen de wettelijk geldende kaders of en welk type hulpmiddel de persoon krijgt. De gemeente maakt afspraken met leveranciers van deze hulpmiddelen over het verstrekken van de hulpmiddelen.

In **scenario 1** en **scenario 2b** gebeurt het verstrekken van roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wmo nog steeds op dezelfde manier, maar voor een kleinere doelgroep (zie tabel 11 en 13). In

scenario 2a worden er geen roerende voorzieningen en mobiliteits-hulpmiddelen meer vanuit de Wmo verstrekt.

Roerende voorzieningen via de Zvw-hulpmiddelen

Roerende voorzieningen die voor beperkte of onzekere duur zijn en hoog-laagbedden en toebehoren (zoals een decubitusmatras), worden verstrekt en gefinancierd via de Zvw. Het hulpmiddel wordt door de cliënt, of door de betrokken zorgverlener (zoals een fysiotherapeut, ergotherapeut of wijkverpleegkundige) aangevraagd bij de leveranciers waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft afgesloten, die binnen de wettelijk geldende kaders bepaalt of en welk type hulpmiddel de persoon krijgt. De zorgverzekeraar maakt afspraken met leveranciers van deze hulpmiddelen over het verstrekken van de hulpmiddelen.

In **scenario 1** en **scenario 2b** gebeurt het verstrekken van roerende voorzieningen vanuit de Zvw nog steeds op dezelfde manier, maar voor een kleinere doelgroep (zie tabel 11 en 13). In **scenario 2a** worden er geen roerende voorzieningen meer vanuit de Zvw verstrekt.

Woningaanpassingen via de Wmo

De gemeente vergoedt bepaalde woningaanpassingen via de Wmo. Mensen kunnen hiervoor contact opnemen met het Wmo-loket of het sociaal wijkteam van de gemeente. Het gaat om woningaanpassingen voor:

- kinderen die jeugdhulp krijgen vanuit de Jeugdwet,
- volwassenen die ondersteuning krijgen vanuit de Wmo,
- kinderen en volwassenen die zorg krijgen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) en die thuis wonen.

Iemand die een Wlz-indicatie heeft en dit ontvangt op basis van vpt, mpt en/of pgb kan dus ook in aanmerking komen voor woningaanpassingen vanuit de Wmo. Echter komt dit in de praktijk nauwelijks voor bij bewoners van woonvormen.

7.4 Impact verschuiving hulpmiddelenzorg per perspectief

In Tabel 14 op de volgende pagina hebben we voor elk perspectief per scenario weergegeven wat de impact is van de verschuiving van de hulpmiddelenzorg. Omdat er veel overlap is in de impact tussen de scenario's, zijn veel punten over de gehele rij samengevoegd. Bijvoorbeeld voor 'cliënten met een vpt' is de impact in alle scenario's gelijk, behalve dat het in scenario 1 alleen van toepassing is bij cliënten met een vpt in een verblijfs-woonvorm.

Voor een aantal perspectieven zijn niet alle punten van toepassing bij ieder scenario, bijvoorbeeld voor 'cliënten met een mpt en/of pgb', verandert er ten opzichte van de huidige situatie niets in scenario 2b. Daarnaast zijn er enkele punten waar een klein verschil in zit (zie bijvoorbeeld het eerste punt bij de gemeenten). In dit geval zijn ze afzonderlijk van elkaar per kolom beschreven.

Tabel 14. Impact verschuiving hulpmiddelenzorg per perspectief

Perspectief	Scenario 1 Onderscheid verblijfs- en thuis-woonvormen	Scenario 2a Hele hulpmiddelenzorg naar de Wlz	Scenario 2b Hulpmiddelenzorg bij vpt naar de Wlz
Cliënten met een vpt (bij scenario 1: alleen in een verblijfs- woonvorm)	Deze cliënten ontvangen deze hulpmiddelen niet meer via de Wmo/Zvw, maar via de Wlz. Bij Zvw-hulpmiddelen komt de eigen betaling te vervallen. Bij Wmo-hulpmiddelen kan dit gevolgen hebben voor de eigen betalingen op grond van de Wmo. Deze kunnen, afhankelijk van de persoonlijke situatie, minder worden.		
	Deze cliënten krijgen hun roerende voorzieningen van hun vpt-zorgaanbieder.		
	De ergotherapeut of fysiotherapeut van (of namens) de vpt-zorgaanbieder verzorgt in overleg met de cliënt(vertegenwoordiger) de aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel bij het zorgkantoor.		
	Deze cliënten behouden hun mobiliteitshulpmiddel van de gemeente totdat het aan vervanging toe is of niet meer passend is.		
Cliënten met een mpt en/of pgb (bij scenario 1: alleen in een verblijfs- woonvorm)	Deze cliënten ontvangen deze hulpmiddelen niet meer via de Wmo/Zvw, maar via de Wlz. Bij Zvw-hulpmiddelen komt de eigen betaling te vervallen. Bij Wmo-hulpmiddelen kan dit gevolgen hebben voor de eigen betalingen op grond van de Wmo. Deze kunnen, afhankelijk van de persoonlijke situatie, minder worden.		Niet van toepassing bij scenario 2b.
	Deze cliënten kunnen hun roerende voorzieningen (volgens een nog te ontwikkelen procedure) aanvragen bij de leverancier waarmee het zorgkantoor een contract heeft afgesloten.		Niet van toepassing bij scenario 2b.
	De door het zorgkantoor gecontracteerde ergotherapeuten of fysiotherapeuten verzorgen (per wooncomplex) in overleg met de cliënt(vertegenwoordiger) de aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel bij het zorgkantoor.		Niet van toepassing bij scenario 2b.
	Deze cliënten behouden hun mobiliteitshulpmiddel van de gemeente totdat het aan vervanging toe is of niet meer passend is.		Niet van toepassing bij scenario 2b.
Zorgkantoren	Zorgkantoren worden verantwoordelijk voor de hulpmiddelenverstrekking voor een nieuwe groep Wlz-clients en voor nieuwe hulpmiddelen (roerende voorzieningen), waarbij de financiering boven budgettair (dus niet via het budget van de instelling) zal plaatsvinden.		
	Zorgkantoren passen hun informatiesysteem aan om ook de aanvragen van mobiliteitshulpmiddelen vanuit deze nieuwe groep Wlz-clients te kunnen afhandelen		
	Zorgkantoren breiden hun personele capaciteit uit om de extra taken uit te voeren.		

