Reablement

Hoe kunnen de koplopers op korte termijn bekostigd worden?

Versie: 7 april 2026

Inhoudsopgave

Samenvatting		**3**
1	**Aanleiding onderzoek**	**6**
2	**De koplopers en hun interventies**	**8**
3	**Huidige bekostiging en financiering**	**11**
4	**Knelpunten in de bekostiging**	**12**
5	**Mogelijkheden in bekostiging en financiering voor de korte termijn**	**13**
5.1	Ruimte in de bekostiging	13
5.2	Mogelijkheden voor aanvullende financiering	14
6	**Conclusie en vervolg**	**16**
Bijlagen		**18**
Bijlage 1. Toelichting op bekostigingsopties		18
Bijlage 2. Kenmerken van de geschetste opties		21

Samenvatting

In dit rapport gaan we in op de mogelijkheden die wij zien voor bekostiging en financiering van reablement op de korte termijn. In eerste instantie voor de vier zorgaanbieders die als koploper met reablement experimenteren en daarvoor een subsidie ontvangen via ZonMw. Die subsidie vervalt binnenkort, terwijl er voor de implementatie van reablement meer tijd nodig is. Maar ook andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren die met reablement aan de slag willen, kunnen uit dit rapport halen welke manieren van bekostiging en financiering mogelijk zijn.

HLO: reablement basis voor passende zorg

In het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) is reablement een belangrijk speerpunt. Het is de werkwijze voor passende ondersteuning van zorg, waarmee de zelfredzaamheid en eigen regie van cliënten wordt versterkt. Voor de landelijke uitrol is een meerjarige koers uitgestippeld. Er komt een onderzoek naar de maatschappelijke kosten en baten (MKBA) van reablement, er wordt een kwaliteitsdocument opgesteld en bij positieve uitkomsten volgt een plan van aanpak voor de verdere uitrol.

Reablement in het kort

Reablement is een andere manier van werken in de zorg. Reablement richt zich op het weer zelf aanleren van vaardigheden en activiteiten waardoor cliënten zelfredzaamheid herwinnen zodat cliënten met minder zorg en ondersteuning verder kunnen. De focus verschuift van ‘zorgen voor’ naar ‘zorgen dat’. Bij ‘zorgen voor’ neemt de professional taken over van de cliënt. Bij ‘zorgen dat’ ondersteunt, faciliteert en activeert de professional, zodat de cliënt zoveel mogelijk eigen regie en zelfredzaamheid behoudt. Reablement richt zich altijd zowel op de persoon in kwestie als het sociaal netwerk om de persoon heen. Iedere professional, ongeacht setting of financiering, levert hierbij een bijdrage aan herstel, zelfstandigheid en kwaliteit van leven. En dat is belangrijk, want de oudere van vandaag is niet meer dezelfde als die van vroeger (Reable Nederland, 2025). Door meer aandacht voor gezondheid en betere mogelijkheden om ziekten vroegtijdig op te sporen en te behandelen, verloopt hun levensloop op het gebied van gezondheid en ziekte anders dan voorheen. Daarbij hebben mensen nu andere behoeften bij het ouder worden. Mensen willen de regie voeren over hun eigen leven en hechten waarde aan de kwaliteit van bestaan (Raad Volksgezondheid en Samenleving, 2025). Dit vraagt om een andere benadering van zorg en ondersteuning.

HLO-opdracht aan de NZa

Vier zorgaanbieders (Meander-Groep, Mijzo, Cicero en Samen) experimenteren sinds september 2023 met reablement-interventies. Zij bieden cliënten thuis gedurende een afgebakende periode intensieve, interdisciplinaire begeleiding via een programmatische reablement-aanpak. De subsidie die zij hiervoor ontvangen eindigt binnenkort, terwijl het reablement-principe nog niet volledig is geïmplementeerd. Daarom is de NZa gevraagd, samen met ActiZ en ZN, te onderzoeken hoe deze zorgaanbieders die in het HLO zijn aangeduid als koplopers op korte termijn gefinancierd kunnen blijven worden totdat structurele keuzes zijn gemaakt op basis van effectmeting/MKBA. Hierbij is gevraagd eerst te kijken naar wat er binnen de huidige financieringsmogelijkheden al mogelijk is.

Mogelijkheden voor bekostiging en financiering voor de korte termijn

We hebben onderzocht welke ruimte er is in de bekostiging en financiering van reablement voor de korte termijn in lijn met de opdracht vanuit het HLO. Zowel binnen de ruimte die de bestaande bekostiging biedt als daarbuiten. Daarbij geldt dat de geschetste mogelijkheden in de bekostiging en financiering naast elkaar kunnen bestaan en daarmee complementair zijn aan elkaar.

Ruimte in de bekostiging en contractering benutten

We zien ruimte binnen de (huidige) Zvw- en Wlz-bekostiging, maar deze ruimte wordt nu niet volledig benut door zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren. Met de geschetste opties willen we zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren stimuleren om nu al bestaande middelen en ruimte beter te gaan inzetten en daarin meer regie en initiatief te tonen. Welke optie het meest passend is, is mede afhankelijk van de doelgroep van de zorgaanbieder (Zvw en/of Wlz), de afspraken die de zorgaanbieder nu maakt met de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor en eventueel van de lokale context. Het is wenselijk dat in de gesprekken tussen zorgverzekeraar/zorgkantoor en zorgaanbieder ook de impact op de bedrijfsvoering van de andere manier van werken en organiseren wordt meegenomen.

Aanvullende financiering: voortzetten subsidie vanuit ZonMw

Oude overtuigingen en manieren van werken moeten worden losgelaten. Dit vraagt om een andere houding van de zorgprofessional. Daar is meer tijd voor nodig. Daarom concluderen we dat een aanvullende financiering voor onderzoek en projectgelden wenselijk is. Continuering van een subsidieprogramma vanuit ZonMw zien we hiervoor als meest kansrijke manier om de vier koplopers tijdelijk te ondersteunen. Een subsidieprogramma van ZonMw sluit aan bij het leer- en experimenteerproces en biedt ruimte voor variatie in reablement-interventies en onderzoek. Passend evaluatieonderzoek is nodig om een stap verder te komen.

Vervolgstappen voor structurele oplossingen

De huidige bekostigings- en financieringsmogelijkheden bieden op korte termijn ruimte, ook voor andere zorgaanbieders die met reablement werken. We vinden het belangrijk dat deze manier van organiseren toegankelijk is voor iedereen die daar baat bij heeft. Samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende sectoren en domeinen is daarbij essentieel, zodat cliënten de zorg en ondersteuning als passend, samenhangend en dichtbij huis ervaren. Tegelijkertijd lossen deze mogelijkheden de bestaande knelpunten, zoals in de vergoeding van paramedische zorg niet op.

Het rapport ‘Reablement in de Zvw en Wlz, Verduidelijking van de wet- en regelgeving’ van het Zorginstituut laat zien dat reablement binnen de huidige kaders van de Zvw en Wlz kan worden aangeboden. Ook blijkt dat beperkingen in vergoeding van paramedische zorg en het verplichte eigen risico de toegankelijkheid voor kwetsbare ouderen onder druk zetten. Nu reablement een grotere rol speelt in het beleid, kan de politiek volgens het Zorginstituut overwegen deze beperkingen te herzien, bijvoorbeeld door extra fysiotherapie te vergoeden of het eigen risico aan te passen. Wij onderschrijven deze conclusies.

Het Ministerie van VWS verkent momenteel hoe zorgwetten beter op elkaar kunnen worden afgestemd en bereidt een staatscommissie voor gericht op een toekomstbestendige inrichting van het zorgstelsel, met expliciete aandacht voor de ondersteuning en zorg voor ouderen. Daarnaast is het van belang dat bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm Wlz-thuis rekening wordt gehouden met nieuwe zorgconcepten, waaronder reablement.

Aanvullend hierop wordt binnen de versterking van de eerstelijnszorg gewerkt aan een uniforme visie op het multidisciplinair overleg (MDO). Ook wordt onderzocht welke bekostigingsprikkels samenwerking op wijk- en patiëntniveau kunnen stimuleren. Vanuit de NZa wordt binnen de landelijke aanpak gewerkt aan het oplossen van knelpunten in de bekostiging van samenwerking, afstemming en coördinatie.

Tot slot

Reablement is een gezamenlijke beweging, waarbij iedere partij een eigen rol en verantwoordelijkheid heeft. Op verschillende plekken in het land zien we dat hierover al het goede gesprek wordt gevoerd. Met de mogelijkheden binnen bekostiging en financiering willen we deze ontwikkeling verder stimuleren. We roepen betrokken partijen op om vanuit hun rol actief bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en toepassing van het reablementgedachtegoed. Waar nodig ondersteunen wij partijen hierbij en denken we mee over passende (structurele) oplossingen.

1 Aanleiding onderzoek

Sinds september 2023 werken vier zorgaanbieders (Meander-Groep, Mijzo, Cicero en Samen) aan reablement-interventies via een ZonMw-subsidie. Deze subsidie wordt naar verwachting in het tweede kwartaal van 2026 afgerond, terwijl hulpverlening via het reablement-principe nog niet volledig is geïmplementeerd. Het is een andere manier van werken in de zorg. Hiermee zullen oude overtuigingen en manieren van werken losgelaten moeten worden. Daar is meer tijd voor nodig. Vanuit het Hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO) hebben de NZa, ActiZ en ZN de opdracht gekregen te onderzoeken hoe deze vier koplopers op korte termijn gefinancierd kunnen blijven worden totdat structurele keuzes zijn gemaakt op basis van de maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA).

Aanpak

Het doel van dit rapport is om inzicht te geven in de mogelijkheden voor bekostiging en financiering van de vier koplopers voor de korte termijn, op basis van:

- een inventarisatie van ervaren knelpunten in de huidige bekostiging (probleemanalyse). Hiervoor zijn de volgende bronnen gebruikt:
  - Reablement: een goede dag op eigen kracht - Andersson Elffers Felix;
  - Dossier Reablement | Zelfstandigheid hervinden - TvZ;
  - Beleidsbrief reablement: Ouderen aan het roer | ZonMw.
- een analyse van bekostigings- en financieringsopties;
- een consultatie van betrokken partijen. De volgende partijen zijn geconsulteerd:
  - ActiZ, vier koplopers (Mijzo, Cicero, Meander en Samen), Reable Nederland, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Overheidspartijen (VWS, Zorginstituut Nederland en ZonMw), overige clusterdeelnemers reablement (ZorgthuisNL, VGN, Seniorencoalitie en Sociaal werk Nederland).

In de verschillende stappen hebben we onze inzichten voortdurend getoetst bij de verschillende partijen die betrokken zijn bij het reablement-vraagstuk.

In dit rapport spreken we voornamelijk over ‘ouderen’. Tegelijkertijd kan reablement ingezet worden voor alle inwoners/personen met een zorg- en ondersteuningsbehoefte. Hieronder vallen ook mensen met complexe (somatische) problemen. Echter, voor de leesbaarheid kiezen we in dit document voor de termen ‘ouderen’ en/of ‘cliënten’.

Scope van de opdracht / Aandachtspunten bij de uitwerking

Op basis van de opdracht in het HLO en de gesprekken die we gevoerd hebben, hebben we onderstaande uitgangspunten opgehaald bij de uitwerking van de opdracht.

1 **Interventie vs. gedachtegoed.** De opdracht ziet nadrukkelijk op de bekostiging van reablement-interventies bij de vier koplopers, maar reablement is meer dan de interventies.
   - Een reablement-interventie verwijst naar een concrete, tijdelijke, interdisciplinaire aanpak waarbij een cliënt intensief wordt begeleid om (opnieuw) vaardigheden aan te leren die nodig zijn voor het zelfstandig uitvoeren van dagelijkse activiteiten.
   - Het reablement-gedachtegoed daarentegen is breder en overstijgt de interventie zelf: het is een visie op zorg waarbij eigen regie en het stimuleren van zelfredzaamheid centraal staan in álle aspecten van het zorgproces. Dit betekent dat zorgverleners minder ‘zorgen voor’ en taken overnemen van cliënten, maar meer ‘zorgen dat’ zij zelf weer in staat zijn om te doen wat zij belangrijk vinden.

- Reablement-interventies kunnen een katalysator zijn voor het gedachtegoed (Reablement: een goede dag op eigen kracht - Andersson Elffers Felix) en omgekeerd.

2 **Koplopers vs. overige zorgaanbieders.** De opdracht ziet specifiek op de bekostiging van de vier koplopers: Meander-Groep, Mijzo, Cicero zorggroep en Samen. Tegelijkertijd zijn er ook andere zorgaanbieders in het land bezig met reablement, zoals 12 zorgaanbieders (naast Mijzo) in West- en Midden-Brabant en leden van de vereniging Reable Nederland (26 zorgaanbieders, waaronder Mijzo en waarbij ook gedeeltelijk overlap is met de aanbieders uit West- en Midden-Brabant). Ook loopt er een ZonMw-programma voor gesubsidieerde preventieve aanpakken middels reablement. Hier zijn ook meerdere zorgaanbieders bij aangesloten. Voor de lange termijn vinden wij het belangrijk dat de andere manier van organiseren van zorg en ondersteuning voor iedereen die daar baat bij heeft toegankelijk is.

3 **Korte termijn.** Deze opdracht kijkt specifiek naar een oplossing op de korte termijn voor de bekostiging van de interventies van de koplopers ter overbrugging tot eventuele inbedding van deze interventies. Momenteel wordt een MKBA verkend onder leiding van het ministerie van VWS. Indien er een positieve uitkomst is vanuit de MKBA, krijgt de NZa de opdracht om een advies uit te brengen over de eventuele borging van deze programmatische aanpak in het zorgstelsel. Wij denken graag mee met lange termijn oplossingen om de regie en zelfredzaamheid van cliënten te behouden of te versterken, maar dit valt voor nu buiten de scope van de opdracht.