Perspectief	Scenario 1 Onderscheid verblijfs- en thuis-woonvormen	Scenario 2a Hele hulpmiddelenzorg naar de Wlz	Scenario 2b Hulpmiddelenzorg bij vpt naar de Wlz
	Zorgkantoren gaan voor het leveren van roerende voorzieningen aan mpt/pgb-cliënten contracten afsluiten met leveranciers van deze hulpmiddelen en ontwikkelen een aanvraag-procedure voor de cliënt(vertegenwoordiger).		Niet van toepassing bij scenario 2b.
	Zorgkantoren contracteren ergotherapeuten of fysiotherapeuten die de aanvraag voor een mobiliteitshulpmiddel van pgb- en mpt-cliënten (per wooncomplex) gaan uitvoeren. De aanvraagprocedure komt op toegankelijke wijze beschikbaar voor deze cliënten.		Niet van toepassing bij scenario 2b.
	Zorgkantoren passen hun informatiesystemen aan zodat Wlz-cliënten in een verblijfs-woonvorm en hun leveringsvorm (vpt, mpt en/of pgb) te identificeren zijn.	Niet van toepassing bij scenario 2a.	Zorgkantoren passen hun informatiesystemen aan zodat de leveringsvorm (vpt, mpt en/of pgb) van Wlz-cliënten te identificeren is.
Wlz-zorgaanbieders	Zorgaanbieders worden verantwoordelijk voor het ter beschikking stellen van roerende voorzieningen aan hun vpt-cliënten.		
	Zorgaanbieders contracteren zo nodig (extra) ergotherapeuten en fysiotherapeuten voor het aanvragen van de mobiliteitshulpmiddelen bij het zorgkantoor.		
	Zij worden hiervoor in de tariefstelling gecompenseerd.		
Gemeenten	De verantwoordelijkheid van gemeenten voor het leveren van roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten in een verblijfs-woonvorm komt te vervallen.	De verantwoordelijkheid van gemeenten voor het leveren van roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten komt te vervallen.	De verantwoordelijkheid van gemeenten voor het leveren van roerende voorzieningen en mobiliteitshulpmiddelen voor Wlz-cliënten die dit verzilveren met een vpt komt te vervallen.
	Ze blijven na invoering van deze beleidswijziging verantwoordelijk voor het onderhoud van de reeds geleverde mobiliteitshulpmiddelen totdat deze aan vervanging toe zijn of niet meer passend zijn (op basis van een bestuurlijke afspraak met VWS en ZN).		
Zorgverzekeraars	De verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor het leveren van roerende voorzieningen voor de Wlz-cliënten in een verblijfs-woonvorm komt te vervallen. Interne procedures worden hierop aangepast.	De verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor het leveren van roerende voorzieningen voor Wlz-cliënten komt te vervallen. Interne procedures worden hierop aangepast.	De verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor het leveren van roerende voorzieningen voor Wlz-cliënten die dit verzilveren middels een vpt komt te vervallen. Interne procedures worden hierop aangepast.
	Zij passen hun periodieke samenloopcontroles Wlz/Zvw aan.		

Perspectief	Scenario 1 Onderscheid verblijfs- en thuis-woonvormen	Scenario 2a Hele hulpmiddelenzorg naar de Wlz	Scenario 2b Hulpmiddelenzorg bij vpt naar de Wlz
Leveranciers van hulpmiddelen	Leveranciers gaan op basis van een nog te ontwikkelen aanvraagprocedure roerende voorzieningen leveren aan cliënten met een mpt en/of pgb in een verblijfs-woonvorm.	Leveranciers gaan op basis van een nog te ontwikkelen aanvraagprocedure roerende voorzieningen leveren aan cliënten met een mpt en/of pgb.	Niet van toepassing bij scenario 2b.
	Zij krijgen toegang tot een (aangepaste) invoertool van de zorgverzekeraars op grond waarvan zij kunnen vaststellen of ze rechtmatig de levering van een roerende voorziening bij de Zvw kunnen declareren.		
	Ze breiden veelal bestaande contracten uit met zorgkantoren en vpt-zorgaanbieders.		
	Firevaned maakt met ZN, VNG en branche-organisaties van zorgaanbieders afspraken over roerende voorzieningen die op grond van de Zvw en de Wmo al geleverd zijn aan Wlz-clënten in een verblijfs-woonvorm.	Firevaned maakt met ZN, VNG en branche-organisaties van zorgaanbieders afspraken over roerende voorzieningen die op grond van de Zvw en de Wmo al geleverd zijn aan Wlz-clënten.	Firevaned maakt met ZN, VNG en branche-organisaties van zorgaanbieders afspraken over roerende voorzieningen die op grond van de Zvw en de Wmo al geleverd zijn aan Wlz-clënten die dit verzilveren middels een vpt.
NZa <i>De NZa heeft aangegeven dat dit mogelijke aanpassingen zijn, maar dat er mogelijk ook andere aanpassingen moeten worden gedaan</i>	De NZa past de beleidsregel aan die gaat over de tarifiering van een vpt-prestatie (inclusief NIC en NHC). Bij vpt in verblijfs-woonvorm betekent dit een opslag voor roerende voorzieningen en het aanmeten van een mobiliteitshulpmiddel door ergotherapeut/ fysiotherapeut.	De NZa past de beleidsregel aan die gaat over de tarifiering van een vpt-prestatie (inclusief NIC en NHC). Bij vpt betekent dit een opslag voor roerende voorzieningen en het aanmeten van een mobiliteitshulpmiddel door ergotherapeut/ fysiotherapeut.	
	De monitor voor bovenbudgettaire hulpmiddelen wordt aan deze beleidswijziging aangepast. Op basis van deze monitor verstrekken zorgkantoren periodiek gegevens aan de NZa.		
VWS	VWS past de aanspraken in de Wlz aan. Omdat de Wlz voorliggend is, hoeven de Wmo en de Zvw niet te worden aangepast.		
	VWS maakt bestuurlijke afspraken met de VNG over de omvang van de verschuiving van het budget van Wmo naar Wlz.		
	VWS verschuift financiële middelen van de Zvw-kader naar het Wlz-kader.		
	VWS maakt bestuurlijke afspraken met de VNG en ZN over het behoud van mobiliteitshulpmiddelen (conform eerdere afspraken hierover).		
	VWS accommodeert een uitbreiding van de beheerskosten van de zorgkantoren.		

Perspectief	Scenario 1 Onderscheid verblijfs- en thuis-woonvormen	Scenario 2a Hele hulpmiddelenzorg naar de Wlz	Scenario 2b Hulpmiddelenzorg bij vpt naar de Wlz
	VWS past de informatie op Regelhulp aan.		
VNG	VNG maakt bestuurlijke afspraken met VWS over de omvang van de verschuiving van het budget van de Wmo naar de Wlz.		
	VNG maakt bestuurlijke afspraken met VWS en ZN over het behoud van mobiliteitshulpmiddelen (conform eerdere afspraken hierover).		
	VNG informeert hun gemeenten over deze verandering.		
ZN	ZN past de invoertool aan op de nieuwe situatie.		
	ZN maakt bestuurlijke afspraken met VWS en VNG over het behoud van mobiliteitshulpmiddelen (conform eerder afspraken hierover) en roerende voorzieningen.		
	ZN brengt de uitbreiding van de beheerkosten van zorgkantoren in beeld.		
	ZN informeert hun leden over deze verandering.		

8. Reactie partijen

In dit hoofdstuk gaan we in op de reacties die verschillende partijen hebben gegeven. Hierbij gaat het zowel om feedback op de hiervoor beschreven bevindingen als opmerkingen die zijn gemaakt tijdens de gesprekken die we hebben gevoerd over de effecten van een mogelijke ordening naar verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen op de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen en de gevolgen voor de Wlz (onderwerpen uit deel 2 van het onderzoek die we in een afzonderlijke rapportage hebben uitgewerkt).

8.1 Partijen

We hebben de resultaten van fase 1 ter beoordeling terug gelegd bij de expertgroep wonen. Hierop hebben we van meerdere partijen reactie gekregen. Daarnaast hebben we ook gesprekken gevoerd met de betrokken partijen in fase 2. Beide reacties zijn samengevoegd, omdat de reacties over fase 1 raken aan het eerste scenario van fase 2. Hiermee hebben we reactie gekregen van de volgende partijen:

- Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ)
- Landelijke Vereniging van Ouderinitiatieven (LVOI)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Zorgthuisnl
- ActiZ
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Leveranciers van hulpmiddelen
- Zorgorganisaties
- Zorgkantoren en zorgverzekeraars
- Cliëntorganisaties

8.2 Algemene reacties

Er zijn een aantal algemene reacties gegeven door partijen die betrekking hebben op alle scenario's die in hoofdstuk 7 zijn beschreven:

- Partijen geven aan dat het vraagstuk van de hulpmiddelen en woningaanpassingen niet los is te zien van het grotere geheel. Een aantal partijen geeft aan dat meer inzicht nodig is in (de knelpunten in) de huidige praktijk, om goed te kunnen bepalen of een ander scenario mogelijk een verbetering zou kunnen zijn.