4 **Focus op knelpunten in bekostiging van de Zvw en Wlz.** De NZa gaat over de bekostiging binnen de Zvw en Wlz. Tegelijkertijd vraagt reablement ook samenwerking met onder andere het sociaal domein. Omdat de Wmo buiten onze expertise en bevoegdheden valt, laten we de Wmo voor deze opdracht buiten beschouwing. Samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende sectoren en domeinen is wel een belangrijk aandachtspunt bij de verdere vormgeving van nieuwe zorg- en ondersteuningsconcepten. Deze samenwerking is nodig om ervoor te zorgen dat de cliënten zorg en ondersteuning als passend, in samenhang en dichtbij huis ervaren.

5 **Knelpunten in vergoeding van de paramedische zorg in de Zvw worden buiten beschouwing gelaten.** Wij bepalen niet wat vergoed wordt onder de (basis)verzekering in de Zvw en de Wlz. Tegelijkertijd geldt dat (met name) in de Zvw wel knelpunten worden ervaren in de vergoeding van de paramedische zorg. Zo valt de fysio- en oefentherapie veelal buiten de basisverzekering en geldt een maximaal aantal uren voor de ergotherapie en diëtetiek. Dit heeft als gevolg dat mensen zelf (een deel) van de zorg moeten betalen. Het Zorginstituut gaat hier in haar rapport ‘Reablement in de Zvw en Wlz, Verduidelijking van de wet- en regelgeving’ verder op in.

6 **Financiering versus bekostiging.** De termen financiering en bekostiging lopen door elkaar heen in het HLO. De NZa gaat niet over de financiering van de zorg, maar over de bekostiging. In onze uitwerking gebruiken we hierbij onderstaand onderscheid:
   - Financiering gaat over de herkomst van het geld: waar komt het budget vandaan en wie betaalt? Bijvoorbeeld: gemeente (Wmo), zorgverzekeraar (Zvw), zorgkantoor (Wlz) of subsidies. De ZonMw subsidie is dus een vorm van financiering.
   - Bekostiging gaat over de manier waarop de declaratie van de zorg door zorgaanbieders is ingericht. Bijvoorbeeld: per uur zorg, per verrichting of per traject. Hiervoor stellen wij vanuit de NZa regelgeving op.

2 De koplopers en hun interventies

Reablement-interventies bieden cliënten thuis gedurende een afgebakende periode intensieve, interdisciplinaire begeleiding gericht op behoud en herstel van functioneren en zelfredzaamheid. Deze interventies betreffen een programmatische aanpak om het gedachtegoed van reablement in de praktijk toe te passen. De Academische werkplaats ouderenzorg in Limburg heeft een definitie opgesteld van reablement waarin deze programmatische aanpak wordt toegelicht (Reablement Nederlandse definitie). Zo staat er onder andere:

'Voor wie is reablement bedoeld?

Reablement is een aanpak die geschikt is voor iedereen met een zorg-, ondersteunings- en/of welzijnsvraag, ongeacht leeftijd, cultuur, diagnose of het niveau van lichamelijk, cognitief en dagelijks functioneren. Deze aanpak kan zowel thuis als in zorgorganisaties (ziekenhuis, verpleeghuis of revalidatiecentrum) worden toegepast en is toegankelijk voor personen die alleen wonen of samen met anderen. Reablement richt zich altijd zowel op de persoon in kwestie als het sociaal netwerk om de persoon heen.' (…)

'Hoe werkt reablement?

Reablement begint met een uitgebreide vraagverheldering waarin met een brede blik de behoeften, wensen en mogelijkheden van de persoon en het sociaal netwerk in kaart worden gebracht. Vervolgens stelt de persoon (en/of de mantelzorger) doelen op aansluitend bij de individuele situatie. Het kernteam ontwikkelt samen met de persoon een plan om deze doelen te bereiken, waarbij de persoon en eventueel diens mantelzorger(s) de regie behouden. Het plan bevat doelen, interventies en verantwoordelijkheden. Regelmatige evaluatie en bijstelling van het plan zorgt ervoor dat het best mogelijke resultaat wordt bereikt. De mate van zorg en ondersteuning neemt gedurende het reablementtraject af totdat de doelen bereikt zijn. Reablement is tijdelijk van aard, indien nodig kan na afloop doorverwijzing naar (langdurige) zorg en ondersteuning plaatsvinden.'*

Reablement versus reguliere zorg

Hoewel de werkwijze van reablement overeenkomsten vertoont met het verpleegkundig en paramedisch proces, worden de stappen binnen reablement anders ingevuld, met een nadrukkelijke focus op het stellen van doelen van de cliënt en interdisciplinaire samenwerking. Het verschil volgens de koplopers tussen hun reablement-interventies en de reguliere zorglevering is:

- focus op het herwinnen van verloren zelfredzaamheid in plaats van structurele(re) vormen van reguliere zorg inzetten;
- intensievere samenwerking tussen professionals;
- eerder inzetten van paramedische expertise;
- normaliseren en socialiseren in plaats van medicalisering;
- inzet van medewerkers op verschillende niveaus (interdisciplinaire skill mix), passend bij het doel van de cliënt.

Kenmerken van de vier koplopers

Er zijn veel overeenkomsten tussen de interventies, maar ook verschillen. Een grote overeenkomst is dat er bij de vier koplopers wordt gewerkt vanuit het I-MANAGE model. Dit model biedt richtlijnen en een structuur voor de implementatie van reablement eerstelijnsprogramma's, maar houdt rekening met individuele contextfactoren van een organisatie of regio en de behoeften van cliënten en naasten (Succesfactoren en uitdagingen bij de implementatie van reablement - Geron). Tegelijkertijd verschillen de vier koplopers in doelgroep, duur van de interventie, betrokken professionals en samenwerking met gemeenten of welzijn. In tabel 1 geven we de belangrijkste kenmerken van de vier koplopers weer.

Naast deze vier koplopers, zijn er (zoals eerder benoemd) meer zorgaanbieders bezig met de implementatie van reablement in hun organisatie. Ook bij (een deel van) deze zorgaanbieders wordt gewerkt met een interventie. Ook hier kan het startpunt het I-MANAGE model zijn, wat zorgt voor eenzelfde startpunt als de vier interventies, maar dit hoeft niet. Daarnaast kunnen andere zorgaanbieders zich ook richten op andere doelgroepen of de inzet van andere professionals. Dit maakt dat de verscheidenheid en de diversiteit van interventies groter is dan hierboven weergegeven. In de tabel hieronder focussen we alleen op de vier koplopers zoals volgt uit de opdracht van het HLO.