- De noodzaak voor een verandering wordt niet door alle partijen erkend. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat de voorliggendheid goed in de wet is gedefinieerd, waardoor duidelijk is dat gemeenten verantwoordelijk zijn als het wonen of het gebouw geen verantwoordelijkheid is van de Wlz.
- Een aantal partijen vraagt zich af of overheveling van de mobiliteits-hulpmiddelen en roerende voorzieningen het huidige complexe systeem nog complexer maakt en of de nieuwe scenario's net zoveel voor- en nadelen hebben als de huidige situatie.
- Voor alle scenario's geldt dat goede voorwaarden en duidelijke regelgeving nodig zijn voordat mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen - voor alle of een deel van de vpt, mpt en pgb cliënten - overgeheveld kan worden naar de Wlz.
- Het is bij ieder scenario van belang dat het Normenkader Hulpmiddelen gebruikt blijft worden. Dit kader is door iedereen ondertekend en zorgt voor eenduidigheid in het verstrekken van hulpmiddelen. Daarbij vinden cliënten het van belang dat op de professionele vaardigheid van de ergotherapeut of fysiotherapeut vertrouwd wordt door andere partijen, zoals het zorgkantoor.

Voordelen

Er zijn door partijen een aantal voordelen genoemd die niet gelden voor een specifiek scenario, maar raken aan alle scenario's:

- Cliëntvertegenwoordigers vinden het een voordeel als het aanvragen van hulpmiddelen voor cliënten met een vpt via aanbieders verloopt, omdat zij het gevoel hebben dat aanbieders meer expertise hebben op dit gebied dan gemeenten.

Nadelen

Er zijn door partijen een aantal nadelen genoemd die raken aan alle scenario's:

- Geld overhevelen van het ene kader naar het andere kader is volgens partijen een lastig proces. Daarbij komt dat door onduidelijkheid in de uitgaven van hulpmiddelen binnen gemeenten het kan zijn dat er een onjuist budget uit het gemeentefonds wordt gehaald. Echter is ook benoemd dat in 2020 de overgang van de Wmo naar de Wlz in eerste instantie ook ingewikkeld leek. In het eerste jaar kwamen hier veel vragen over bij de VNG/gemeenten, maar daarna niet meer.
- Voor mpt en pgb cliënten moet bij scenario 1 en 2a een nieuwe procedure worden ontwikkeld om de mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen aan te vragen bij het zorgkantoor. Daarnaast kan het een uitdaging worden voor zorgkantoren om afspraken te maken met fysio- en ergotherapeuten die al zorg verlenen aan cliënten met een mpt en/of pgb.
- Een hulpmiddel moet niet alleen snel beschikbaar zijn, maar er moet ook gekeken worden of het hulpmiddel bij de cliënt past en of het bijdraagt aan het vergroten van zelfstandigheid. In de Wlz staat participatie, mede gelet op de zorgbehoefte van een Wlz-cliënt (24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht), minder nadrukkelijk op de voorgrond dan in de Wmo.
- Bij ieder scenario blijft een combinatie van Wmo en Wlz in de praktijk mogelijk, dit doet zich voor in woonvormen waar een deel van de bewoners de hulpmiddelen uit de Wmo krijgt en een andere deel vanuit de Wlz. Voor zorgverleners is dit complex, omdat deze hierdoor met (veel) verschillende leveranciers van hulpmiddelen te maken hebben.

8.3 Reacties op scenario 1: onderscheid verblijf en thuis

Partijen geven aan dat scenario 1 praktisch niet mogelijk is en daarnaast ook beleidsmatig niet wenselijk is. In deze paragraaf beschrijven we de genoemde argumenten hiervoor.

De ordening van woonvormen is niet mogelijk

Meerdere partijen geven aan dat hoewel een ordening van de woonvormen naar verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen in theorie wellicht mogelijk is, dit in de praktijk niet uitvoerbaar is. Hier spelen meerdere zaken een rol:

- Een groot deel van de woonvormen kan in de praktijk niet eenduidig worden geordend. Veel woonvormen bevinden zich in het zogeheten tussengebied en bevatten kenmerken die zowel op verblijfs-woonvormen als thuis-woonvormen van toepassing zijn. Hierdoor blijven er situaties waar de ordening niet past, zoals bij gemixte woonvormen waar verschillende type cliënten (zowel met Wlz-indicatie als Wmo-beschikking en mensen zonder zorgvraag) door elkaar wonen (ook wel gespikkeld wonen genoemd).
- Dit is onder andere van toepassing op de verschillende typen Ouderinitiatieven. De essentie van deze initiatieven laat zich slecht vangen in de voorgestelde ordening. De LVOI ziet daarbij de nodige risico's voor de unieke positie van Ouderinitiatieven binnen het zorglandschap. Door de voorgestelde ordening zouden veel Ouderinitiatieven worden aangemerkt als een verblijfs-woonvorm. Ook speelt mee dat de wetgever in de Wmcz en in de Wkkgz uitzonderingen heeft verleend aan Ouderinitiatieven, die door een nieuwe ordening mogelijk in gevaar komen.

De ordening is niet wenselijk

- Ook in eerdere onderzoeken zijn de mogelijkheid en wenselijkheid van het ordenen van woonvormen op basis van een vpt, mpt en/of pgb aan bod gekomen. Zo heeft de NZa in 2023 onderzocht of en zo ja op welke wijze de bekostiging van de Wlz een bijdrage kan leveren aan de doelstellingen van Wozo. Daarbij is gekeken of er onderscheid gemaakt kan worden in geclusterd en ongeclusterd vpt. Binnen het huidige wettelijk kader ziet de NZa hiervoor geen mogelijkheden. Ook in onderzoek van de NZa over Wlz-behandelvormen bij verblijf en in een geclusterd vpt is geadviseerd om het vpt niet te splitsen. Hoewel we in voorliggend onderzoek niet specifiek hebben gekeken naar het onderscheid tussen geclusterde en ongeclusterde zorg, ondersteunen deze eerdere onderzoeken de onwenselijkheid om binnen vpt, mpt en/of pgb een onderscheid te maken, in dit geval tussen verblijfs-woonvormen en thuis-woonvormen.
- Het hanteren van een ordening betekent dat een registratie moet worden bijgehouden van alle Wlz-woonvormen en van alle woonvormen bepaald moet worden of ze voldoen aan de kenmerken van een verblijfswoonvorm of thuis-woonvorm. Dit vergroot de administratieve lasten van verschillende partijen.
- Daarnaast wordt door het toevoegen van een 'extra' ordening de complexiteit van de Wlz vergroot. Partijen worstelen in de huidige praktijk al met de verschillende leveringsvormen en bijbehorende verschillen in aanspraken. Met de toepassing van deze ordening, zonder verdere aanpassingen in het zorgstelsel komt er weer een nieuw onderscheid bij. Dit betekent ook dat binnen de leveringsvormen (door het onderscheid in type woonvorm) een extra onderscheid in tarieven moet worden gemaakt (met of zonder toeslag voor de hulpmiddelenzorg). En omdat de voorgestelde ordening

afwijkt van andere in de praktijk voorkomende begrippen om clustering te omschrijven (zoals de definitie van een pgb-gefinancierd kleinschalig wooninitiatief in de Wlz) kan verwarring ontstaan.

- Zoals bij elke beleidswijziging moeten aanpassingen worden gedaan in lagere wet- en regelgeving, al dan niet in beleidsregels om ook een juridische onderbouwing te hebben voor de gewenste ordening.
- Ook maken partijen zich zorgen over prikkels die mogelijk uitgaan van het toepassen van de voorgestelde ordening, omdat het kan leiden tot ongewenst gedrag. Daarbij wordt bedoeld op mogelijk strategisch gedrag van partijen op het moment dat de financiële mogelijkheden van een bepaald type woonvorm aantrekkelijker zijn. Dit kan bijvoorbeeld zitten in de hoogte van de te betalen eigen bijdrage en de samenhang met de hoogte van huurtoeslagen. Dit kan nadelige effecten hebben voor de keuzevrijheid van mensen.
- Tot slot wordt door partijen de vraag gesteld in hoeverre een ordening van de woonvormen het vraagstuk ten aanzien van de bekostiging van hulpmiddelen en woningaanpassingen helpt beantwoorden. De conclusie die partijen unaniem trekken is dat de voorgestelde ordening hiervoor niet bruikbaar is en ook niet wenselijk.

8.4 Reacties op scenario 2a: alle hulpmiddelen naar de Wlz

Indien (naast de bestaande uitvoeringspraktijk) gekozen moet worden voor een scenario gaat de meeste voorkeur uit naar scenario 2a. Hieronder staan de benoemde voordelen en nadelen beschreven.

Voordelen

- Als alle mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen vanuit de Wlz worden vergoed dan is dit voor cliënten makkelijker omdat er één loket en één aanspreekpunt is. Dit is vooral een voordeel voor cliënten

die meerdere hulpmiddelen gebruiken, waarbij nu overlap is tussen domeinen. Hierdoor is het overzichtelijker en zorgt het voor een effectieve zorgverlening, onder andere door minder afstemmingsproblematiek.

- Er is geen knip meer in aanspraak naar leveringsvorm, maar voor alle Wlz-verzekerden geldt dezelfde aanspraak op hulpmiddelen. Het gaat om een objectief criterium, waar geen discussie over mogelijk is. De hulpmiddelen worden hierdoor landelijk op een uniforme manier geleverd.
- Het is voor de cliënt financieel aantrekkelijk, omdat de stapeling van de lage eigen bijdrage in de Wlz en eigen betalingen voor specifieke hulpmiddelen in de Zvw vervalt. Ook vervalt bij hulpmiddelengebruik het beroep op eigen risico.
- Door de zorgplicht bij het zorgkantoor is de zorg meer eenduidig belegd en kan voor de zorg thuis een meer integrale afweging worden gemaakt (zorg én hulpmiddelen).

Nadelen

- Ook in dit scenario blijft in de uitvoeringspraktijk een onderscheid tussen vpt, mpt en pgb (zoals beschreven in H7). Bij cliënten met een vpt worden mobiliteitshulpmiddel bijvoorbeeld geïndiceerd door de ergo- of fysiotherapeut van de zorgaanbieder, maar bij cliënten met een mpt en/of pgb door een ergo- of fysiotherapeut van het zorgkantoor.
- Het is voor zorgverleners van gemixte locaties (waar zowel Wmo als Wlz-clients verblijven) lastig als mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen soms via het zorgkantoor gaan en soms via de gemeente.

- Er is benoemd dat de kosten vanuit de Rijksoverheid mogelijk zullen stijgen, omdat de Wlz duurder is dan de Wmo.
- Mogelijk wordt de keuzevrijheid voor mensen met een pgb beperkt, terwijl dit voor deze doelgroep erg belangrijk is. In de Wlz staat participatie, mede gelet op de zorgbehoefte van een Wlz-cliënt (24 uur per dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht), minder nadrukkelijk op de voorgrond dan in de Wmo.
- Mensen hebben vaak eerder een hulpmiddel nodig dan dat ze in de Wlz terecht komen. In eerste instantie zullen ze deze dus vanuit de Wmo of Zvw krijgen, waardoor er een overgang tussen wetten blijft. Het is onduidelijk voor welke knelpunten dit zorgt. Als deze overgang goed geregeld is, kunnen knelpunten worden beperkt.
- De integrale afweging van de gemeente tussen de inzet van een hulpmiddel en het uitvoeren van een woningaanpassing komt te vervallen.

8.5 Reacties op scenario 2b: hulpmiddelen bij vpt naar Wlz

De reacties op scenario 2b zijn wisselend. Veel partijen denken dat het hierdoor complexer wordt, maar anderen vinden dit onderscheid wel logisch. Hieronder staan de benoemde voordelen en nadelen beschreven.

Voordelen

- Vpt is een integrale leveringsvorm, met een integraal tarief, waarbij alle zorg door één zorgaanbieder wordt geleverd. Hulpmiddelen horen bij de zorg, en kunnen hierdoor ook door de zorgaanbieder worden aangeboden die het integrale zorgpakket levert. Bij mpt en pgb is dit niet het geval, daardoor is het passend om in dit geval de hulpmiddelen niet uit de Wlz te laten komen.

Nadelen

- Een aantal partijen benoemt dat dit scenario alles ingewikkelder en complexer maakt, omdat halverwege de Wlz een lijn getrokken wordt en hierdoor nog meer opsplitsingen komen. Daarnaast geeft aan aantal partijen aan het geen logisch onderscheid te vinden, omdat ook vaak voor mpt gekozen wordt (in plaats van vpt) als alleen de dagbesteding door een andere aanbieder wordt geleverd (deze keuze heeft dan direct gevolgen voor de hulpmiddelenzorg).
- Vpt werd voorheen vooral geleverd in aanleunwoningen of een geclusterde setting, maar nu steeds meer vanuit 'individuele' huizen. Daarom is het volgens een aantal partijen niet logisch om deze verantwoordelijkheid bij de vpt-aanbieder te leggen, maar is het beter om dit bij de huiseigenaar te houden.

8.6 Woningaanpassingen

Het uitgangspunt is dat bij woonvormen geen woningaanpassingen nodig zijn. Bij nieuwbouw is het essentieel dat de voorzieningen vanaf de start goed zijn afgestemd op de doelgroep. Bij verbouw is dit soms nog niet het geval, maar de basisvoorzieningen voor specifieke doelgroepen moeten standaard aanwezig zijn. Toch komt het in uitzonderlijke gevallen wel voor dat een woningaanpassing nodig is. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat er complexen zijn waar de populatie verandert, bijvoorbeeld ouderen waarbij het op het begin nog mogelijk is om zelf deuren te openen, maar op den duur niet meer. In dit geval moet de gemeente dit soms toch nog aanpassen. Het advies van gemeenten is in deze gevallen meestal om de aanpassingen gelijk voor het gehele complex te doen, waarna gemeenten met de woningbouwcoöperatie gaan praten om de kosten te delen. In de meeste gevallen gaat dit om kleine kostenposten, en is dit geen probleem voor gemeenten. In sommige gevallen komen hele kleine gemeenten

hiermee in de knel, maar dit is geen reden om hiervoor een andere keuze te maken.

Bijna alle partijen geven aan dat ongeacht wat het scenario wordt voor de positionering van de hulpmiddelen, woningaanpassingen het beste bij de gemeente kunnen blijven. Het zorgkantoor heeft geen kennis over de woningaanpassingen en daarnaast hebben ze ook geen inspraak in en kennis van vergunningen. Het is daarom niet logisch als de verantwoordelijkheid van de woningaanpassingen naar het zorgkantoor wordt verplaatst. De gemeenten daarentegen hebben wel veel kennis en expertise op het vlak van woningaanpassingen. Het is daarom logisch om de verantwoordelijkheid van woningaanpassingen bij de gemeente te houden. Dit wijkt af van het advies van de NZa, waar ze aangeven dat het vanwege doelmatigheidsverlies wenselijk is om de zorg en woningaanpassingen voor thuiswonende cliënten uit hetzelfde domein te financieren [17].