Tabel 1. Overzicht van de belangrijkste kenmerken van de vier koplopers

Organisatie	Doelgroep	Duur interventie	Domeinen + betrokken professionals	Betrokken partijen
Meander-Groep	Thuiswonende cliënten die zich melden voor wijkverpleging, huishoudelijke hulp of inwoners met lichte cognitieve problemen die gebaat zijn bij structuur en dagactiviteit (welzijnsvragen).	6 (bij huishoudelijke hulp aanvragen) tot 12 weken.	Domeinen: Wmo, Zvw en Wlz Professionals: Wijkverpleegkundigen, ergotherapeuten, POH's, intakers hulp bij huishouden, buurtschakels (duo's van zorg en welzijn) en mantelzorgconsulent.	MeanderGroep Zuid-Limburg, de gemeente Kerkrade, Welzijnsgroep Parkstad Limburg, huisartsen en zorgverzekeraar CZ
Mijzo	Thuiswonende ouderen die zich melden met een hulpvraag (voor wijkverpleging)	Maximaal 12 weken	Domeinen: Zvw en Wlz Professionals: kernteam: wijkverpleging, ergotherapeut en fysiotherapeut. Overige professionals (HA/POH, psycholoog, diëtist maatschappelijk werker, casemanager enz.) betrokken wanneer van meerwaarde voor het werken aan de hulpvraag.	13 VVT-organisaties die het Langer Actief Thuis (LAT) programma aanbieden in West- en Midden-Brabant, betrokken eerstelijns behandelpraktijken, zorgkantoren CZ en VGZ
Cicero zorggroep	Thuiswonende kwetsbare ouderen	8 tot maximaal 10 weken	Domeinen: Wmo, Zvw en Wlz Professionals: ergotherapeut, fysiotherapeut, consulent informele zorg en wijkverpleegkundige. Waar nodig worden andere experts, zoals een casemanager dementie, specialist	Cicero Thuis, zorgverzekeraars CZ en VGZ, het zorgkantoor, Huisartsen Oostelijk Zuid-Limburg, Zuyderland Care, Steunpunt Mantelzorg Parkstad en de

Tabel 1. Overzicht van de belangrijkste kenmerken van de vier koplopers				
Organisatie	**Doelgroep**	**Duur interventie**	**Domeinen + betrokken professionals**	**Betrokken partijen**
			ouderengeneeskunde en logopedist, toegevoegd aan het team.	gemeenten Beekdaelen en Brunssum.
Samen	Thuiswonende mensen met een zelfredzaamheidsvraagstuk	12 weken (periode, varieert per deelnemer: kan ook korter of langer)	Domeinen: Wmo, Zvw en Wlz Professionals: Wijkverpleegkundigen, wijkteamconsulenten, ergotherapeuten, fysiotherapeuten en de hulp bij huishouden.	Zorgaanbieder Samen, Evean en T-Zorg met de gemeenten Schagen en Hollands Kroon, en Incluzio

3 Huidige bekostiging en financiering

De vier interventie-programma's worden nu gefinancierd via:

1 **Reguliere bekostiging**
Declaratie van de zorginzet vindt plaats via bestaande prestaties in de Zvw en Wlz, die per sector worden vastgesteld. Bijvoorbeeld Zvw-wijkverpleging, ergotherapie, fysiotherapie, geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (gzsp), modulair pakket thuis (mpt) of volledig pakket thuis (vpt). Daarnaast vindt financiering plaats vanuit gemeenten via de Wmo, bijvoorbeeld voor de inzet van huishoudelijke hulp.

2 **ZonMw-subsidie vanuit het programma reablement**
Het ZonMw-programma Reablement is bedoeld om kennis en ervaringen over reablement in Nederland te verzamelen, te ontwikkelen én te verspreiden. De subsidie is niet bedoeld voor zorglevering. Vanuit het ZonMw-programma Reablement zijn in het najaar van 2023 vier projecten gestart met als doel de doorontwikkeling van reablement-interventies. Deze worden uitgevoerd door de Meander-Groep, Mijzo, Cicero en Samen. In het najaar 2024 zijn daarnaast twaalf projecten gestart die zich richten op de ontwikkeling van preventieve aanpakken van reablement. De afronding van alle projecten is voorzien in het tweede kwartaal van 2026, waarbij de subsidie van de vier koplopers veelal afgerond is op 31 oktober 2025. In december 2023 is het project 'Lessons learned: Community of Practice and Evaluation of Reablement' gestart. Dit wordt uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. Hieraan nemen alle gehonoreerde – zowel de interventie als de preventieve aanpakken - projecten binnen het ZonMw-programma Reablement deel. Het doel van dit project is om actielerend bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en positionering van reablement in de Nederlandse context. De voorziene afronding van het programma is in het tweede kwartaal van 2026.

3 **Aanvullende afspraken**
Sommige aanbieders ontvangen transitiemiddelen of regionale financiering voor de inzet van reablement. Dit geldt niet voor alle regio's en is afhankelijk van de preferente zorgverzekeraar of het zorgkantoor.

4 Knelpunten in de bekostiging

Uit ons onderzoek volgen drie hoofdknelpunten die de koplopers ervaren in de bekostiging.

1 Zorgaanbieders ervaren schotten in de financiering

Meerdere financiers zorgen voor extra administratie doordat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten eigen protocollen, werkwijzen en manieren van verantwoording hebben. Daarbij geldt dat er sprake kan zijn van wrong-pocketproblemen: opbrengsten vallen soms bij andere domeinen dan waar de kosten worden gemaakt. Hierdoor hebben partijen zoals gemeenten en zorgverzekeraars weinig financiële prikkels om structureel te investeren in reablement.

2 Zorgaanbieders geven aan dat de huidige bekostiging onvoldoende ruimte biedt voor de samenwerking, coördinatie en doelgerichte inzet die reablement vraagt.

Reablement vraagt om samenwerking en afstemming. Tegelijkertijd geldt voor een deel van de zorg dat deze monodisciplinair bekostigd wordt met een aparte bekostiging per zorgvorm (bijvoorbeeld verpleging en verzorging, ergotherapie, fysiotherapie, etc.). Interdisciplinaire samenwerking, afstemming en coördinatie is veelal niet apart declarabel, maar deze indirecte tijd maakt onderdeel uit van de tarieven. We kennen twee varianten:

- Maximumtarieven: Indien er sprake is van maximumtarieven vanuit de NZa dan zit de indirecte tijd verdisconteerd in de tarieven voor de directe tijd. Aandachtspunt hierbij is dat gemiddelde interdisciplinaire afstemming en coördinatie is verdisconteerd in de tarieven. Vervolgens worden de tarieven verder onderhandeld tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en de zorgaanbieder. De bekostiging houdt geen rekening met specifieke doelgroepen, waarvoor meer dan gemiddeld coördinatie en afstemming nodig is.
- Vrije tarieven: Indien er sprake is van vrije tarieven (zoals bij de paramedische zorg in de Zvw) dan worden de tarieven vastgesteld in onderhandeling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De indirecte tijd besteed aan samenwerking en het MDO maakt onderdeel uit van de tarieven die worden afgesproken.

Mogelijkheden voor afspraken via bijvoorbeeld de Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen de Zvw-verzekerde zorg, worden niet benut. Zorgaanbieders ervaren de ruimte die nu geboden wordt in de tarieven als onvoldoende voor de inzet van reablement.