8.7 Gevolgen voor de Wlz

Als de mobiliteitshulpmiddelen en roerende voorzieningen overgeheveld worden naar de Wlz - voor alle of een deel van de vpt, mpt, pgb cliënten - heeft dat (naast alle praktische en regeltechnische effecten zoals beschreven in hoofdstuk 7) verschillende gevolgen voor de Wlz.

- Bij scenario 1 zullen binnen de Wlz meer verschillende varianten in leveringsvormen moeten worden beschreven.

- Bij scenario 1 moet een duidelijk criterium komen voor wanneer een woonvorm een verblijfs-woonvorm of een thuis-woonvorm is. Dit moet een onafhankelijk label zijn, uitgevoerd door de overheid. De praktische uitvoering van een dergelijk label vraagt om wettelijke aanpassingen, zodat de indeling juridisch houdbaar is en veel administratieve lasten doordat alle woonvormen gelabeld moeten worden.
- Het is mogelijk dat in scenario 1 de nieuwe indeling van woonvormen niet alleen effect heeft op de hulpmiddelenzorg, maar ook voor andere thema's wordt gebruikt en daarmee consequenties gaat hebben op andere terreinen, zoals brandveiligheid. Als dit gaat gebeuren verwachten partijen dat de uitwerking hiervan financiële consequenties gaat hebben die vele malen hoger liggen dan de kosten voor hulpmiddelen, omdat hier meer regels aan verbonden zijn.

De uitvoering van scenario 2a en 2b hebben volgens partijen geen fundamentele gevolgen voor de Wlz, anders dan beschreven in Tabel 14 (impact verschuiving hulpmiddelenzorg per perspectief), zoals aanpassing van tarieven, werkwijzen en afspraken.

Bijlage 1. Bronnen

1. [Wlz-kompas, Zorginstituut Nederland](#)
 2. [Verduidelijken toegang tot integrale verpleeghuishouding voor mensen met een VV-indicatie, Zorginstituut Nederland, 2024](#)
 3. [Zorggeschikt wonen voor senioren, Platform31, 2024](#)
 4. [Handboek Volledig Pakket Thuis \(VPT\), CZ zorgkantoor, 2023](#)
 5. [Monitor Ouderen huisvesting 2020, ABF Research, 2021](#)
 6. [Volledig pakket thuis in de verpleging en verzorging, NZA, 2022](#)
 7. [Onderzoek meerkosten geclusterde woonzorgcombinaties Wlz, KPMG, 2022.](#)
 8. [Kleinschalige woonzorgvormen in Nederland, IQ 2022](#)
 9. [Inspiratiebundel woonzorgcombinaties voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, Platform 31, 2020.](#)
 10. [Monitor geclusterd wonen, RIGO Research en Advies](#)
 11. [Wonen met zorg, SCP, 2019](#)
 12. [Geclusterde woonvormen voor senioren, Platform 31, 2023.](#)
 13. [Monitor langdurige zorg. Personen met toegekend persoonsgebonden budget Wlz naar wooninitiatiefvoetstuk en indicatie, ministerie van VWS, 2022](#)
 14. [Maatwerk in wonen, Verwey-Jonker Instituut, 2019](#)
 15. [Onderzoek naar de financiering kleinschalige woonzorgvormen, bureau HHM, 2020.](#)
 16. https://www.kenniz.nl/images/Pamflet_KenniZ_2020.pdf
 17. [Advies scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging, NZA 2023](#)
 18. Uitspraak Rechtbank Oost-Brabant [ECLI:NL:RBOBR:2022:448](#)
 19. Uitspraak Rechtbank Gelderland [ECLI:NL:RBGEL:2023:4967](#)
 20. [Toeslag pgb-wooninitiatief \(Wlz\), Ministerie van VWS, 2024](#)
 21. [Zorgen om gezinnen die kind met beperking noodgedwongen thuishouden, Pointer, 2024](#)
 22. [Ouders zetten kleinschalige woonvoorzieningen op, Vilans, 2024](#)
 23. [Ouderinitiatieven na 25 jaar: continuïteit staat onder druk, VGN, 2022](#)
 24. [Voor welke woningen kan ik huurtoeslag krijgen en voor welke niet?, Ministerie van Financiën](#)
 25. [Familie-initiatieven voor mensen met dementie, Aedes, 2019](#)
 26. Zorginstituut Nederland. [Handreiking Hulpmiddelen Wlz](#). 4 december 2020.
 27. Motie van de leden Otwin van Dijk en van Weyenberg. [Wijziging van de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, de Jeugdwet en de Zorgverzekeringswet](#). 24 maart 2016
 28. Ministerie van VWS. [Notitie Positionering hulpmiddelen en woningaanpassingen bezien vanuit het perspectief van de Wlz-cliënt](#). November 2016.
 29. Vereniging Nederlandse Gemeenten. [Ledenbrief hulpmiddelen van thuiswonende cliënten met een Wlz-indicatie](#). 4 januari 2017.
 30. Zorginstituut Nederland. [Advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen in de Wlz](#). 27 september 2017.
 31. VNG. Website: [vng.nl/nieuws/Wmo-hulpmiddelen-en-geclusterde-woonvormen-vng-advies](https://www.vng.nl/nieuws/Wmo-hulpmiddelen-en-geclusterde-woonvormen-vng-advies) 23 februari 2024
 32. Bureau HHM. [Positionering hulpmiddelenzorg in de Wlz. Implementatieplan](#). 10 september 2021
 33. Uitvoeringsbesluit WTZi: [wetten.nl - Regeling - Uitvoeringsbesluit WTZi - BWBR0018983](https://www.wetten.nl/Regeling-Uitvoeringsbesluit-WTZi-BWBR0018983)
 34. Tarieven 2024 en eigen bijdragen: www.hetcak.nl/uw-situatie/zorg-thuis/ en www.hetcak.nl/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-hoge-eigenbijdrage/
- Uitspraak Centrale Raad van Beroep: [ECLI:NL:CRVB:2025:140](#)

Bijlage 2. Definities

Begrippenkader

Volledig pakket thuis, vpt [1]

Het volledig pakket thuis (vpt) wordt verleend door of onder verantwoordelijkheid van één Wlz-aanbieder. Deze aanbieder is verantwoordelijk voor de coördinatie van de totale zorg aan verzekerde. Hierbij gaat het om verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer, logeeropvang, verstrekken van maaltijden en huishoudelijke hulp. De huur of hypotheek van de woning hoort hier niet bij.

Modulair pakket thuis, mpt [1]

Met het modulair pakket thuis (mpt) kunnen verzekerden de zorg van één of meer Wlz-aanbieders thuis krijgen. Verzekerde kan er bij het mpt ook voor kiezen om bepaalde zorgvormen in natura van een Wlz-zorgaanbieder te ontvangen en de overige zorgvormen zelf in te kopen met een persoonsgebonden budget (pgb). Bij het mpt spreken verzekerden met één of meer zorgaanbieders af welke zorgvormen door de zorgaanbieders worden geboden en welke zorg door mantelzorgers of andere informele zorgverleners wordt verleend. Een mpt kan één of meer van de volgende zorgvormen bevatten: verpleging, persoonlijke verzorging, begeleiding, behandeling, vervoer, logeeropvang en huishoudelijke hulp. Het verstrekken van maaltijden en de huur of hypotheek van de woning hoort hier niet bij.