3 De huidige bekostiging is gericht op het leveren van zorg, niet op herstel of behoud van eigen regie.

In de (meeste sectoren in de) Zvw en in het Wlz-mpt worden inkomsten bepaald door geleverde uren. Reablement leidt tot minder inzet van uren zorg wat een lagere productie en daarmee lagere inkomsten betekent. Dit is een positieve ontwikkeling met het oog op de te verwachte tekorten op de arbeidsmarkt, maar kan nadelig zijn voor de bedrijfsvoering van zorgaanbieders, wanneer de kosten en formatie gelijk blijven en de vrijgevallen zorguren niet of niet direct op een andere manier inzetbaar en declarabel zijn. Zorgaanbieders geven aan tijd en (financiële) ruimte nodig te hebben om deze transitie vorm te geven. Integrale maandtarieven in de Zvw-wijkverpleging of integrale dagtarieven vanuit Wlz-vpt bieden meer flexibiliteit, maar worden niet overal afgesproken.

5 Mogelijkheden in bekostiging en financiering voor de korte termijn

In lijn met de opdracht zoeken we naar oplossingen in de bekostiging en financiering om de interventies van de vier koplopers in 2026 voort te kunnen zetten op korte termijn. In het HLO wordt uitgegaan van een bijdrage van €300.000 per koploperpilot per jaar. We hebben verschillende opties onderzocht, waarbij we onderscheid maken tussen ruimte binnen de bestaande bekostiging en mogelijkheden voor aanvullende financiering. Daarbij geldt dat de ruimte in de bekostiging en de mogelijkheden voor aanvullende financiering naast elkaar kunnen bestaan en daarmee complementair zijn aan elkaar.

5.1 Ruimte in de bekostiging

We zien in de (huidige) Zvw- en Wlz-bekostiging, naast het declareren van de reguliere zorg, ruimte voor de inzet van reablement via de volgende mogelijkheden (in bijlage 1 en 2 lichten we deze opties uitgebreider toe):

1 **Afspraken binnen bestaande bekostiging / maatwerk binnen contractering**
Binnen de bestaande bekostiging van zorgsectoren bestaan diverse manieren om zorgvernieuwing of een andere organisatie van zorg via vastgestelde NZa-prestaties te declareren bij de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Dit noemen we in dit rapport ‘Afspraken binnen bestaande bekostiging / maatwerk binnen contractering’. Prestaties met vrije tarieven, max-maxtarieven, ruime prestatiebeschrijvingen of bijvoorbeeld prestaties met maandtarieven in de wijkverpleging geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars of zorgkantoren de mogelijkheid om binnen de sector afspraken te maken over het anders organiseren van zorg.

2 **Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten**
Daarnaast biedt de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren de mogelijkheid om tijdelijk af te wijken van bestaande bekostigingsregels. Denk aan een bekostiging voor een bundel of per zorgtraject.

3 **Specifiek experiment voor reablement, anders dan via mogelijkheid 2**
Naast de Beleidsregel innovatie, is het ook mogelijk om een experiment op te zetten specifiek voor reablement op basis van artikel 58 van de Wmg. Hiervoor is een aanwijzing vanuit VWS nodig specifiek gericht op reablement gevolgd door nieuwe regelgeving vanuit de NZa. Dit biedt ruimte voor het breed (en grootschaliger dan mogelijkheid 2) experimenteren met reablement.

4 **Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg**
De Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg kan gebruikt worden om een extra bedrag af te spreken voor de patiëntgebonden afstemming in de Zvw. Dit biedt daarmee ruimte voor aanvullende afspraken specifiek voor het knelpunt rond de samenwerking zoals genoemd in hoofdstuk 4.

5 **Beleidsregel experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg**
Tot slot is het per 2027 mogelijk om via de Beleidsregel experiment versterking organisatie eerstelijnszorg binnen Zvw-verzekerde zorg afspraken te maken over samenwerking in de regio. Dit zijn bredere afspraken dan enkel reablement, maar biedt wel ruimte voor het maken van afspraken over het samenwerken tussen professionals. Echter, dit is niet specifiek ingericht voor patiëntgebonden handelen.

6 **Financiering preventieve maatregelen artikel 4.2.4 Wlz**
Zorgkantoren hebben op grond van artikel 4.2.4 lid 6 t/m 8 van de Wlz de mogelijkheid om samen met één of meer gemeenten of zorgverzekeraars te zorgen voor maatregelen gericht op voorkoming, vermindering of uitstel van de behoefte aan zorg in combinatie met verbetering van de kwaliteit van leven van verzekerden. Het gaat hier om preventieve maatregelen ten laste van het Fonds langdurige zorg.

Ruimte wordt niet volledig benut
We zien met bovenstaande mogelijkheden ruimte binnen de (huidige) Zvw- en Wlz-bekostiging, maar deze wordt nu niet volledig benut. Welke optie het meest passend is, hangt af van de doelgroep van de zorgaanbieder (Zvw en/of Wlz), de afspraken die de zorgaanbieder maakt met de zorgverzekeraar en/of het zorgkantoor en eventueel van de lokale context. Een aanbieder die bijvoorbeeld al afspraken heeft over maandtarieven in de wijkverpleging of Wlz vpt levert, zal minder knelpunten ervaren dan aanbieders die te maken hebben met de bekostiging van de verschillende sectoren op basis van een tarief per uur.

In hoeverre de geschetste mogelijkheden uiteindelijk leiden tot andere zorginkoopafspraken, is mede afhankelijk van de visie van de zorgverzekeraar of het zorgkantoor. Wij merken in algemene zin dat zorgverzekeraars en zorgkantoren het gedachtegoed omarmen, maar dat dit nog niet overal leidt tot afspraken over de inzet van reablement-interventies. Bijvoorbeeld omdat:
- de werkwijze binnen reablement overeenkomsten vertoont met het verpleegkundig en paramedisch proces (maar met een nadrukkelijke focus op systematische evaluatie en interdisciplinaire samenwerking).
- interventies kunnen worden gebruikt voor inkoopafspraken en beleid, maar de interventies variëren inhoudelijk.
- de benodigde cultuuromslag binnen organisaties niet eenvoudig in inkoopbeleid is te vertalen.
- eerst de uitkomsten van de effectmeting worden afgewacht.

Met de geschetste opties willen we zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren stimuleren om nu al bestaande middelen en ruimte beter te gaan inzetten en daarin meer regie/initiatief te tonen.

5.2 Mogelijkheden voor aanvullende financiering
Reablement is nog volop in ontwikkeling. We vinden het daarom wenselijk dat het proces van leren en ontwikkelen gestimuleerd wordt en dat hier ruimte voor beschikbaar is. Een subsidie past bij het proces van leren en reflecteren en biedt ruimte voor de variatie van de interventies.

We hebben verkend welke aanvullende mogelijkheden er zijn om de koplopers in deze fase te ondersteunen. We zien hiervoor onderstaande mogelijkheden voor aanvullende financiering:
- Financiering via een subsidieprogramma van ZonMw voor doorontwikkeling, opschaling en borging van zowel reablement-interventies als het gedachtegoed. Ook biedt een subsidieprogramma ruimte voor onderzoek, passende effectevaluaties op kwaliteit van leven, zorggebruik en kosten, alsmede lerende monitoring en evaluatie.

- Ook is het mogelijk om een subsidie vanuit VWS in te richten specifiek voor reablement op basis van de Kaderwet VWS-subsidies. Deze Kaderwet regelt de verstrekking van subsidies door de Minister van VWS.