Persoonsgebonden budget, pgb [1]

Bij het persoonsgebonden budget (pgb) ontvangt de verzekerde een budget waarmee hij zelf zorg kan inkopen. Dat budget wordt niet

overgemaakt naar de eigen bankrekening van verzekerde, maar wordt door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) beheerd. Verzekerde kan vanuit dit budget betalingen laten doen aan zijn zorgverleners en moet hierover verantwoording afleggen aan het zorgkantoor. Budgethouders kunnen hun budget besteden aan de volgende zorgvormen: verpleging, verzorging, begeleiding, vervoer, logeeropvang en huishoudelijke hulp. Een budgethouder die Wlz-behandeling nodig heeft kan deze zorg in natura ontvangen van een gecontracteerde zorgaanbieder. Het verstrekken van maaltijden en de huur of hypotheek van de woning hoort hier niet bij.

Verblijf [1]

Bij de leveringsvorm verblijf gaat het om wonen in een instelling die geschikt is om de zorg te bieden waarop de verzekerde is aangewezen, dit kan gaan om wonen in een instelling al dan niet met een eigen kamer, groepswonen in de wijk of op het instellingsterrein, een relatief zelfstandige woonvorm in de wijk of een appartement op een instellings-terrein. De cliënt voorziet dus niet zelf in zijn woonruimte. Bij verblijf in een instelling hoort het verstrekken van eten en drinken, het schoonhouden van de woonruimte, roerende voorzieningen en de overige voorzieningen. De leveringsvorm verblijf gaat gepaard met de volgende vormen van zorg: begeleiding, persoonlijke verzorging, verpleging, behandeling, individuele mobiliteitshulpmiddelen en vervoer. Als er sprake is van verblijf en behandeling door dezelfde instelling, dan komen daar aanvullende zorgvormen bij.

Bijlage 3. Lijst met namen van woonvormen**Ouderenzorg**

- Dagelijks Leven
- Herbergier
- Zonnetij
- Het andere wonen
- Ruynsdonck – blerick
- Het Ouden Huis Bodegraven
- Liv Inn, Hilversum
- Zorgerf Buiten in Putten
- MOB (wordt MIJ), Rotterdam
- Zorgvilla Tante Toos
- De Johannes Brabant Wonen
- **Thuishuis – Woerden**
- De kattenberg in Aalten
- Pim Senior
- De Borgstee
- Zorgboerderij Amanshoeve
- Zorgboerderij leefgoed de Wildbaan
- Het Gouden Hart
- Rosorum
- Stepping Stones
- Zorgboerderij Villa de bouwkamp
- Hestia zorg Hengelo
- Fidesta

- Zorgkwartier Venray
- Hildebrand Haarlem
- De Lindelaer
- Moria Zorghoeve
- Osdorperhof, Lang Leven Thuisflats
- Zuiderschans
- Nieuw Kerkelanden
- De stadsveteraan 0.20
- De Groene Wei
- Villa Hendrik

Gehandicaptenzorg

- Thomashuizen
- Stichting Pim
- MindSet wonen Nijmegen
- De Blomhoeve
- De Kip
- De Elsenburg
- Hof van Stroes
- Zuniek
- De Winckelsteeg

Geestelijke gezondheidszorg

- Skaeve Huse
- **Friends-woning Leiderdorp**
- Ouderinitiatief Symfonie
- **Papageno Huis**
- Stichting de grasboom
- **Woonzorgnet Beschermd wonen Cuijk**
- Woondroom Schipluiden
- Woondroom Maassluis
- **Lister**
- Styx Beschermd Wonen
- Umah hai
- Stichting de Beuk

Ouderen & Gehandicaptenzorg

- Aaron Nijmegen

Geestelijke gezondheidszorg & Gehandicaptenzorg

- Zorgboerderij de Amethyst
- Vaart in Zorg
- Farm residence

Bijlage 4. Informatie over woonvormen

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de scores op de kenmerken waarmee we de variatie van de 58 woonvormen nader in beeld hebben gebracht. In deze tabel hebben we per kenmerk aangegeven welke informatie wij hebben gebruikt over de verschillende woonvormen. Hierbij hebben wij alleen gebruik gemaakt van informatie op de websites van de woonvormen zelf als van andere relevante websites. Hoewel we ernaar hebben gestreefd om een zo volledig mogelijk overzicht te bieden, is het belangrijk om te vermelden dat de gegevens mogelijk niet compleet zijn. Dit komt doordat bepaalde informatie verspreid en soms moeilijk vindbaar is in de publiek beschikbare bronnen. In tabel 2 in paragraaf 2.2 staat de betekenis van de getallen die in onderstaande tabel zijn opgenomen.

Tabel 15. Kenmerken woonvormen. De betekenis van de nummers in de cellen staan in tabel 2 van paragraaf 2.2.

Kenmerk: Woonvorm:	Doel- groep	Leverings- vorm	Wlz indicatie	Initia- tief	Clus- tering	Zorg- afname	Opscha- ling	Zelfstan- digheid	Gem. ruimte	Woon- lasten	Keuze- vrijheid	Beschik- baarheid	Andere zorg	Toe- zicht	Nacht- zorg
Dagelijks Leven	1	2	1	1	2	1		2	1	1	1	3	4	1, 3	1
Herbergier	1	4	1	2	2	1		2	1	2	1	3		1	1
Thomashuizen	3	4	1	2	1	1		2	1	2	1	3		1	1
Skaeve Huse	2		2		1	2		1		4	2	3			
Friends-woning Leiderdorp	2				1					1					
Ouderinitiatief Symfonie	2	4	2	1, 3	1	1				1	1				
Papageno Huis	3		1	1	1	1		1			1		4		
Zonnetij	1	2	2	1, 4	2	2		1	1	4	1		4		
Het andere wonen	1					1		1		5	1	3		1	1
Ruynsdonck - blerick	1		2	1, 4	2	2		1		4	2				
Het Ouden Huis - Bodegraven	1	4	2	1, 2	2	1	1	1	1	4	1	3		1	1
Liv inn, Hilversum	1	2, 3	2	4		2		1	1	4		3			

Kenmerk: Woonvorm:	Doel- groep	Leverings- vorm	Wlz indicatie	Initia- tief	Clus- tering	Zorg- afname	Opscha- ling	Zelfstan- digheid	Gem. ruimte	Woon- lasten	Keuze- vrijheid	Beschik- baarheid	Andere zorg	Toe- zicht	Nacht- zorg
Zorgerf Buiten in Putten	1		1	2	2	1		2	1	2	1				
MOB (wordt MIJ), Rotterdam	1	2, 3, 4	1	1	2	1		1	1	1	1	3		1, 3, 4, 5	1
Zorgvilla Tante Toos	1	4	1	1	2	1		2			1	3			
De Johannes, Brabant Wonen en Brabant Zorg, Veghel	1		2		2	2		1	1	4	1	1			
Thuishuis - Woerden	1		2	2	1	2		1	1	4	3				
Aaron Nijmegen	1, 3		1		2	1		1	1	4	1, 4	3		1	1
De kattenberg in Aalten	1		2	1	2	1		1			1	3			
Pim Senior	1	2	1	3	2	1		2	1	3	1	3			1
Stichting Pim	3	2	1	3	2	1		1	1	3	1		4		
De Borgstee	1		2	3	2	2		1	1		1	3			
Stichting de grasboom	2	4	2	3	2	1		1	1	3					
Zorgboederij (Amanshoeve)	1	2	1	2		1		2	1		1	3		1	1
Zorgboederij (leefgoed de Wildbaan)	1	2	1	2	2	1		2	1	2	1	3		1, 3	1
Zorgboederij de amethyst	2	4	2	2	1	1				2	1	3			
Zorgboederij (villa de bouwkamp)	1 en 3	2	1	2	1	1		2	1	2	1	3		1, 3	

Kenmerk: Woonvorm:	Doel- groep	Leverings- vorm	Wlz indicatie	Initia- tief	Clus- tering	Zorg- afname	Opscha- ling	Zelfstan- digheid	Gem. ruimte	Woon- lasten	Keuze- vrijheid	Beschik- baarheid	Andere zorg	Toe- zicht	Nacht- zorg
Het Gouden Hart (Korian groep)	1	2	2	1	2	2		1	1	1	1	3		1	
Rosorum (Korian groep)	1	2	2	1	2	2		1	1	1	1	3			
Stepping Stones (Korian groep)	1	2	1	1	2	1		1	1	1	1		4	1	
Hestia zorg (Korian groep)	1	2	1	1	2	1			1	1	1			1	
Fidesta	1	4	2	2	2	2		1	1	2	1	3		1	
Zorgkwartier (Powered bij proteion)	1	2	1		2	1		1		1	1				
Hildebrand Haarlem (Domus Valuas)	1	4	1	2	2	1		3	1	2	1	3		1	1
Woonzorgnet Beschermd wonen Cuijk	2	2	1	2	2	1		1	1		1		4		
Woondroom Schipluiden	2	4	2	3	2	1			1	4	1 en 4			1	
Woondroom Maassluis	2	4	1	3	1	1			1	2		3		1	
De Lindelaer	1	4	1			1		2	1		1	3			
Moria zorghoeve	1	2	1		1	1		2	1	1	1	3		1	1
Lang Leven Thuisflats, Osdorperhof Amsterdam	1		2			2		1							

Kenmerk: Woonvorm:	Doel- groep	Leverings- vorm	Wlz indicatie	Initia- tief	Clus- tering	Zorg- afname	Opscha- ling	Zelfstan- digheid	Gem. ruimte	Woon- lasten	Keuze- vrijheid	Beschik- baarheid	Andere zorg	Toe- zicht	Nacht- zorg
MindSet wonen Nijmegen	3	4	1	3	1	1		1	1		1	3		1	1
Zuiderschans	1	2, 3	2	1, 4	2	2		1	1	4	1				
Nieuw Kerkelanden	1	2			2			3	1				1		
De stadsveteraan 020	1		2		1	2		3	1	4			4		
Lister	2		2						1		1	1			
Styx Beschermd wonen	2		2			1		1	1		1	3		3	
De Blomhoeve	3		1	2		1		1	1	2	1				
De Kip	3		1	3	2	1		2			1		2		
Umah hai	2		2	3		1				3	1, 3			3	
De Elsenburg	3	4	2			1					1				
Zuniek	2, 3	4	1			1		1			1				
Vaart in zorg	2, 3	2, 3	1			1									
Stichting de Beuk	2	2, 3				1		1			1		4		
Farm residence	2, 3	4	2					3							
Hof van Stroes	3				1				1				4		
De Groene Wei	1	1, 2	2	1	2	1			1			3	1	3	
Villa Hendrik	1	2	1	1	1	1			1		1	3	2	1	1
De Winckelsteegh	3		1	1		1			1		1		1		

Bijlage 6. Context en achtergrond hulpmiddelenzorg

B6.1 Context hulpmiddelen en woningaanpassingen

In deze paragraaf beschrijven we de context van de hulpmiddelen en woningaanpassingen voor dit onderzoek.

Hulpmiddelen

Een cliënt die toegang heeft tot de Wlz, heeft vanuit deze wet in principe recht op een totaalpakket aan samenhangende verzekerde zorg, waar ook hulpmiddelen deel van uitmaken. Hulpmiddelen die als zelfstandige aanspraak in het verzekerde pakket van de Wlz zijn opgenomen zijn:

- hulpmiddelen die verband houden met de door zorginstelling gegeven zorg;
- roerende voorzieningen;
- het individueel gebruik van mobiliteitshulpmiddelen,

Dit onderzoek richt zich op de *mobiliteitshulpmiddelen* en *roerende* voorzieningen die momenteel vanuit de Wmo aan Wlz-cliënten met een vpt, mpt en pgb worden verstrekt. Aanvullend worden in dit onderzoek ook Zvw-hulpmiddelen meegenomen, zoals een hoog-laag bed en een anti-decubitusmatras, die bij verblijf in een Wlz-zorginstelling als roerende voorzieningen worden aangemerkt. Zvw-hulpmiddelen die vallen onder de aanspraak 'hulpmiddelen die verband houden met de door de zorginstelling gegeven zorg', vallen niet binnen de scope van dit onderzoek.

Roerende voorzieningen

Voor meerdere verzekerden te (her)gebruiken roerende voorzieningen die noodzakelijk zijn voor de zorgverlening of in verband met het opheffen of verminderen van belemmeringen die de verzekerde als gevolg van een aandoening, beperking stoornis of handicap ondervindt bij het gebruik van zijn woonruimte [26]. Bijvoorbeeld een verrijdbare tillift of een (niet individueel aangepast) hoog-laagbed⁸.

(Het individueel gebruik van) mobiliteitshulpmiddelen

Het gebruik van hulpmiddelen voor het zich (laten) verplaatsen in en rondom de instelling of woning ten behoeve van het behoud of het verbeteren van de zelfredzaamheid en in de lokale omgeving ten behoeve van het aangaan of onderhouden van sociale contacten⁹ [26]. Deze aanspraak is in de Regeling langdurige zorg limitatief beperkt tot de volgende mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten met de leveringsvorm verblijf: een rolstoel, een niet algemeen gebruikelijke fiets, een scooter, een niet algemeen gebruikelijke buggy en duwwandelwagen voor minderjarige verzekerden en een niet algemeen gebruikelijk autostoeltje voor minderjarige verzekerden.

In de werkagenda *Nationale strategie voor de implementatie van het VN-verdrag Handicap* is een aantal doelstellingen opgenomen die in overleg met stakeholders het komende half jaar wordt uitgewerkt tot een werkagenda tot 2030.

⁸ Art. 3.1.1 lid 1, sub a onder 3, Wlz

⁹ Art. 3.1.1 lid 1, sub e, Wlz, artikel 3.1.2, Blz

Een van de doelstellingen is dat cliënt(vertegenwoordigers) zelf hun hulpmiddelen kunnen regelen (doelstelling 27). Deze uitwerking is geen onderdeel van dit onderzoek.

In een motie van het lid Dobbe wordt beschreven dat zeven op de tien verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten minstens één keer per maand problemen ervaren met de levering van verzorgings-hulpmiddelen. Daarom verzoekt deze motie de regering om met een brede aanpak van deze problemen te komen, waarbij onder andere wordt gekeken naar:

- het opzetten van één aanvraagloket voor hulpmiddelen uit de verschillende zorgwetten en het verminderen van de bureaucratie;
- voorraden van essentiële spoedhulpmiddelen bij zorgorganisaties;
- één meldpunt voor problemen met hulpmiddelen, waarbij er ook serieus aan de slag wordt gegaan met de meldingen.

Deze motie gaat over verzorgingshulpmiddelen die vanuit de Zvw worden verstrekt en vallen daarmee buiten de scope van dit onderzoek.

Woningaanpassingen

Mensen die een aanpassing in hun woning nodig hebben, kunnen hiervoor een vergoeding krijgen via de Wmo. Onder woningaanpassingen verstaan we aard- en nagelvaste aanpassingen aan een woning waardoor een inwoner langer thuis kan blijven wonen. Voorbeelden van woningaanpassingen zijn: het weghalen van drempels, het plaatsen van bredere deuren, het plaatsen van lichtschakelaars op zithoogte, het plaatsen van een elektrische deuropener en het plaatsen van een lichtflitsbel. Net als bij de hulpmiddelen, moet de gemeente deze woningaanpassing financieren als een cliënt thuis woont met een Wlz-indicatie en deze verzilvert middels vpt, mpt of pgb.

B6.2 Bestuurlijke afspraken

Bij de invoering van de Wlz was het de bedoeling om de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen voor alle Wlz-cliënten in de Wlz te positioneren. Dit kon bij de invoering van de Wlz 2015 niet meteen worden gerealiseerd, omdat de zorgkantoren en de Wlz-zorgaanbieders hiervoor nog niet klaar waren. Daarom is toen besloten om de geldende uitvoeringspraktijk, met een rol voor gemeenten en zorgverzekeraars, voorlopig voort te zetten.

In 2016 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen om te onderzoeken of de beoogde overheveling van taken naar de zorgkantoren vanuit het perspectief van de cliënt wenselijk is [26]. Uit het onderzoek bleek dat de geplande overheveling van hulpmiddelen en woningaanpassingen naar het zorgkantoor voor cliënten die thuis wonen geen meerwaarde heeft [28]. Er werd gewezen op de volgende nadelen:

- Het is niet klantvriendelijk om de verantwoordelijkheid voor hulpmiddelen en woningaanpassingen die reeds door gemeenten zijn verstrekt, over te dragen aan de zorgkantoren. Dit is te ondervangen door de gemeente hiervoor verantwoordelijk te laten blijven. Het zorgkantoor wordt dan verantwoordelijk voor de nieuwe aanvragen. Ook deze constructie heeft nadelen. Het zou leiden tot een jarenlange overgangssituatie waarbij cliënten met beide verstrekkers en vaak ook met meerdere leveranciers, te maken hebben.
- Cliënten met een Wlz-indicatie hebben vaak al een hulpmiddel of een woningaanpassing van hun gemeente gekregen voordat hun zorgvraag zo zwaar wordt dat zij een beroep moeten doen op de Wlz. De overheveling zou voor hen betekenen dat zij bij een nieuwe aanvraag bij het zorgkantoor opnieuw hun verhaal moeten vertellen, te maken kunnen krijgen met verandering (vanwege een ander beoordelingskader) en de bestaande relatie met de gemeente wordt beëindigd. Voor bepaalde cliëntgroepen, zoals mensen met een

progressieve aandoening, kan dit tevens betekenen dat zij hun huidige casemanager kwijtraken.

- Gemeenten hebben vanuit hun verantwoordelijkheid expertise voor het beoordelen en uitvoeren van woningaanpassingen en mogelijkheden om in te zetten op een verhuizing naar een aangepaste woning. Zorgkantoren moeten deze expertise nog opbouwen en beschikken niet over de mogelijkheden om in te zetten op alternatieve huisvesting. Hiervan kunnen cliënten last hebben.
- Een Wlz-indicatie brengt voor de cliënt al de nodige veranderingen met zich mee. In het belang van de cliënt dienen deze zoveel mogelijk te worden beperkt.

Op basis van dit onderzoek hebben de VNG, ZN en VWS voor cliënten die Wlz-zorg op basis van een vpt, mpt en/of pgb ontvangen het volgende bestuurlijk afgesproken [29]:

- de (mobiliteits)hulpmiddelen en woningaanpassingen voor Wlz-cliënten die thuis wonen blijven bij de Wmo;
- de (mobiliteits)hulpmiddelen en woningaanpassingen voor Wlz-cliënten met een vpt of pgb in een woonvorm blijven voorlopig bij de Wmo.

In 2017 heeft Zorginstituut Nederland in zijn advies over de positionering van behandeling en aanvullende zorgvormen (waaronder hulpmiddelen) in de Wlz geconstateerd dat de hulpmiddelenregeling in de Wlz te complex is [26]. Het Zorginstituut adviseerde een vereenvoudiging waarbij voor Wlz-gerechtigden met verblijf of situaties die op verblijf lijken (zoals geclusterd vpt) alle hulpmiddelen vanuit de Wlz worden verstrekt [30]. Het ministerie van VWS heeft besloten om dit advies van het Zorginstituut niet te volgen, maar is wel andere trajecten gestart om de hulpmiddelenregeling in de Wlz te vereenvoudigen [26].

Het vraagstuk van de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen kan niet los worden gezien van de toekomstige positionering van de ouderenzorg. Vandaar dat in maart 2019 tussen de VNG, ZN en VWS bestuurlijk is afgesproken om de koppeling te leggen met de uitkomsten van de commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen. Afgesproken is toen om gezamenlijk op basis van dit advies te verkennen hoe en per wanneer de verantwoordelijkheid voor hulpmiddelen en woningaanpassingen voor de geclusterde woonsituaties is over te hevelen van de Wmo 2015 naar de Wlz. Deze commissie adviseerde echter om de Wlz-zorg op basis van een vpt, mpt en pgb over te hevelen naar de Wmo en de Zvw. In de beleidsreactie op dit rapport heeft het kabinet aangegeven dit te overwegen. Gelet hierop is toen geen vervolg gegeven aan de bestuurlijke afspraak uit maart 2019.

Tot 1 januari 2020 kwam alleen het individueel gebruik van een rolstoel voor cliënten met verblijf en behandeling ten laste van de Wlz. Andere mobiliteitshulpmiddelen, of mobiliteitshulpmiddelen voor cliënten met verblijf (zonder behandeling) kwamen niet ten laste van de Wlz en werden meestal door de gemeenten verstrekt vanuit de Wmo 2015. Met ingang van 1 januari 2020 hebben alle Wlz-cliënten met verblijf (met of zonder behandeling) aanspraak op het individueel gebruik van de mobiliteits-hulpmiddelen ten laste van de Wlz. Voor mobiliteitshulpmiddelen die voor 1 januari 2020 door de gemeenten aan Wlz-gerechtigde cliënten werden verstrekt is een overgangsregeling afgesproken, waarbij de gemeenten hiervoor verantwoordelijk blijven totdat het mobiliteitshulpmiddel moet worden vervangen [26].

B6.3 Gerechtelijke uitspraken

Recente uitspraken van de Rechtbanken Oost-Brabant [18] en Gelderland [19] hebben geleid tot onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het verstrekken van hulpmiddelen aan Wlz-geïndiceerden die wonen in een geclusterde woonvoorziening. Er werd geoordeeld dat specifieke vormen van wonen in een geclusterde woonvorm met een vpt niet valt onder de definitie van thuis wonen in artikel 8.6a van de Wmo. Het ging hierbij om de situatie waarbij de cliënt verblijft in een onzelfstandige woonruimte waar zorg en wonen onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. In de Wlz bestaat op dit moment geen aanspraak om hulpmiddelen te verstrekken in geclusterde woonvormen met een vpt. Het verstrekken van deze hulpmiddelen is daarmee ook geen onderdeel van de Wlz-financiering, maar wel onderdeel van de financiering van gemeenten.

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) adviseert gemeenten daarom om zich voorlopig te houden aan deze bestuurlijke afspraak, in

ieder geval totdat de CRvB uitspraak heeft gedaan [31]. De VNG heeft voor de tussenliggende tijd met het ministerie van VWS afgesproken dat onderzoek wordt gedaan naar de verschillende geclusterde woonvormen waarin het vpt/pgb nu worden ingezet en de gevolgen van de eerder gemaakte bestuurlijke afspraak. Mede in deze context moet dit onderzoek worden geplaatst.

Bij het vraagstuk van de positionering van de hulpmiddelenzorg en woningaanpassingen geldt nog steeds dat het niet los worden gezien van de toekomstige positionering van de ouderenzorg. In dit onderzoek wordt er vooralsnog van uitgegaan dat in de ouderenzorg de leveringsvormen vpt, mpt en pgb onderdeel blijven van de Wlz. Dit verkennend onderzoek brengt de gevolgen van het uitvoeren van de bestuurlijke afspraken uit 2016 in beeld. Daarmee kan een beeld worden gevormd van de wenselijkheid van deze bestuurlijke afspraken in de context van de eventuele nieuwe kabinetsplannen.