Het continueren van de bestaande situatie is daarbij op korte termijn de meest haalbare optie om de vier koplopers tijdelijk financieel extra te ondersteunen. VWS heeft aangegeven dat een subsidie vanuit VWS naar verwachting een langere doorlooptijd kent dan een subsidieprogramma vanuit ZonMw. Daarom concluderen we dat een subsidieprogramma vanuit ZonMw het meest kansrijk is voor een aanvullende financiering. Momenteel zijn het ministerie van VWS en ZonMw in gesprek over op welke wijze een vervolg aan het programma reablement kan worden gegeven. Hierin worden de mogelijkheden voor zowel de doorontwikkeling van het gedachtegoed als reablement-interventies verkend. De ZonMw subsidie kan niet ingezet worden voor zorglevering.

6 Conclusie en vervolg

In dit rapport hebben we toegelicht welke mogelijkheden er zijn voor de bekostiging en financiering van reablement. Deze mogelijkheden bieden voor de korte termijn ruimte, ook voor andere zorgaanbieders die bezig zijn met het gedachtegoed. Met de geschetste opties willen we zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren stimuleren om nu al bestaande middelen en ruimte beter te gaan inzetten en daarin meer regie/initiatief te tonen op het gebied van reablement. Aanvullend kan een subsidieprogramma voor reablement via ZonMw bijdragen aan verdere ontwikkeling van het gedachtegoed en interventies. Dit programma moet in nauwe afstemming met landelijke en veldpartijen worden vormgegeven, zodat het kan bijdragen aan een duurzame inbedding van reablement.

Hoe verder? Perspectief op structurele oplossingen noodzakelijk

De huidige bekostigings- en financieringsmogelijkheden bieden op korte termijn ruimte, ook voor andere zorgaanbieders die met reablement werken. We vinden het belangrijk dat deze manier van organiseren toegankelijk is voor iedereen die daar baat bij heeft. Samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende sectoren en domeinen is daarbij essentieel, zodat cliënten de zorg en ondersteuning als passend, samenhangend en dichtbij huis ervaren.

Tegelijkertijd lossen deze mogelijkheden de bestaande knelpunten in de vergoeding van paramedische zorg niet op. Het rapport ‘Reablement in de Zvw en Wlz, Verduidelijking van de wet- en regelgeving’ van het Zorginstituut laat zien dat reablement binnen de huidige kaders van de Zvw en Wlz kan worden aangeboden. Ook blijkt dat beperkingen in vergoeding van paramedische zorg en het verplichte eigen risico de toegankelijkheid voor kwetsbare ouderen onder druk zetten. Nu reablement een grotere rol speelt in het beleid, kan de politiek volgens het Zorginstituut overwegen deze beperkingen te herzien, bijvoorbeeld door extra fysiotherapie te vergoeden of het eigen risico aan te passen. Wij onderschrijven deze conclusies.

Daarbij is het van belang te voorkomen dat zorgaanbieders afhankelijk blijven van tijdelijke subsidies. In het HLO is afgesproken dat bij een positieve uitkomst van de MKBA het Ministerie van VWS de NZa vraagt advies uit te brengen over de eventuele borging van deze programmatische aanpak in het zorgstelsel. Deze structurele oplossingen zijn nodig om deze manier van werken, met de nadruk op het voorkomen van zorg en het versterken van zelfredzaamheid, duurzaam te borgen. Bij de uitwerking hiervan moeten zowel het burgerperspectief als de samenwerking met het sociaal domein nadrukkelijk worden betrokken.

Het Ministerie van VWS verkent momenteel hoe zorgwetten beter op elkaar kunnen worden afgestemd en bereidt een staatscommissie voor gericht op een toekomstbestendige inrichting van het zorgstelsel, met expliciete aandacht voor de ondersteuning en zorg voor ouderen. Daarnaast is het van belang dat bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm Wlz-thuis rekening wordt gehouden met nieuwe zorgconcepten, waaronder reablement.

Aanvullend hierop wordt binnen de versterking van de eerstelijnszorg gewerkt aan een uniforme visie op het multidisciplinair overleg (MDO). Ook wordt onderzocht welke bekostigingsprikkels samenwerking op wijk- en patiëntniveau kunnen stimuleren. Vanuit de NZa wordt binnen de landelijke aanpak gewerkt aan het oplossen van knelpunten in de bekostiging van samenwerking, afstemming en coördinatie.

Tot slot

Reablement is een gezamenlijke beweging, waarbij iedere partij een eigen rol en verantwoordelijkheid heeft. Op verschillende plekken in het land zien we dat hierover al het goede gesprek wordt gevoerd. Met de mogelijkheden binnen bekostiging en financiering willen we deze ontwikkeling verder stimuleren. We roepen betrokken partijen op om vanuit hun rol actief bij te dragen aan de verdere ontwikkeling en toepassing van het reablementgedachtegoed. Waar nodig ondersteunen wij partijen hierbij en denken we mee over passende oplossingen.

Bijlagen

Bijlage 1. Toelichting op bekostigings- en financieringsopties

1. Afspraken binnen bestaande bekostiging / maatwerk binnen contractering
Allereerst biedt de huidige bekostiging van de zorg ruimte voor het maken van aanvullende afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren. Het gaat hierbij dus niet om een nieuwe bekostiging, maar om het maken van maatwerkafspraken in de contractering tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren. Voorbeelden hiervan zijn:

- Wijkverpleging (Zvw): ruimte voor maandtarieven, beloning-op-maat of inzet van de prestatie 'Advies, instructie en voorlichting'.
- Wlz: afhankelijk van de leveringsvorm (mpt of vpt) is er meer of minder ruimte. Zorgaanbieders ervaren bij het vpt meer ruimte om zorgprofessionals in te zetten. Hierbij moet worden opgemerkt dat als opdracht vanuit het HLO wordt gewerkt aan één leveringsvorm voor Wlz-zorg thuis, naast het persoonsgebonden budget (pgb), die de huidige leveringsvormen vpt en mpt vervangt.
- Afspraken binnen de huisartsenzorg via de module ouderenzorg (prestatie zorg voor kwetsbare ouderen) in segment 2. Deze module bekostigt de indirecte tijd (opstellen zorgplan en MDO) voor de huisarts en POH. De directe patiëntenzorg voor deze disciplines komt uit de reguliere tarieven.
- Fysiotherapie (Zvw): vrije tarieven maken hogere beloning voor passende inzet van reablement mogelijk.
- Sectoren met maximumtarieven: in sommige gevallen kan via max-max-tarieven tot 10% boven het maximumtarief worden afgesproken.
- Afslag op NZa-maximumtarieven**:** een kleinere afslag biedt ruimte om reablement te organiseren en implementeren.

Tegelijkertijd geldt dat de budgettaire kaders niet wijzigen. We weten niet of er sprake is van (tijdelijke of structurele) macromeerkosten. Het is daarom van belang dat in de contractering ook afspraken worden gemaakt over wat reablement moet opleveren. Denk bijvoorbeeld aan een afname in de totale hoeveelheid zorg per cliënt.

2. Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten
De Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten van de NZa biedt zorgaanbieders en zorgverzekeraars/zorgkantoren de mogelijkheid om tijdelijk af te wijken van bestaande bekostigingsregels. Denk daarbij aan een bekostiging voor een bundel of per zorgtraject. Het doel is om innovatieve werkwijzen die bijdragen aan betere, doelmatigere of toekomstbestendige zorg in de praktijk uit te proberen zonder direct gebonden te zijn aan het reguliere reguleringskader. Een experiment kan maximaal drie jaar duren (met eventuele verlenging) en moet vooraf worden goedgekeurd door de NZa. Tijdens deze periode wordt gemonitord wat de effecten zijn op kwaliteit, toegankelijkheid en kosten van zorg, zodat succesvolle initiatieven later kunnen worden opgenomen in de reguliere bekostiging. Om gebruik te kunnen maken van deze beleidsregel, moeten afspraken worden gemaakt tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar en/of zorgkantoor. Daarbij geldt specifiek voor de Wlz dat er voor de innovatieve zorgprestatie maximaal € 500.000,– per experiment per jaar beschikbaar is. Voor de Zvw geldt geen vastgesteld maximumbedrag, maar dit tarief wordt afgesproken in de onderhandeling tussen de betrokken zorgverzekeraar en zorgaanbieder van de innovatie.

Het knelpunt rond de aanspraak (en het eigen risico) in de Zvw wordt niet opgelost met deze Beleidsregel. De beperkingen in de aanspraak blijven namelijk ook bij de inzet van de Beleidsregel innovatie gelden. Het

is daarom niet mogelijk om voor de Zvw een integrale prestatie te ontwikkelen waarbij een deel van de zorglevering niet in de basisverzekering valt. Dit maakt ook dat de optie van de Beleidsregel innovatie, die normaal gesproken veel ruimte biedt, nu niet passend lijkt te zijn gezien hier ook Zvw cliënten bij betrokken zijn en het knelpunt in de aanspraak gezien wordt als een van de hoofdknelpunten om een andere bekostiging te ontwikkelen. Wel kennen we momenteel een innovatie van TanteLouise 'VanThuisUit' onder de Beleidsregel innovatie waar ook ingezet wordt op reablement. Hier gaat het om Wlz zorg, en wordt de Zvw buiten beschouwing gelaten.

3. Specifiek experiment voor reablement, anders dan via mogelijkheid 2
Naast de Beleidsregel innovatie, is het ook mogelijk om een ander experiment op te zetten op basis van artikel 58 van de Wmg. Hiervoor is een aanwijzing vanuit VWS nodig specifiek gericht op reablement gevolgd door nieuwe regelgeving vanuit de NZa. Dit biedt ruimte voor het breed (en grootschaliger dan mogelijkheid 2) experimenteren met reablement. Wel blijft dit beperkt tot zorg geleverd vanuit de Wlz of de Zvw. De Wmo kan hier niet in meegenomen worden. Ook geldt hierbij, net als bij de Beleidsregel innovatie, dat de beperkingen in de aanspraak niet opgelost worden en dat betrokkenheid van de zorgverzekeraar(s)/zorgkantoor vereist is.

4. Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg -
Hoewel de patiëntengroepsgebonden afstemming niet voor individuele verzekerden is, kan deze beleidsregel wel gebruikt worden om een extra bedrag af te spreken voor de patiëntgebonden afstemming. De beleidsregel loopt tot en met 30 april 2029. Dat geeft een aantal jaar de tijd om het reablement interventieprogramma verder te ontwikkelen en de meerkosten voor interdisciplinaire afstemming en coördinatie te dekken. Wel geldt dat deze beleidsregel enkel kan worden ingezet voor Zvw-verzekerden en dat hierover afspraken gemaakt moeten worden met de zorgverzekeraar(s). Zoals eerder toegelicht, is de verwachting dat hier nu niet op ingezet wordt.

5. Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg
Daarnaast bouwen we in de eerstelijn nu iets overkoepelends voor 'samenwerking' op wijk en regioniveau, namelijk de regionale eerstelijns samenwerkingsverbanden (RESV's). Met de Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg kunnen regionale afspraken worden gemaakt over samenwerking. Dit zijn bredere afspraken dan enkel reablement. Dit biedt wel ruimte voor het maken van afspraken over het samenwerken tussen professionals, maar niet specifiek ingericht voor patiëntgebonden handelen. De regelgeving gaat in per 2027. Echter, de regelgeving is open geformuleerd en de invulling is sterk afhankelijk van de regionale vorderingen / afspraken. Als een oplossing gezocht wordt voor enkel het knelpunt rond het MDO van de patiënt, dan is dit niet passend binnen deze beleidsregel. Als het knelpunt breder wordt getrokken en het gaat om het onderhouden en ondersteunen van samenwerkingsverbanden op wijkniveau in samenwerking met bijvoorbeeld gemeenten, dan biedt deze beleidsregel hier mogelijk wel ruimte voor als hier afspraken over worden gemaakt in de regio. Gezien de regelgeving pas in 2027 van start gaat en het vraagt om regionale afspraken, denken wij niet dat deze optie op korte termijn ingezet kan worden. Bovendien is deze optie ook afhankelijk van de regionale prioritering en gemaakte afspraken.

6. Financiering preventieve maatregelen artikel 4.2.4 Wlz
In artikel 4.2.4 lid 6 van de Wlz is de rol van zorgkantoren verbreed door hen de wettelijke mogelijkheid te geven om met middelen uit het Fonds langdurige zorg te investeren in preventieve maatregelen die de instroom in of de zwaarte van de Wlz-zorg kunnen voorkomen of uitstellen. Het gaat hierbij nadrukkelijk om preventieve maatregelen. Daarbij heeft deze bepaling tot doel de domein-overstijgende samenwerking tussen zorgkantoren, gemeenten, zorgverzekeraars en mogelijk de Minister voor Rechtsbescherming te verbeteren.

7. Financiering via subsidie ZonMw

De huidige vier interventies worden op dit moment, naast het declareren van de zorg, gesubsidieerd door ZonMw vanuit het programma Reablement. ZonMw verstrekt subsidies om vernieuwing, onderzoek en kwaliteitsverbetering in de zorg te stimuleren. Met deze subsidie kunnen zorg- en welzijnsorganisaties tijd en middelen vrijmaken voor experimenten, scholing, samenwerking en evaluatie van nieuwe aanpakken. Ook biedt de regeling ruimte voor onderzoek naar de effecten van reablement op kwaliteit van leven, zorggebruik en kosten. Daarmee helpt de ZonMw-subsidie om praktijkervaring op te doen, kennis te delen en succesvolle werkwijzen voor bredere toepassing in de zorg klaar te maken. Momenteel bespreken VWS en ZonMw of en op welke wijze een vervolg aan het programma Reablement gegeven kan worden.

8. Subsidie vanuit VWS

Ook is het mogelijk om een subsidie vanuit VWS in te richten specifiek voor reablement op basis van de Kaderwet VWS-subsidies. Deze Kaderwet regelt de verstrekking van subsidies door de Minister van VWS. Deze subsidies zijn bedoeld om activiteiten te ondersteunen die passen binnen het beleid van het ministerie. Er bestaan daarbij twee typen subsidies:

- Projectsubsidies: eenmalig voor tijdelijke activiteiten, maximaal 5 jaar.
- Instellingsubsidies: voor structurele activiteiten, verstrekt per kalenderjaar. Een instellingssubsidie is naar verwachting niet van toepassing, omdat de zorg momenteel vanuit de Zvw en Wlz geleverd kan worden. Instellingssubsidies zijn bedoeld voor instellingen die niet binnen het reguliere zorgsysteem passen en zijn bovendien vaak langdurig van aard.

We hebben VWS gevraagd in hoeverre een projectsubsidie passend zou zijn. In hun reactie geven ze een toelichting op de mogelijkheden voor een subsidie vanuit VWS met de voorwaarden om dit te doen en lichten ze toe wat het verschil is met een subsidie vanuit ZonMw:
'Bij het verstrekken van losse subsidies door VWS aan koploperorganisaties vormt de staatssteuntoets een belangrijk onderdeel. Veel reablement-activiteiten raken aan reguliere zorgverlening of aan activiteiten waarvoor een markt bestaat, waardoor snel sprake kan zijn van staatssteun in de zin van artikel 107 VWEU. Binnen VWS gelden daarbij strikte voorwaarden voor rechtvaardiging (bijv. DAEB, de-minimis of AGVV), die per individuele subsidie afzonderlijk moeten worden beoordeeld en onderbouwd. Dit vergt juridische uitwerking, maatwerk in beschikkingen en vaak aanvullende verplichtingen voor subsidieontvangers. Dat maakt deze route relatief complex en tijdrovend.

Hoewel staatssteunregels ook gelden bij subsidies via ZonMw, beschikt ZonMw over ruime ervaring met het financieren van onderzoeks- en innovatieprogramma's en het inrichten van programma's op een manier die staatssteunrisico's structureel beheerst (bijvoorbeeld via programmatische kaders, standaardvoorwaarden en uniforme verantwoording). Dit verkleint het risico op vertraging en juridische complicaties. De aanvraagprocedure duurt naar verwachting 2–3 maanden, onder andere vanwege de afstemming met de Directie Wetgeving en Juridische Zaken. Bij aanvullende vragen kan deze termijn verder oplopen. Een projectsubsidie is waarschijnlijk mogelijk, mits deze door de staatssteuntoets komt; dit moet nog verder worden uitgezocht. Deze route is echter geen beter alternatief dan een subsidie via ZonMw. Het leidt namelijk tot verschillende geldstromen en meerdere opdrachtbrieven, wat onnodige vertraging veroorzaakt ten opzichte van een subsidie via ZonMw. Daarnaast heeft ZonMw al een bestaande relatie met de betreffende organisaties, waardoor bepaalde controles (zoals de bankcheck) niet opnieuw hoeven te worden uitgevoerd.

Daarnaast is het relevant om de beperkte uitvoeringscapaciteit binnen VWS als risico te benoemen. Het verstrekken van meerdere losse projectsubsidies vraagt aanzienlijke inzet van beleidsmedewerkers, juristen en financiële collega's (onder meer voor staatssteuntoetsen, beschikkingen, wijzigingsverzoeken en verantwoording). Bij een programmatische aanpak via ZonMw wordt een groot deel van deze uitvoeringslast belegd bij één uitvoeringsorganisatie, wat de administratieve druk binnen VWS vermindert en de consistentie in uitvoering vergroot.

Hoewel een VWS-projectsubsidie juridisch mogelijk kan zijn, is deze route minder aantrekkelijk vanwege:
- *het verhoogde staatssteunrisico en de noodzaak van individuele juridische onderbouwing per subsidie;*
- *de langere doorlooptijd en complexere besluitvorming;*
- *de grotere uitvoerings- en capaciteitsbelasting binnen VWS.'*

Bijlage 2. Kenmerken van de geschetste opties

Voor de geschetste mogelijkheden zoomen we in tabel 2 in op een aantal kenmerken die volgen op basis van de meegegeven randvoorwaarden in het HLO en aandachtspunten bij de uitwerking, namelijk:
- *Toepasbaarheid in Wmo, Zvw en Wlz*
  De interventies worden ingezet vanuit de verschillende domeinen. Idealiter is de oplossing dan ook passend voor meerdere domeinen.
- *Uitvoerbaarheid op korte termijn*
  De opdracht ziet specifiek op oplossingen voor de korte termijn. Voor de geschetste mogelijkheden lichten we dan ook toe op welke termijn deze inzetbaar zijn.
- *Tijdelijke of structurele oplossing*
  Structurele oplossingen zijn noodzakelijk om een andere manier van werken met de nadruk op het voorkomen van zorg en het versterken van zelfredzaamheid te borgen. Voorkomen moet worden dat zorgaanbieders afhankelijk blijven van tijdelijke subsidies. Per optie geven we weer of het een tijdelijke of structurele oplossing betreft.

Tabel 2. Kenmerken van de geschetste mogelijkheden in de bekostiging en financiering

Optie	Wmo, Zvw en/of Wlz	Op welke termijn is dit realiseerbaar?	Tijdelijke of structurele oplossing?
Ruimte in de bekostiging			
1. Afspraken binnen bestaande bekostiging / maatwerk binnen contractering	Zvw en Wlz	Middellange termijn	Biedt mogelijkheden voor tijdelijke en structurele oplossingen afhankelijk van inkoopafspraken
2. Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten	Zvw en Wlz, sectoroverstijgend, aandachtspunt is variatie tussen interventies en beperkt beschikbaar budget vanuit de Wlz	Korte termijn	Tijdelijk, max. 3 jaar (met eventuele verlenging)
3. Specifiek experiment voor reablement, anders dan via mogelijkheid 2	Zvw en Wlz	Lange termijn	Tijdelijk

4. Beleidsregel experiment patiëntengroepsgebonden afstemming binnen Zvw-verzekerde zorg - BR/REG-24152	Zvw	Korte termijn	Tijdelijk t/m april 2029
5. Regionale samenwerkingsverband en eerste lijn	Zvw	Lange termijn Regelgeving per 2027. Echter, afspraken over de invulling hiervan vragen een langere doorlooptijd.	Structureel
6. Financiering preventieve maatregelen artikel 4.2.4 Wlz	Wlz en Wmo	Korte termijn (na inwerkingtreding van nog door VWS te introduceren algemene maatregel van bestuur)	Structureel volgens de wet, maar betreft maatregelen met bepaalde looptijd. Daarbij hebben zorgkantoren (in het HLO) aangegeven niet de intentie te hebben om initiatieven in het sociaal domein structureel te financieren.
Aanvullende financiering			
7. Financiering via subsidieprogramma ZonMw	N.v.t. niet bedoeld voor zorglevering, biedt wel ruimte voor doorontwikkeling, opschaling, borging, kennisontwikkeling, monitoring en passende effectevaluatie.	Korte termijn (inschatting van VWS: deze optie kent een kortere doorlooptijd dan optie 8)	Tijdelijk
8. Subsidie vanuit VWS	Zvw, Wlz en Wmo	Lange termijn	Tijdelijk



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl