Zorginstituut Nederland

> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

Zorginstituut Nederland

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
vragen@zinl.nl

T +31 (0)20 797 82 27

Onze referentie
2026015246

Datum 21 september 2026
Betreft Adviesrapport het verstrekken van eten en drinken binnen het vpt (HLO)

Geachte mevrouw Sterk,

Naar aanleiding van een vraag van uw ministerie voor het Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) heeft Zorginstituut Nederland het rapport *Hoort het eten en drinken in het Wlz-pakket thuis?* opgesteld. Het verstrekken van eten en drinken is voor thuiswonende ouderen op dit moment onderdeel van het volledig pakket thuis (vpt), terwijl dit niet aan de orde is bij een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). Dit was de aanleiding voor uw ministerie om te vragen of dit wenselijk is.

In dit rapport geeft het Zorginstituut een pakketadvies over het verstrekken van eten en drinken in de langdurige zorg bij ouderen thuis zoals dat nu onderdeel is van het vpt. Het advies is bedoeld als input voor de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm in de langdurige zorg zoals afgesproken in het HLO. Met het verstrekken van eten en drinken bedoelen wij het organiseren, zoals het doen van de boodschappen, en betalen van het eten en drinken in huis. Hulp bij het eten en drinken, zoals het klaarmaken van eten of hulp bij het eten zelf, is geen onderdeel van het advies. Deze ondersteuning is en blijft ook na dit advies onderdeel van de Wlz.

Ons advies aan Minister van Langdurige zorg, Jeugd en Sport
Het Zorginstituut adviseert om in de toekomst het verstrekken van eten en drinken aan te passen. En het eten en drinken voor ouderen met zorg thuis anders te regelen vanuit de Wlz. Het betalen van het eten en drinken is geen onderdeel van de zorg bij de ouderen thuis, het organiseren van eten en drinken blijft wel in het Wlz-pakket voor diegenen die dit zelf niet meer kunnen organiseren. Ouderen stemmen af met hun zorgaanbieder en naasten wat passend is in hun situatie. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan.

Bovenstaand advies komt voort uit een integrale afweging waarin de argumenten om het collectief bekostigen van eten en drinken voor ouderen uit het vpt te halen zwaarder wegen, dan de argumenten voor het behouden van de huidige situatie. In bijgevoegd adviesrapport geven wij hier meer informatie over.

In het advies zijn vervolgactiviteiten beschreven die aansluiten bij de te

ontwikkelen nieuwe leveringsvorm. Het gaat om het nader onderzoeken van de gevolgen en risico's van het advies en de vragen die samen met betrokken partijen moeten worden beantwoord. Zoals de praktische uitvoerbaarheid bij zorgaanbieders en zorgkantoren, de mogelijke verhoging van de druk op mantelzorgers en de compensatie voor ouderen met een financiële kwetsbaarheid. Wij vragen u hiermee rekening te houden.

De gevolgen voor andere sectoren binnen de Wlz
De ervaring leert dat veranderingen aan het zorgstelsel gevolgen kunnen hebben voor andere delen van het stelsel. Zo zijn er mogelijk gevolgen voor andere sectoren binnen de Wlz bij de wijziging van wetgeving of de consequenties voor de partijen in de uitvoering, zoals zorgkantoren of zorgaanbieders. Wij vragen uw ministerie om dit te agenderen. Bijvoorbeeld in het HLO en de totstandkoming van de akkoorden voor de sectoren gehandicaptenzorg en langdurige ggz.

Het bredere perspectief op passende zorg in het Wlz-pakket
Graag zouden we samen verder praten over wat er precies in het Wlz-pakket hoort en daarin duidelijke keuzes maken. De eerste stappen daartoe worden op dit moment uitgewerkt in het aanvullend HLO. Wij gaan graag met uw ministerie in gesprek over onze rol en bijdrage hieraan.

Hoogachtend,

K.C. Timm-van Ruitenburg
Lid Raad van Bestuur

Zorginstituut Nederland

Hoort het **eten en drinken** in het Wlz-pakket thuis?

Pakketadvies over de aanspraak van het verstrekken van eten en drinken binnen het volledig pakket thuis voor ouderen met een Wlz-indicatie.

21 september 2026

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**3**
	Inleiding	**6**
1	**Het verstrekken van eten en drinken in het vpt**	**7**
1.1	Verstrekken van eten en drinken: het bekostigen en organiseren	7
1.1.1	Het verstrekken van eten en drinken is vastgelegd in de Wlz	7
2	**Beoordelingskader: pakketcriteria**	**9**
2.1	Uitleg van de vier pakketcriteria	9
2.2	Een toets op effectiviteit en kosteneffectiviteit is niet nodig	9
3	**Beoordeling door het Zorginstituut**	**10**
3.1	Conclusie	10
3.1.1	Noodzakelijkheid	10
3.1.2	Uitvoerbaarheid	13
3.1.3	Reactie partijen op uitvraag voorafgaand aan het advies	13
4	**Advies aan de minister**	**15**
4.1	Geen vergoeding voor eten en drinken, soms wel voor de organisatie ervan	15
4.2	Pak dit advies op binnen de nieuwe leveringsvorm	15
4.3	Houd rekening met de gevolgen voor andere sectoren en de risico's	15
4.4	Kijk vanuit een breder perspectief op passende zorg in het Wlz-pakket	15
	Bijlage 1: Cijfermatig inzicht vpt	**16**
	Bijlage 2: Consultatiereacties	**19**
	Bijlage 3: Advies Adviescommissie Pakket (ACP)	**32**

Samenvatting

Dit advies van Zorginstituut Nederland aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gaat over de aanspraak op het verstrekken van eten en drinken vanuit de *Wet langdurige zorg* (Wlz) in het volledig pakket thuis (vpt). Aanleiding voor dit advies is de afspraak in het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO) om toe te werken naar één nieuwe leveringsvorm voor zorg in natura thuis, naast het persoonsgebonden budget (pgb) en met als uitgangspunt passende zorg op maat. Dit is nodig om ook in de toekomst ouderenzorg vanuit de Wlz te kunnen blijven bieden die voor iedereen betaalbaar en beschikbaar is.

Bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm is het verstrekken van eten en drinken een belangrijk element om over na te denken. Op dit moment hebben thuiswonende ouderen alleen met een vpt aanspraak op het verstrekken van eten en drinken vanuit de Wlz. Thuiswonende ouderen met een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb) moeten dit zelf organiseren en bekostigen. Dit zorgt voor ongelijkheid.

De minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport vroeg Zorginstituut Nederland om te adviseren over de aanspraak 'het verstrekken van eten en drinken' in het vpt bij zorg thuis voor ouderen met een Wlz-indicatie. We hebben in overleg met het ministerie van VWS de volgende vraag geformuleerd: is het noodzakelijk en uitvoerbaar om het verstrekken van eten en drinken binnen het vpt voor ouderen met een Wlz-indicatie te blijven verzekeren?

Voor dit advies hebben wij gebruikgemaakt van de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, en van een digitale uitvraag onder betrokken partijen. Daar waar we refereren naar ouderen, bedoelen wij de mensen met een Wlz verpleging en verzorging (VV-) indicatie. Dit is in lijn met de werkwijze in het HLO.



Omvang vpt en definitie van verstrekken van eten en drinken

In 2020 maakten 15.617 ouderen gebruik van een vpt. In 2025 waren er 38.786 ouderen die gebruik maakten van een vpt. Het aantal is dus meer dan verdubbeld. Voor al deze ouderen is eten en drinken onderdeel van de aanspraak.

Als de oudere met een Wlz-indicatie een vpt ontvangt, is de zorgaanbieder verantwoordelijk om het eten en drinken voor die oudere te bekostigen en organiseren. Dit is geregeld in de term 'verstrekken van eten en drinken' en onderdeel van het vpt-tarief dat een zorgaanbieder ontvangt.

Voor dit advies maken wij een verschil tussen:

1. de financiële middelen uit het vpt om eten en drinken van te betalen; en
2. de organisatie van eten en drinken thuis door de zorgaanbieder.

De conclusie

Wij hebben op basis van het afwegingskader noodzakelijkheid een conceptconclusie geformuleerd. Deze hebben we met het afwegingskader uitvoerbaarheid getoetst op haalbaarheid en houdbaarheid. Onze conclusie is als volgt:

De oudere zorgt zelf voor voldoende eten en drinken in huis, eventueel met hulp van de persoonlijke omgeving. Pas als een oudere niet meer in staat is

het eten en drinken te organiseren, kan de oudere aanspraak maken op ondersteuning bij het organiseren van voldoende eten en drinken in huis vanuit de Wlz. De kosten van eten en drinken blijven ook dan voor rekening van de oudere en is geen te verzekeren zorg bij het vpt.

De zorgaanbieder draagt verantwoordelijkheid voor het organiseren van eten en drinken als onderdeel van de integrale zorgverlening, op het moment dat de oudere dit niet meer zelf kan. Dit kan bijvoorbeeld gaan om het doen van de boodschappen. De zorgaanbieder bepaalt in afstemming met de oudere en diens netwerk of het organiseren van eten en drinken noodzakelijk is in de individuele situatie van de oudere. Dit kan van tijdelijke of structurele aard zijn.
Deze conclusie komt voort uit een integrale afweging. Hierin wegen de argumenten om het collectief bekostigen van eten en drinken voor ouderen uit het vpt te halen zwaarder dan de argumenten voor het behouden van de huidige situatie.

- Eten en drinken zijn algemene dagelijkse levensbehoeften waarvoor een collectieve verzekering niet passend is.
- Er is geen onderscheid meer tussen ouderen waar het gaat over het bekostigen van eten en drinken. Ook ouderen met een vpt betalen namelijk voortaan de kosten voor eten en drinken zelf. Zo weten ouderen en naasten beter waar ze aan toe zijn.
- Het zelf betalen en organiseren van eten en drinken is een belangrijk onderdeel van zelfredzaamheid en het stimuleert de oudere om dit samen met de omgeving op te pakken.
- De zorgaanbieder signaleert als onderdeel van passende zorg wanneer een oudere het eten en drinken niet meer zelf kan organiseren en ondersteunt waar nodig om ondervoeding en uitdroging te voorkomen.

Advies aan de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport

Het Zorginstituut adviseert de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport om het verstrekken van eten en drinken niet meer als geheel te verzekeren vanuit de Wlz voor ouderen met een vpt, maar om alleen de organisatie van het eten en drinken te verzekeren vanuit de Wlz. Pas als ouderen niet meer in staat zijn het eten en drinken te organiseren, valt voor hen de organisatie van voldoende eten en drinken thuis onder de aanspraak Wlz. Ook dan betaalt de oudere het eten en drinken zelf.

Het Zorginstituut adviseert de Minister om bovenstaand advies op te pakken als onderdeel van de nieuw te ontwikkelen leveringsvorm binnen het HLO. De benodigde vervolgactiviteiten passen goed binnen de lopende activiteiten en er is voldoende ruimte om de openstaande vragen samen met betrokken partijen te bespreken. De volgende activiteiten zijn in ieder geval nodig mee te nemen binnen de in het HLO vastgestelde deadlines:

- De wetgever wijzigt artikel 3.3.2 van de Wlz;
- De Nza stelt een nieuw tarief vast minus de kosten voor het eten en drinken;
- Het ministerie van VWS onderzoekt de plek voor organisatie van eten en drinken binnen de Wlz-aanspraak. Het Zorginstituut denkt hier graag over mee;
- Het ministerie van VWS herziet de eigen bijdrage voor de ouderen en betrekt daar de juiste partijen bij;
- De HLO-partijen onderzoeken samen een passende overgangsregeling voor ouderen die nu als onderdeel van het huidig vpt eten en drinken verstrekt krijgen.

Het is bij bovenstaande acties belangrijk om rekening te houden met de gevolgen die de wetswijziging heeft voor andere sectoren binnen de Wlz. Het is daarnaast belangrijk om het gesprek over de inhoud van het Wlz-pakket verder te voeren en daarin expliciete keuzes te maken. Het gaat om de vraag welke zorg voldoende waarde toevoegt voor mensen met een Wlz-indicatie en dus onderdeel zou moeten zijn van de zorg die we als samenleving financieren.

Het **betalen en organiseren** van het eten en drinken binnen het vpt

Voor ouderen met een Wlz-indicatie

Wat verandert er?

Huidige situatie

38.786
Zoveel ouderen maakten in 2025 gebruik van een vpt binnen de Wlz.

Zorgaanbieder regelt het
De zorgaanbieder organiseert en betaalt het eten en drinken vanuit het vpt-tarief. De oudere betaalt een eigen bijdrage voor de Wlz.

Nieuwe situatie

Zelf betalen
Ouderen betalen voortaan zelf hun eten en drinken.

Ondersteuning wanneer nodig
Kan een oudere het eten en drinken niet meer zelf organiseren? Dan blijft ondersteuning onderdeel van de Wlz.

Blijft hetzelfde

Samen afspraken maken
De oudere, zorgaanbieder en naasten spreken samen af wat passend is.

Vastgelegd in het zorgplan
De afspraken worden vastgelegd in het zorgplan.

Wat levert het op?



Gelijkheid
Ouderen met een vpt betalen voortaan de kosten voor eten en drinken zelf. Zoals dat nu ook geldt voor het mpt en pgb.



Meer eigen regie
Zelf betalen en organiseren stimuleert zelfredzaamheid. Eten en drinken zijn gebruikelijke kosten van levensonderhoud. Ondersteuning blijft beschikbaar als dat nodig is.



Signalering blijft mogelijk
De zorgaanbieder blijft alert op ondervoeding en uitdroging en kan tijdig ondersteuning bieden.



Passende zorg
De Wlz blijft beschikbaar voor zorg die echt nodig is.

Rol van de zorgaanbieder

Blijft signaleren en monitoren
Houdt in de gaten of de oudere tekenen vertoont van:
- ondervoeding
- uitdroging
- afnemende zelfredzaamheid

Bespreekt risico's
Bespreekt signalen tijdig met de oudere en naasten.

Ondersteunt waar nodig
Biedt ondersteuning als een oudere het eten en drinken niet meer zelf kan organiseren.

We adviseren om de nieuwe situatie op te nemen in de nieuw te ontwikkelen leveringsvorm binnen het HLO.

Inleiding

De aanleiding voor dit rapport is het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO) waarbinnen we toewerken naar één nieuwe leveringsvorm voor zorg in natura thuis in de *Wet langdurige zorg* (Wlz), naast het persoonsgebonden budget (pgb). Het uitgangspunt daarbij is zorg op maat.

Bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm is het verstrekken van eten en drinken een belangrijk element om over na te denken. Op dit moment hebben thuiswonende ouderen met een vpt aanspraak op het verstrekken van eten en drinken vanuit de Wlz. Voor andere leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis geldt dit niet. De minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport verzocht Zorginstituut Nederland om te adviseren over de aanspraak 'het verstrekken van eten en drinken' in het volledig pakket thuis (vpt) bij zorg thuis voor ouderen met een Wlz-indicatie.

Het Zorginstituut geeft in dit advies antwoord op het verzoek van de minister. Hiervoor beantwoorden wij in overleg met VWS de vraag of het noodzakelijk en uitvoerbaar is om het verstrekken van eten en drinken binnen het vpt voor ouderen met een Wlz-indicatie te blijven verzekeren.

Dit advies is geschreven binnen de visie op en principes van passende zorg.[1] In de huidige transitie komt de nadruk steeds meer te liggen op gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven, in plaats van op ziekte of beperking en zorg. Wat de oudere nog zelf kan, eventueel samen met de omgeving, staat centraal. Passende zorg betekent zorg die bewezen effectief is, aansluit bij de wensen en mogelijkheden van mensen, en bijdraagt aan hun kwaliteit van leven.

Reikwijdte

Het advies beperkt zich tot de ouderen met een Wlz-indicatie die thuis wonen met een vpt. De focus ligt op het verstrekken van voldoende eten en drinken thuis. Daarmee bedoelen wij het betalen en in huis hebben of halen van het benodigde eten en drinken. We geven geen advies over de hulp die een oudere nodig heeft bij het eten en drinken, evenals het eten en drinken bij dagbesteding of dagbehandeling in de Wlz. Dit advies gaat ook niet over medisch noodzakelijke diëten die vanuit de *Zorgverzekeringswet* (Zvw) worden vergoed.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 beschrijven wij de definitie van het verstrekken van eten en drinken, hoe het binnen de wettelijke aanspraak is geregeld en de uitwerking in de praktijk. In hoofdstuk 2 geven wij uitleg over de pakketcriteria die centraal staan bij de pakketbeoordeling. In hoofdstuk 3 geven wij een antwoord op de vraag of het verstrekken van eten en drinken onder de aanspraak van het vpt moet blijven voor ouderen. Dit doen we op basis van de afwegingskaders noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. We sluiten af met adviezen aan de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport.

In bijlage 1 geven wij cijfermatig inzicht in het vpt voor mensen met een Wlz Verpleging en Verzorging (VV-) indicatie. Bijlage 2 bevat een overzicht van de reacties van partijen uit de consultatieronde en wat wij ermee hebben gedaan.[2] Waar mogelijk zijn de reacties ook verwerkt in het voorliggend adviesrapport. Tot slot staat in bijlage 3 het advies van de Adviescommissie Pakket (ACP) aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over dit pakketadvies. De commissie ondersteunt het advies van het Zorginstituut.

Bij de tekstdelen over het juridisch kader en de uitleg van de pakketcriteria spreken wij van ‘cliënt’ of ‘verzekerde’, omdat het hier een bredere doelgroep betreft. Daar waar we refereren naar ouderen of gebruiker, bedoelen wij de mensen met een Wlz VV-indicatie. Dit is in lijn met de werkwijze in het HLO.

1 Passende zorg | Zorginstituut Nederland

2 *We hebben het conceptadvies voorgelegd aan de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), Verenso, CAK, Seniorencoalitie, Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Alle partijen hebben gereageerd.*

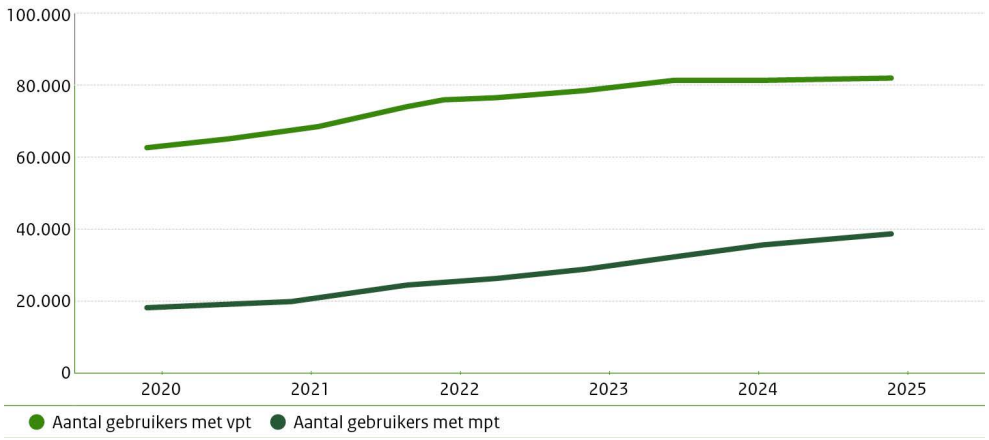
1. Het verstrekken van eten en drinken in het vpt

Het aantal ouderen met een volledig pakket thuis (vpt) is de afgelopen jaren flink gestegen en stijgt nog steeds.[3] Van 2020 tot en met 2025 steeg dit met gemiddeld 20,02 procent per jaar. In het modulair pakket thuis (mpt) zien we daarentegen een afnemende groei van gemiddeld 7,3 procent per jaar. Van 2024 tot en met 2025 was de groei zelfs nog maar 0,4 procent. Dat wijst erop dat er de laatste jaren meer vpt is geleverd dan mpt. Hieronder ziet u de vergelijking tussen het mpt en vpt voor de mensen met een verpleging en verzorging (VV-) profiel. In bijlage 1 geven wij meer inzicht in de verdeling van het vpt over de VV-profielen en de kosten.

In 2025 maakten 38.786 mensen met een VV-profiel gebruik van een vpt, waarvan eten en drinken onderdeel uitmaakt. Ter vergelijking: in de gehandicaptenzorg ging het om 6.116 mensen en in de langdurige ggz om 3.340 mensen. Voor het vpt betalen zij een hogere eigen bijdrage dan dat voor het mpt geldt.[4] Ook het tarief voor de zorgaanbieder bij een vpt ligt hoger, mede door de kosten voor het verstrekken van eten en drinken.[5]

Er is praktijkvariatie in het verstrekken van eten en drinken. De invulling hiervan verschilt tussen geclusterde en ongeclusterde woonvormen. Voorbeelden hiervan zijn een maaltijdservice, eten in een gemeenschappelijke ruimte georganiseerd door zorgaanbieder, levering van maaltijden uit een centrale keuken en het geven van een vergoeding aan de oudere om het zelf te organiseren en betalen. In dit advies maken wij geen onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd wonen, omdat de leveringsvorm vpt daar ook geen onderscheid in maakt. De toegang tot en de organisatie van eten en drinken hoort niet afhankelijk te zijn van de woonsituatie van de oudere. Meer informatie over de praktijkvariatie staat beschreven in hoofdstuk 3, als onderdeel van de afweging.

Grafiek 1 - Aantal mensen met een VV-profiel in het vpt en mpt in de tijdsperiode 2020 -2025



Hieronder leggen wij uit wat de definitie is van het verstrekken van eten en drinken, welke onderdelen wij onderscheiden en wat het juridisch kader hiervan is.

1.1 Verstrekken van eten en drinken: het bekostigen en organiseren

Als de oudere met een Wet langdurige zorg (Wlz-) indicatie kiest voor een vpt, is de zorgaanbieder verantwoordelijk om het eten en drinken voor die oudere te bekostigen en organiseren. Dit is geregeld in de term 'verstrekken van eten en drinken' en onderdeel van het vpt-tarief dat een zorgaanbieder ontvangt.

Voor dit advies onderscheiden wij twee delen van het verstrekken van eten en drinken:

1. De financiële middelen uit het vpt voor het bekostigen van eten en drinken. Hiermee bedoelen wij het budget dat een zorgaanbieder ontvangt voor de bekostiging van het eten en drinken.
2. De organisatie van eten en drinken thuis door de zorgaanbieder. Hiermee bedoelen wij het door de zorgaanbieder verzorgen van voldoende eten en drinken thuis met behulp van het beschikbaar gestelde budget.

Het gaat om het bekostigen en organiseren van al het gebruikelijke eten en drinken. Naast de drie maaltijden omvat het ook voldoende drinken, tussendoortjes, fruit, koffie, thee en dergelijke. Dit moet voldoen aan de basale kwaliteitseisen. De zorgaanbieder kan hiervoor bijvoorbeeld de richtlijnen van het Voedingscentrum volgen[6].

Het verstrekken van eten en drinken is onderdeel van verzekerde zorg bij de leveringsvormen vpt en verblijf. Voor ouderen met een mpt of persoonsgebonden budget pgb geldt dit niet. Als zij moeite hebben met het organiseren van eten en drinken kunnen zij hiervoor onder voorwaarden bij de gemeente terecht.

Het klaarmaken en toedienen van eten en drinken, zoals het bereiden van een broodmaaltijd, valt niet onder de aanspraak van het verstrekken van eten en drinken. Deze ondersteuning is altijd onderdeel van de Wlz. De leveringsvorm maakt daarbij niet uit. Het is daarom geen onderdeel van dit advies, maar wel een belangrijk integraal onderdeel in het bieden van passende zorg. En daarmee onderdeel van het zorgplan.

1.1.1 Het verstrekken van eten en drinken is vastgelegd in de Wlz

In artikel 3.1.1 van de Wlz is opgenomen welke vormen van zorg tot het verzekerde pakket behoren. Een verzekerde kan op grond van dit artikel aanspraak

3 *We maken gebruik van de VV-profielen binnen de Wlz. Dit is ook de werkwijze van het HLO.*
4 *De eigen bijdrage voor een mpt is in 2026 minimaal € 30,40 per maand en maximaal € 933,60 per maand. De eigen bijdrage voor een vpt is in 2026 minimaal € 212,60 per maand en maximaal € 1.115,80 per maand. Bron: 25111016_cak_wlz_brochure_2026_web_spread.pdf*
5 *Het dagtarief voor een vpt voor VV5 inclusief behandeling en dagbesteding is in 2026 € 326,29. Het tarief voor een VV5 mpt kent een maximum dagtarief van € 189,82. Bron: Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2026 - BR/REG-26125b - Nederlandse Zorgautoriteit en Rekenmodule Wlz*
6 *Eten en drinken | Zorginstituut Nederland*



maken op verblijf in een instelling. Daaronder valt onder andere het verstrekken van eten en drinken. Het uitgangspunt is dat de verzekerde genoeg te eten en drinken krijgt om daarmee uitdroging en onder-voeding te voorkomen.

Het vpt is ontstaan vanuit de bedoeling dat ouderen die niet in een instelling wilden wonen toch verblijfs-zorg thuis konden krijgen met de hoteldiensten die samenhangen met het verblijf, waaronder het eten en drinken. In artikel 3.3.2 van de Wlz is vervolgens geregeld dat het verstrekken van eten en drinken onderdeel is van het verzekerde pakket bij de leveringsvorm vpt.

Bij het verstrekken van eten en drinken in een vpt, is het uitgangspunt niet welke activiteiten de verzekerde nog kan uitvoeren, maar wordt rekening gehouden met de keuzevrijheid van een client. Als een client zelf wil zorgen voor eten en drinken, dan hoeft deze dienst niet te worden geleverd.

Indien iemand verblijft in een instelling, is het logisch dat de instelling ook zorgt voor het verstrekken van eten en drinken en het schoonhouden van de woonruimte. Dit valt daarom onder de titel verblijf in de Wlz. Indien iemand kiest voor een volledig pakket thuis, zorgt de instelling die de zorg levert in principe ook voor het eten en drinken en het schoonhouden van de ruimte. Indien een cliënt dat niet wil, bijvoorbeeld omdat hij een partner heeft die deze taken wil vervullen, hoeft de instelling deze diensten uiteraard niet te leveren. Deze situatie is hetzelfde als in de AWBZ.

Bron: Kamerstuk 33891, nr. 3 | Overheid.nl > Officiële bekendmakingen

2. Beoordelingskader: pakketcriteria

Naast het uitleggen van het juridisch kader toetst het Zorginstituut ook inhoudelijk of zorg voldoet aan de gestelde pakketeisen. Om te adviseren of zorg al dan niet tot het basispakket behoort, maakt het Zorginstituut gebruik van vier pakketcriteria. Uitgangspunt voor het basispakket van de Wet langdurige zorg (Wlz) is dat zorg voor iedereen toegankelijk en betaalbaar is.

Hieronder leggen wij de vier pakketcriteria uit. We beschrijven ook welke pakketcriteria van toepassing zijn voor dit advies en welke niet bruikbaar zijn.

2.1 Uitleg van de vier pakketcriteria

Aan de hand van pakketcriteria beoordeelt het Zorginstituut of zorg in het basispakket (Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wlz) thuishoort. De vier pakketcriteria zijn: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Hieronder beschrijven wij deze vier pakketcriteria, waarna we in het volgend hoofdstuk ingaan op de bruikbaarheid voor dit advies.

Effectiviteit (SWP)

De soort, inhoud en de hoeveelheid zorg in het basispakket (Zvw en Wlz) worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk (SWP). Als er geen duidelijke maatstaf is, wordt gekeken naar wat in het vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Het bepalen of zorg voldoet aan SWP noemen we een effectiviteitsbeoordeling. Bij deze beoordeling staat de vraag centraal of de zorg wel meerwaarde heeft. Dit betekent dat we onderzoeken of de te beoordelen interventie een verbetering oplevert vergeleken met de standaard interventie die al in het pakket zit. Anders gezegd: voegt de interventie genoeg waarde toe, is het effect relevant en groot genoeg, en kunnen we erop vertrouwen dat het effect ook daadwerkelijk zal optreden?

Bij een deel van de langdurige zorg is een beoordeling van SWP niet nodig. De effectiviteit staat dan niet ter discussie of een effectiviteitsonderzoek is niet passend.[7] Dit sluit niet uit dat het van belang kan zijn de effectiviteit van specifieke interventies, werkwijzen of vormen van zorgverlening te beoordelen of te onderzoeken.

Kosteneffectiviteit

Kosteneffectiviteit is een pakketcriterium dat helpt om keuzes te maken in de zorg.[8] Het geeft de verhouding weer tussen de effectiviteit van een interventie en de kosten en eventuele besparingen die daarbij horen. Kosteneffectiviteit gaat dus niet alleen over de kosten, maar ook over de effecten van een interventie. Bij het bepalen van kosteneffectiviteit wordt een nieuwe interventie vergeleken met de standaard of meest gebruikelijke interventie in Nederland. Het huidige kader voor kosteneffectiviteit is alleen geschikt als er gegevens over de effectiviteit beschikbaar zijn.

Noodzakelijkheid

Het pakketcriterium noodzakelijkheid kent de termen 'ziektelast' en 'noodzakelijk te verzekeren'. Met 'ziektelast' wordt een indicatie gegeven van hoe ernstig een aandoening of beperking is voor een gemiddelde cliënt.[9] 'Noodzakelijk te verzekeren' richt zich op de vraag waar de ondergrens ligt van wat we als maatschappij willen betalen. Dit gaat over de balans tussen de collectieve en de individuele verantwoordelijkheid voor het dragen van zorgkosten waarvan de ziektelast en de kosten doorgaans relatief beperkt zijn. Zorg die naar verwachting vaak voorkomt en relatief weinig kost voor cliënten, past vanuit verzekeringsperspectief minder goed binnen het basispakket. Het is daarom verdedigbaar deze zorg niet collectief te verzekeren. Als deze zorg niet als noodzakelijk te verzekeren wordt gezien, valt dit in principe onder de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. Zwaarwegende redenen uit andere pakketcriteria kunnen aanleiding geven voor een andere afweging.

Uitvoerbaarheid

Het criterium uitvoerbaarheid gaat over de vraag of het in de praktijk haalbaar en houdbaar is om een bepaalde zorgvorm uit het basispakket te vergoeden of te stoppen met vergoeden.[10] Hiervoor kijkt het Zorginstituut bijvoorbeeld naar budgettaire, organisatorische, ethische, ecologische, personele en juridische consequenties van opname in- of uitstroom uit het basispakket, en naar de daarvoor te stellen randvoorwaarden. Uitvoerbaarheid is een belangrijk criterium, omdat het vanuit het perspectief van de samenleving kijkt of deze de consequenties van opname in het pakket kan dragen. De consequenties kunnen bij een interventie ook juist gunstig zijn, bijvoorbeeld door een lager beslag op arbeidsinzet, en daarmee voor opname in het basispakket pleiten.

2.2 Een toets op effectiviteit en kosteneffectiviteit is niet nodig

Voor dit advies hebben wij getoetst aan de pakketcriteria noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid.

Een toets op stand van wetenschap en praktijk (SWP) was voor dit advies niet nodig, omdat het verstrekken van eten en drinken geen interventie is, maar een basisbehoefte die iedereen nodig heeft om te kunnen functioneren. Er bestaat daarom geen twijfel over de effectiviteit van het verstrekken van eten en drinken. In plaats daarvan gaan wij uit van wat in het vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.[11]

Door het ontbreken van gegevens over de effectiviteit van eten en drinken is het ook niet mogelijk om de kosteneffectiviteit te berekenen volgens de gangbare methoden. Het is uiteraard wel belangrijk om doelmatig met middelen om te gaan, bijvoorbeeld door kostenbewuste afwegingen te maken. De praktische uitwerking hiervan ligt bij het zorgveld.

7 Rapport - Beoordelen van effectiviteit langdurige zorg | Zorginstituut Nederland
8 Rapport - Beoordelen van noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit langdurige zorg | Zorginstituut Nederland
9 Rapport - Beoordelen van noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit langdurige zorg | Zorginstituut Nederland
10 Rapport - Beoordelen van noodzakelijkheid, uitvoerbaarheid en kosteneffectiviteit langdurige zorg | Zorginstituut Nederland
11 *fs-maaltijdondersteuning_v4.pdf*

3. Beoordeling door het Zorginstituut

In dit hoofdstuk beschrijven wij tot welke conclusie wij zijn gekomen en welke afwegingen en aspecten uit de afwegingskaders noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid hieraan ten grondslag liggen. Hierbij hebben wij via een digitale uitvraag gebruik gemaakt van de visie van partijen op het verstrekken van eten en drinken.

Allereerst toetsten wij het verstrekken van eten en drinken aan het afwegingskader voor het pakketcriterium noodzakelijkheid. Dit leidde tot een conceptconclusie. Deze conclusie hebben wij getoetst met het afwegingskader uitvoerbaarheid. Daar kwamen geen aspecten uit die reden gaven om de conclusie te moeten herzien. Er kwamen wel risico's en acties uit die worden meegenomen in het advies aan de minister.

3.1 Conclusie

Op basis van de uitwerking van de afwegingskaders en de uitvraag bij partijen komen we tot onderstaande conclusie voor de aanspraak op eten en drinken voor ouderen met vpt.

> *De oudere zorgt zelf voor voldoende eten en drinken in huis, eventueel met hulp van de persoonlijke omgeving. Pas als een oudere niet meer in staat is het eten en drinken te organiseren, kan de oudere aanspraak maken op ondersteuning bij het organiseren van voldoende eten en drinken in huis vanuit de Wlz. De kosten van eten en drinken blijven ook dan voor rekening van de oudere en is geen te verzekeren zorg bij het vpt.*
>
> *Onder organisatie van eten en drinken verstaan wij het volgende: de zorgaanbieder draagt verantwoordelijkheid voor het regelen van eten en drinken als onderdeel van de integrale zorgverlening op het moment dat de oudere dit niet meer zelf kan. Dit kan van tijdelijke of structurele aard zijn. De zorgaanbieder bepaalt in afstemming met de oudere en diens netwerk of het organiseren van eten en drinken noodzakelijk is in de individuele situatie van de oudere. Het is belangrijk dat dit niet ten koste gaat van de druk op het sociale netwerk en de overbelasting van de mantelzorger. De afspraken worden vastgelegd in het zorgplan. Het zorgplan wordt minimaal twee keer per jaar geëvalueerd door de zorgaanbieder en tussendoor herzien als het nodig is.*[12]

Bovenstaande conclusie komt voort uit een integrale afweging waarin de argumenten om het collectief bekostigen van eten en drinken voor ouderen uit het vpt te halen zwaarder wegen, dan de argumenten voor het behouden van de huidige situatie. Het zorgt voor meer gelijkheid en duidelijkheid voor de oudere en diens naasten. Professionals kunnen zich meer richten op het bieden van passende zorg die echt nodig is. Daarnaast worden de collectieve middelen van de Wlz ingezet voor kosten die primair zorg gerelateerd zijn. Ook past het bij de transformatie naar passende langdurige zorg en de beweging naar zelf- en samenredzaamheid, waarbij eten en drinken onderdeel blijven van het normale leven en niet wordt overgenomen door zorg. Hieronder beschrijven wij per afwegingskader gedetailleerder welke onderbouwing van invloed was op de conclusie.

3.1.1 Noodzakelijkheid

Bij het afwegingskader noodzakelijkheid waren de afwegingen over gebruikelijkheid, voorzienbaarheid, therapietrouw en vervolgschade en gezondheidsverschillen van toepassing. Hieronder lichten wij deze toe.

Gebruikelijkheid

Eten en drinken is een algemene dagelijkse levensbehoefte waarvan iedereen afhankelijk is en die iedere thuiswonende oudere zelf dient te bekostigen, met of zonder vangnetconstructie. Het uitgangspunt van een publieke volksverzekering is dat je iets verzekert dat onvoorzien is en tot hoge kosten leidt. Dat is niet het geval bij de bekostiging van voldoende eten en drinken thuis. Het is daarom niet vanzelfsprekend om dit vanuit een collectieve verzekering te financieren, aangezien deze basisbehoefte voor iedereen geldt. Een verschil tussen verblijf in een instelling en het vpt is dat bij verblijf de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor zowel wonen als zorg, terwijl dit bij het vpt gescheiden is.

In principe kan iedereen eten en drinken verstrekken. Hier is geen uitgebreide professionele instructie voor nodig. Het uitgangspunt daarbij is dat de oudere zelf voldoende eten en drinken kan organiseren, eventueel met hulp van de persoonlijke omgeving. Als dit niet mogelijk is kan de zorgaanbieder de oudere ondersteunen bij de organisatie van voldoende eten en drinken in huis. Dit past bij de veranderende voorkeuren van ouderen. Ouderen willen hun zelfstandigheid behouden en regie hebben over hun eigen leven, samen met hun naasten in hun eigen vertrouwde omgeving. Dit is ook zichtbaar in de wijk, waar mensen elkaar helpen in zorgzame leefgemeenschappen zoals voorzorgcirkels. Het bestaande beleid op het verstrekken van eten en drinken, waarin iedereen met een vpt dit bekostigd krijgt ongeacht de persoonlijke leefsituatie, past niet meer binnen deze veranderende samenleving. Samen eten en omzien naar elkaar bevordert de samenredzaamheid. De aandacht verschuift daarmee van zorgaanbod naar een meer mensgerichte benadering met kwaliteit van bestaan als basis.[13] Het voorkomt dat mensen oplossingen zoeken in het zorgdomein voor aspecten die niet voor iedereen een zorgprobleem zijn.[14]

Wij zijn ons ervan bewust dat niet iedere oudere een sterk netwerk heeft of een netwerk heeft dat al veel zorg en ondersteuning op zich neemt. Het is daarom van belang dat de zorgaanbieder kan ondersteunen bij de organisatie van eten en drinken. Het sociale netwerk kan dan bij de zorgaanbieder terecht als de situatie van eten en drinken niet meer houdbaar is. De zorgaanbieder dient hierop te handelen.

12 *Artikel 8.1.1 lid 6 van* wetten.nl - Regeling - Wet langdurige zorg - BWBR0035917
13 Signalement Passende langdurige zorg | Zorginstituut Nederland
14 V&VN Programma 'Van Zorg naar Gewoon Leven' | V&VN, De beweging naar de voorkant: samen bouwen aan toekomstbestendige zorg | ActiZ, Coalitie van Zorg naar Gewoon Leven - Zilveren Kruis Zorgkantoor

Voorzienbaarheid

We zien dat passende zorg in de Wlz vaak afhankelijk is van de leveringsvorm in plaats van de zorgbehoefte. De leveringsvorm bepaalt welke zorg en ondersteuning een oudere thuis ontvangt. De gevolgen van de keuze van een leveringsvorm zijn op voorhand niet altijd te voorzien voor de oudere en diens omgeving. Voorbeeld 1 geeft het voorbeeld tussen mpt en vpt weer, welke aanleiding gaf tot dit advies. Er zijn daarnaast meer voorbeelden te bedenken die onduidelijkheid geven. Bijvoorbeeld het persoonsgebonden budget (pgb) en vpt, of geclusterd en ongeclusterd wonen.

Daarnaast is de oudere vaak afhankelijk van het gevoerde beleid van de zorgaanbieder met betrekking tot het verstrekken van eten en drinken. Dit verschilt per zorgaanbieder.[15] Ook hiervan zijn de gevolgen niet altijd te voorzien voor de oudere en diens omgeving. Er zijn bijvoorbeeld signalen dat veel zorgaanbieders het verstrekken van eten en drinken afkopen. De hoogte van de vergoeding die een zorgaanbieder verstrekt, verschilt sterk van elkaar. Uit het vpt-tarief kan namelijk geen exact budget voor eten en drinken worden afgeleid. Zorgaanbieders bepalen dit bedrag doorgaans in overleg met de cliëntenraad. In de praktijk sluit dit vaak aan bij de raming van het NIBUD: de gemiddelde kosten voor eten en drinken voor een man en vrouw van 70 jaar en ouder bedragen momenteel €7,96 per dag. Voor een eenpersoonshuishouden liggen deze kosten ongeveer 10 procent hoger.

We verwijzen voor de gevolgen en praktijkvariatie ook naar eerdere verkenningen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).[16]

Voorbeeld 1 - Casus mpt en vpt

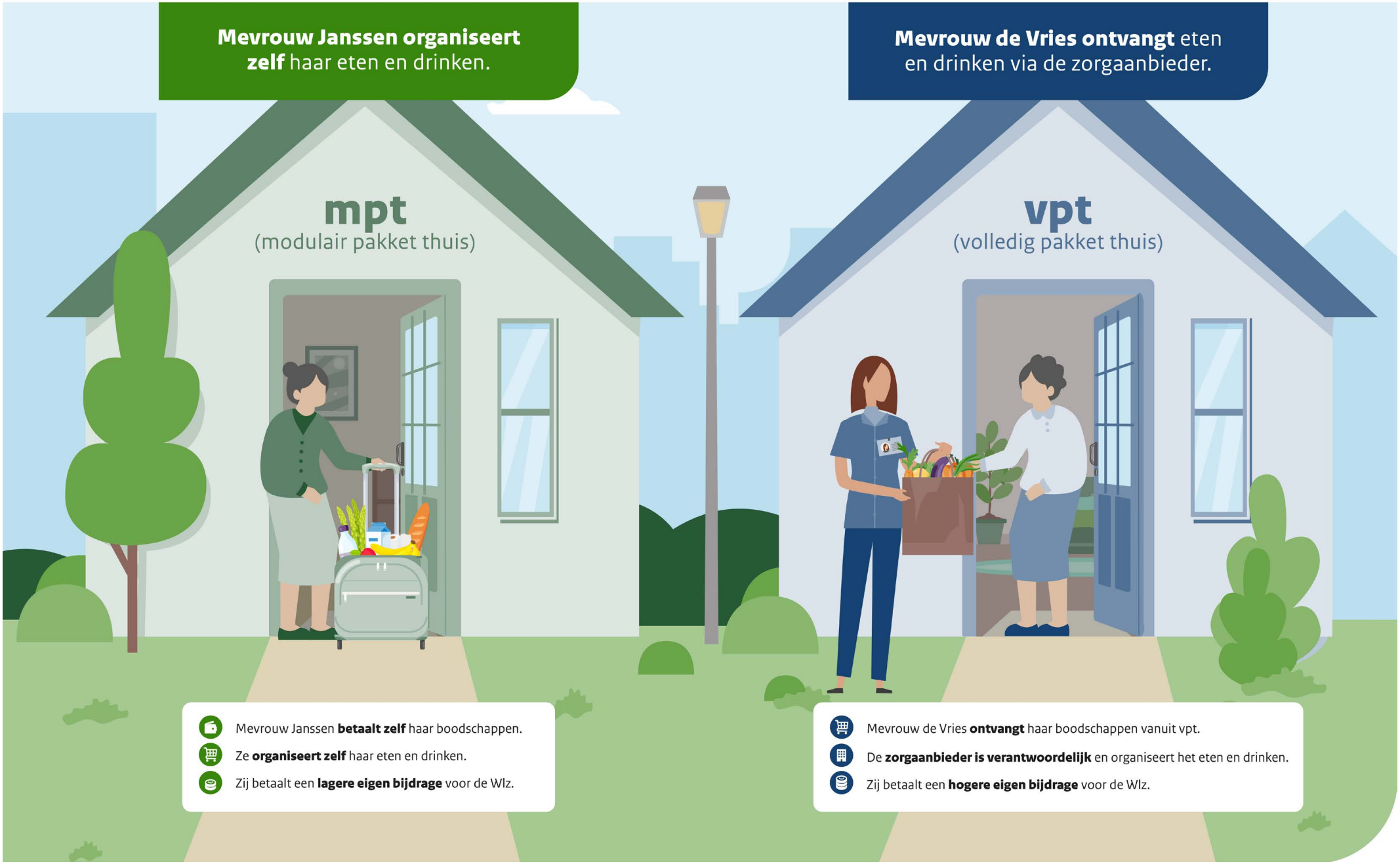
Mevrouw Janssen en mevrouw de Vries zijn buurvrouwen van elkaar en krijgen thuis Wlz-zorg van zorgaanbieder X. Ze hebben ongeveer dezelfde zorgvraag, maar ontvangen dit via een verschillende leveringsvormen. Hierdoor is verstrekken van eten en drinken ook anders geregeld.

Mevrouw Janssen ontvangt zorg via een vpt. Zorgaanbieder X zorgt dus ook voor voldoende eten en drinken in huis. Tafeltje dekje komt langs voor de avondmaaltijd. Mevrouw Janssen betaalt hiervoor niets aan de zorgaanbieder. Zij betaalt in plaats daarvan maandelijks een hogere eigen bijdrage aan het CAK.

Mevrouw de Vries ontvangt zorg via een mpt. Zij moet zelf zorgen dat ze voldoende eten en drinken in huis heeft. Haar dochter regelt dat de supermarkt elke zaterdag de boodschappen komt brengen voor de hele week. Mevrouw de Vries betaalt de boodschappen zelf. Zij betaalt een lagere eigen bijdrage aan het CAK.

15 *Voorbeelden hiervan zijn tafeltje dekje, eten in een gemeenschappelijke ruimte georganiseerd door zorgaanbieder, levering van maaltijden uit een centrale keuken en het geven van een vergoeding aan de oudere om het zelf te organiseren en betalen.*
16 *Opleegbrief Paper VPT - Scheiden van wonen en zorg - Nederlandse Zorgautoriteit en Verkenning aansluiting bekostiging mpt (Wlz) op de wijkverpleging (Zvw) - Nederlandse Zorgautoriteit*

Zo krijgen mevrouw Janssen en mevrouw de Vries hun **eten en drinken thuis**



Therapietrouw en vervolgschade
Ondervoeding en uitdroging kunnen grote gevolgen hebben voor het dagelijks functioneren van ouderen en in het uiterste geval leiden tot opname in een ziekenhuis of verpleeghuis.[17] Juist voor de ouderen met een Wlz-indicatie is het goed hier aandacht voor te hebben vanwege hun kwetsbaarheid en in toe nemende mate verlies van eigen regie. Het risico op ondervoeding neemt met de leeftijd toe. Bijna één op de vijf ouderen van 85 jaar of ouder is ondervoed.[18] Het is belangrijk om aan te sluiten bij de landelijke *Handreiking Kwetsbare ouderen thuis*, dat ondervoeding en uitdroging als integraal onderdeel van passende zorg voor kwetsbare ouderen beschrijft.[19]

Zorgaanbieders hebben als onderdeel van passende integrale zorg de taak om ondervoeding en uitdroging te voorkomen door te monitoren en op tijd te signaleren. Vroegsignalering kan een grotere zorgbehoefte voorkomen. Zij kunnen naast preventief signaleren ook tijdig de juiste professional inschakelen voor passende voedingszorg. Daarom is het belangrijk dat zorgaanbieders ouderen kunnen ondersteunen bij de organisatie van voldoende eten en drinken in huis, als een oudere en diens naasten dit niet meer zelf kunnen. Dit is een belangrijk doel van deze verstrekking volgens de memorie van toelichting van de Wlz.

Gezondheidsverschillen
Het niet langer bekostigen van eten en drinken bij een vpt treft de ouderen met een kleine portemonnee mogelijk harder. Dit kan de financiële kwetsbaarheid vergroten van deze ouderen. De ouderen zijn als risicogroep gekenmerkt door het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).[20] Het is belangrijk om hiermee bij invoering van het advies rekening te houden. Daarbij kan ook worden gedacht aan de opstapeling van kosten op het moment dat ouderen in andere domeinen meer zelf gaan betalen.

Hoewel niet duidelijk is hoe groot de groep ouderen met een Wlz-indicatie en financiële kwetsbaarheid is, is het geen reden om de bekostiging van eten en drinken via de Wlz te blijven verzekeren. Het inzetten van een collectieve voorziening, zoals het verstrekken van eten en drinken, betekent dat iedere verzekerde de zorg krijgt vergoed. Dus ook de ouderen voor wie het geen probleem is om de kosten zelf te dragen. De zorg voor iedereen verzekeren is geen doelmatige besteding van schaarse zorgmiddelen. Het heeft de voorkeur om een voorziening buiten de Wlz gericht beschikbaar te maken voor de ouderen die anders financieel in de knel komen.

3.1.2 Uitvoerbaarheid
Bij het afwegingskader uitvoerbaarheid waren de aspecten rechtvaardigheid en gelijkheid, wetgeving en afbakening, ethische kwesties en omgevingseffecten van toepassing. Hieronder lichten wij deze toe.

Rechtvaardigheid en gelijkheid
Het niet langer bekostigen van het eten en drinken zorgt voor meer gelijkheid tussen ouderen die zorg thuis ontvangen. Er is op dit moment namelijk verschil in de aanspraak op het verstrekken van eten en drinken tussen vpt en mpt, terwijl de zorgvragen van de ouderen gelijksoortig kunnen zijn. Dit geeft onduidelijkheid aan ouderen en diens naasten en veroorzaakt ongewenste praktijkvariatie, zoals eerder ook toegelicht in voorbeeld 1. Het verschil in de hoge of lage eigen bijdrage die een oudere betaalt voor het vpt of mpt moet worden herzien.

Een oplossing is nodig voor de ouderen die op dit moment nog eten en drinken verstrekt krijgen vanuit het vpt. Dat kan bijvoorbeeld met een overgangsregeling. Wij adviseren om dit vraagstuk gezamenlijk met de betrokken partijen op te pakken in het kader van de nieuwe leveringsvorm, aangezien dit ook daar aan de orde zal zijn.

Wetgeving en afbakening
Binnen het bestaande wettelijke kader is het niet mogelijk om ons advies door te voeren. Aanpassing van wetgeving is dan ook noodzakelijk om het verstrekken van eten en drinken niet langer te bekostigen vanuit het vpt binnen de Wlz. De aanpassing gaat in ieder geval over artikel 3.3.2 van de Wlz, waarin staat beschreven dat het verstrekken van eten en drinken onderdeel is van het vpt.[21] Het vpt-tarief moet vervolgens worden bijgesteld vanwege het niet langer bekostigen van het verstrekken van eten en drinken.

Omdat de organisatie van eten en drinken thuis binnen de Wlz verzekerd blijft voor ouderen die dit zelf niet kunnen, verwachten wij niet een grote verschuiving naar andere domeinen, zoals het gemeentelijk domein.

Tenslotte zien wij gevolgen voor de eigen bijdrage die een oudere met een vpt betaalt. De eigen bijdrage van een vpt is nu mede door het verstrekken van eten en drinken hoger dan bij een mpt. Dit moet worden herzien.

Ethische kwesties
Onze focus ligt op de ouderenzorg, zoals omschreven in het HLO. Het is belangrijk om bij invoering van dit advies rekening te houden met mogelijke gevolgen voor de andere sectoren binnen de Wlz op het moment dat de wetgeving uniform wordt aangepast. Dan geldt dit advies namelijk ook voor hen, terwijl zij niet zijn meegenomen bij de afwegingen.

Omgevingseffecten
Ouderen met een vpt die op dit moment gebruikmaken van voorzieningen in de buurt, zoals een gezamenlijke eetruimte in een verpleeghuis, zullen het eten in deze voorzieningen zelf moeten betalen. Dit kan ertoe leiden dat zij hier geen gebruik meer van maken.

3.1.3 Reactie partijen op uitvraag voorafgaand aan het advies
De uitgevraagde partijen[22] vinden het noodzakelijk dat het verstrekken van eten en drinken beschikbaar blijft voor ouderen die niet meer in staat zijn om dit zelf te organiseren en ook niemand in de omgeving hebben om hen hierbij te helpen.

De zorgaanbieder organiseert het verstrekken van eten en drinken nu op verschillende manieren. Partijen geven aan dat dit voortkomt uit krapte op de arbeidsmarkt en praktische organiseerbaarheid. Zij vinden dat dergelijke uitvoeringsproblemen geen reden mogen zijn voor het beperken van de aanspraak. Maar zij vinden ook dat het uitbetalen van een

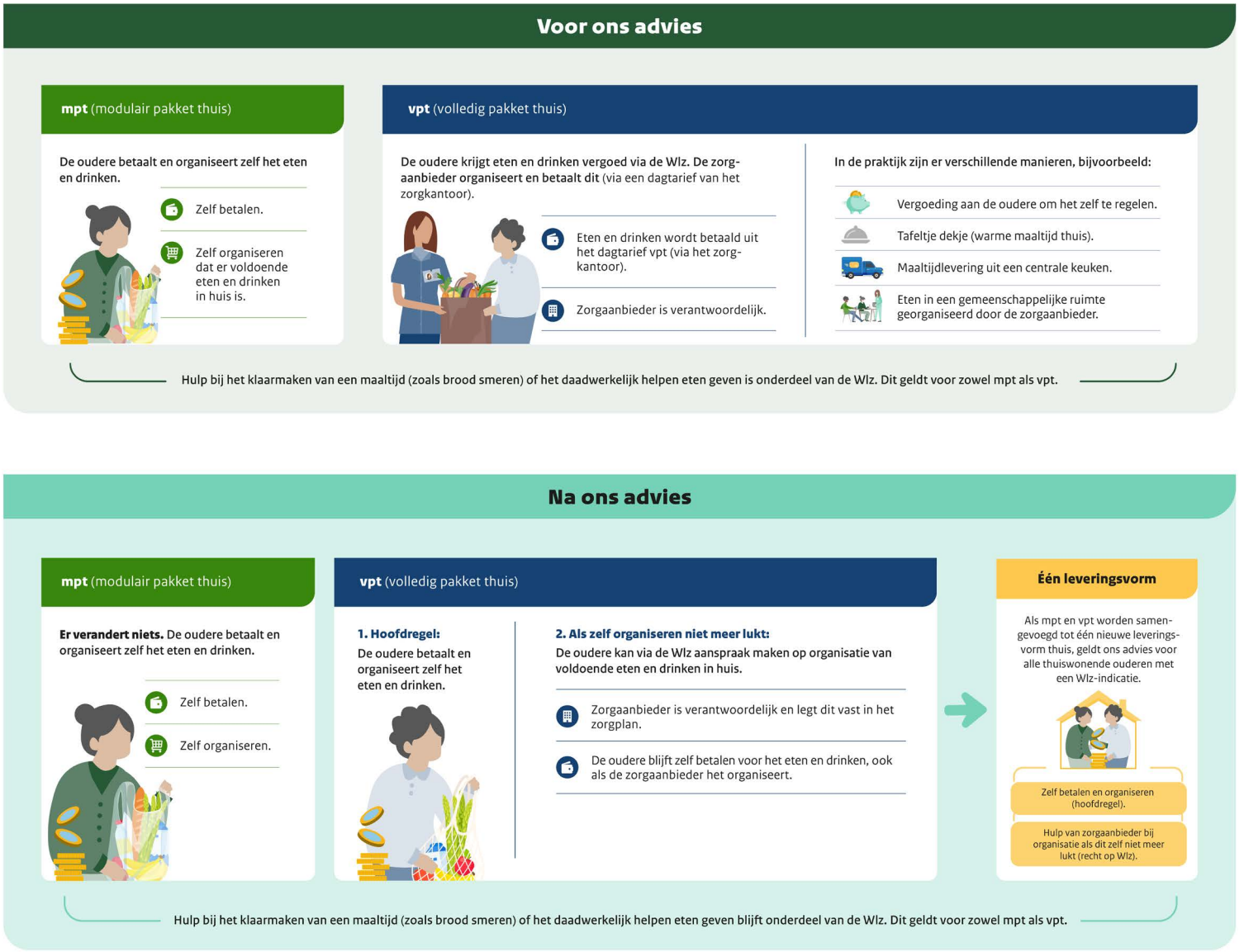
17 Waarom inzetten op het voorkomen van ondervoeding bij ouderen | Loketgezondleven.nl
18 Ondervoeding bij thuiswonende ouderen | Wat eet Nederland
19 Handreiking Kwetsbare ouderen thuis
20 Cijfers en feiten over de relatie tussen armoede en gezondheid | Loketgezondleven.nl
21 wetten.nl - Regeling - Wet langdurige zorg - BWBR0035917. *Uit dit artikel blijkt dat de wetgever het verstrekken van eten en drinken specifiek heeft uitgesloten voor het mpt. Daaruit is op te maken dat dit wel mogelijk is voor het vpt.*
22 *We hebben de partijen gevraagd die ook betrokken zijn bij het ontwikkelen van de nieuwe leveringsvorm. Dit zijn Verenso, V&VN, ZorgthuisNL, CAK, PFN, NIP, NZa, Actiz, ZN en LHV. Aanvullend vragen wij ook input van de VNG en MantelzorgNL vanwege de betrokkenheid van maaltijden vanuit het sociale domein en de belangenbehartiging van mantelzorgers die vaak delen van de zorg en ondersteuning overneemt.*

vergoeding ter compensatie niet de bedoeling is. De ouderen moeten de kosten voor eten en drinken zelfstandig kunnen dragen. Als laatste zorgt de praktijkvariatie ervoor dat een oudere of mantelzorger op dit moment niet goed weet waar ze aan toe zijn en daardoor ook niet goed de regie kan pakken.

Meerdere partijen benadrukken het belang van maatwerk. Of het verstrekken van eten en drinken nodig is, moet worden bepaald op basis van de individuele situatie van de oudere. Maatwerk benadrukt de autonomie van de oudere en geeft bewegingsruimte aan de zorgaanbieder om passende zorg te bieden. De keuzevrijheid en de persoonlijke behoeften van de oudere staan hierbij centraal, waarbij uitgangspunt is dat de oudere hier redelijkerwijs op aangewezen moet zijn. Verder benoemen partijen dat wijzigingen of verschuivingen – naar bijvoorbeeld de gemeente – risico's opleveren die stabiliteit, veiligheid of kwaliteit van leven van de oudere en diens omgeving kunnen raken.

Aansluiting bij conclusie

Onze conclusie sluit grotendeels aan bij de uitvraag van partijen. Hoewel niet alle partijen letterlijk benoemen dat de bekostiging van eten en drinken kan stoppen, geven ze wel aan dat er de mogelijkheid moet blijven om ouderen te ondersteunen bij het regelen van eten en drinken, als zij daar zelf niet meer toe in staat zijn. Daarmee zetten de partijen de individuele situatie van de oudere centraal. Maatwerk benadrukt autonomie en geeft bewegingsruimte aan de zorgaanbieder. Partijen geven aan dat uitvoeringsproblemen geen reden mogen zijn voor het beperken van de aanspraak. Wij kunnen ons dit voorstellen. De in dit hoofdstuk genoemde afwegingen geven ons echter genoeg aanleiding om de aanspraak aan te passen, zodat deze beter past bij passende langdurige zorg en de veranderende samenleving.



4. Advies aan de minister

De minister verzocht ons in de opdrachtbrief Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg (HLO) het volgende:

"Het Zorginstituut adviseert aan de minister van VWS over de aanspraak 'het verstrekken van eten en drinken' in het volledig pakket thuis (vpt) bij zorg thuis voor ouderen met een Wlz-indicatie"

In voorgaande hoofdstukken beschreven we hoe we deze vraag hebben opgepakt en welke afwegingen leidden tot de conclusie. Op basis van de conclusie komen wij tot onderstaande adviezen aan de minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport.

4.1 Geen vergoeding voor eten en drinken, soms wel voor de organisatie ervan

Het Zorginstituut adviseert het verstrekken van eten en drinken niet langer als geheel te verzekeren vanuit de Wlz voor ouderen met een vpt, maar alleen het organiseren hiervan te verzekeren vanuit de Wlz. Het Zorginstituut adviseert daarmee ook de kosten voor het eten en drinken niet langer te verzekeren vanuit de Wlz voor ouderen met een vpt. Dat betekent dat alleen een oudere die er redelijkerwijs op is aangewezen aanspraak kan maken op de organisatie van eten en drinken thuis. Deze oudere betaalt het eten en drinken alsnog zelf.

4.2 Pak dit advies op binnen de nieuwe leveringsvorm

Wij adviseren om het gegeven advies op te pakken binnen de nieuw te ontwikkelen leveringsvorm in het HLO, als één van de deelactiviteiten. De benodigde vervolgactiviteiten passen goed binnen de lopende activiteiten voor deze nieuwe leveringsvorm. Bovendien is er dan voldoende ruimte om openstaande vragen samen met betrokken partijen te bespreken. Wij vragen om na te gaan wat nodig is voor de uitvoering van dit advies en daarbij in ieder geval onderstaande activiteiten mee te nemen binnen de in het HLO vastgestelde deadlines voor dit cluster:

- De wetgever wijzigt artikel 3.3.2 van de Wlz;
- De Nza stelt een nieuw tarief vast minus de kosten voor het eten en drinken;
- Het ministerie van VWS onderzoekt de plek voor organisatie van eten en drinken binnen de Wlz-aanspraak. Het Zorginstituut denkt hier graag over mee;
- Het ministerie van VWS herziet de eigen bijdrage voor de ouderen en betrekt daar de juiste partijen bij;
- De HLO-partijen onderzoeken samen een passende overgangsregeling voor ouderen die nu als onderdeel van het huidig vpt eten en drinken verstrekt krijgen.

Dit advies over eten en drinken is niet een op zichzelf staand onderwerp, maar onderdeel van een scala activiteiten binnen het HLO om de Wlz toegankelijk te houden voor de meest kwetsbare ouderen en de zorg passend in te zetten bij diens persoonlijke situatie. Het is daarom belangrijk om rekening te houden met de gevolgen die de wetswijziging heeft voor andere sectoren binnen de Wlz en de risico's die bij dit advies komen kijken.

4.3 Houd rekening met de gevolgen voor andere sectoren en de risico's

De ervaring leert dat veranderingen aan het zorgstelsel gevolgen kunnen hebben voor andere delen van het stelsel. De Wlz is niet alleen gericht op de ouderenzorg. Wanneer de wijziging wordt doorgevoerd in de wet, heeft dit ook gevolgen voor de andere sectoren. Deze sectoren zijn niet meegenomen in de onderliggende afweging van dit advies. Het is daarom noodzakelijk om ook de belangen van deze sectoren in de afweging te betrekken. Daarbij is het niet ondenkbaar dat deze aanpassing ook voor de andere sectoren relevant kan zijn. Wanneer de nieuwe leveringsvorm uitsluitend voor de ouderenzorg wordt aangepast, leidt dit tot complexere wet- en regelgeving. Een dergelijke ontwikkeling zou niet wenselijk zijn, aangezien het ministerie van VWS juist als doel heeft de wet- en regelgeving te vereenvoudigen.

De partijen brachten daarnaast tijdens de consultatieronde een aantal onderwerpen naar voren die voor hen van belang zijn. Dit zijn onder andere:

- de praktische uitvoering bij zorgaanbieders en zorgkantoren en mogelijke ongewenste effecten daarbij;
- de mogelijke ongewenste schotten en drempels met de gemeenten;
- duidelijkheid over een compensatieregeling voor de ouderen met een financiële kwetsbaarheid;
- aandacht voor ouderen zonder een stevig netwerk;
- het in beeld brengen van de maatschappelijke kosteneffectiviteit;
- de verhoging van de druk op de mantelzorgers; en
- mogelijke administratieve lasten.
- In bijlage 2 zijn de reacties van de partijen opgenomen met onze reactie daarop. Wij adviseren de minister om bij invoering van dit advies met partijen in gesprek te gaan over de onderwerpen die voor hen van belang zijn.

4.4 Kijk vanuit een breder perspectief op passende zorg in het Wlz-pakket

Het is belangrijk dat de zorg voor mensen met een Wlz-indicatie ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar blijft. Het behouden van zelfstandigheid, het kunnen blijven meedoen in de eigen leefomgeving en het samenleven in wijken en buurten staan daarbij centraal, met professionele zorg waar dat nodig is. De beweging naar passende zorg is daarbij van belang. Passende zorg betekent zorg die bewezen effectief is, aansluit bij de wensen en mogelijkheden van mensen, en die bijdraagt aan hun kwaliteit van leven. Het gaat daarbij om de vraag welke zorg voldoende waarde toevoegt voor mensen met een Wlz-indicatie en daarom onderdeel zou moeten zijn van de zorg die we als samenleving financieren. Daarbij is het van belang om het gesprek over de inhoud van het Wlz-pakket verder te voeren en daarin duidelijke keuzes te maken.

Bijlage 1: Cijfermatig inzicht vpt

In deze bijlage geeft het Zorginstituut cijfermatig inzicht in het gebruik van het vpt. Dit doen we door eerst te laten zien hoeveel ouderen, ofwel mensen met een Wlz-indicatie VV-profiel, de afgelopen jaren gebruik maakten van het vpt en hoe dit is onderverdeeld per zorgprofiel. Vervolgens gaan we in op de kosten binnen het vpt en de gemiddelde kosten per gebruiker.

Aantallen gebruikers per jaar en per zorgprofiel

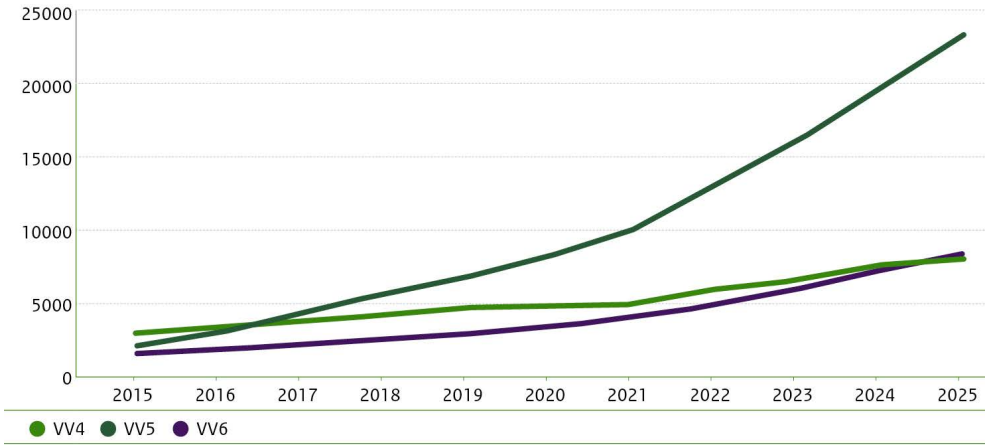
Het aantal gebruikers voor het vpt is de afgelopen 10 jaar gegroeid. Tabel 1 laat zien dat van 2015 tot en met 2025 een gemiddelde groei van 18,66 procent per jaar. Van 2020 tot en met 2025 steeg dit met gemiddeld 20,02 procent per jaar. Tabel 2 laat het aantal afgegeven zorgprofielen per jaar zien. N.B.: In tabel 1 zijn het aantal individuele gebruikers opgenomen, terwijl in tabel 2 het aantal afgegeven zorgprofiel met gebruik vpt is weergegeven. De herindicaties zijn daarbij inbegrepen. Hierdoor valt het totaal hoger uit vergeleken met tabel 1.

De groei van het vpt wordt voornamelijk gedragen door de mensen met een VV4, VV5 en VV6 zorgprofiel, met de grootste groei in de VV5. Dit hebben we gevisualiseerd in grafiek 1. Het aantal mensen met een VV2 en VV3 profiel zijn gedaald tot een niveau dat er bijna geen afnemers meer zijn. Dat is logisch omdat deze zorgprofielen sinds ingang Wlz niet meer worden afgegeven. We zien tot slot dat de VV10 per 2017 een stabiele groei heeft ingezet. In kleinere mate zien we dat de VV7 per 2022 ook een sterkere stijging heeft ingezet.

Tabel 1 - Aantal gebruikers vpt met een VV-profiel per jaar

Jaar	Gebruikers vpt
2015	7.048
2016	8.368
2017	10.227
2018	12.215
2019	13.693
2020	15.617
2021	18.215
2022	23.184
2023	27.638
2024	33.758
2025	38.786

Grafiek 1 - Verloop aantal gebruikers met een vpt per jaar, zorgprofiel VV4-VV6



Tabel 2 - Aantal keren dat een zorgprofiel per jaar is afgegeven en verzilverd met vpt

Jaar	VV1	VV2	VV3	VV4	VV5	VV6	VV7	VV8	VV9	VV10	Totaal
2015	99	353	884	2.702	1.942	1.396	222	99	3	20	7.720
2016	61	245	556	3.213	2.919	1.759	230	90	2	27	9.102
2017	43	174	380	3.637	4.304	2.055	229	98	3	60	10.983
2018	33	117	253	4.179	5.649	2.449	239	86	6	164	13.175
2019	22	79	173	4.599	6.741	2.743	241	102	5	314	15.019
2020	14	55	118	4.682	8.249	3.299	263	101	3	440	17.224
2021	6	32	64	4.905	10.134	3.878	301	89	8	555	19.972
2022	4	20	39	5.943	13.296	4.810	346	99	13	723	25.293
2023	2	11	27	6.622	16.255	5.959	465	102	10	866	30.319
2024	1	7	20	7.629	20.174	7.262	595	114	4	1.075	36.881
2025	1	4	12	8.121	23.644	8.348	685	120	6	1.257	42.198

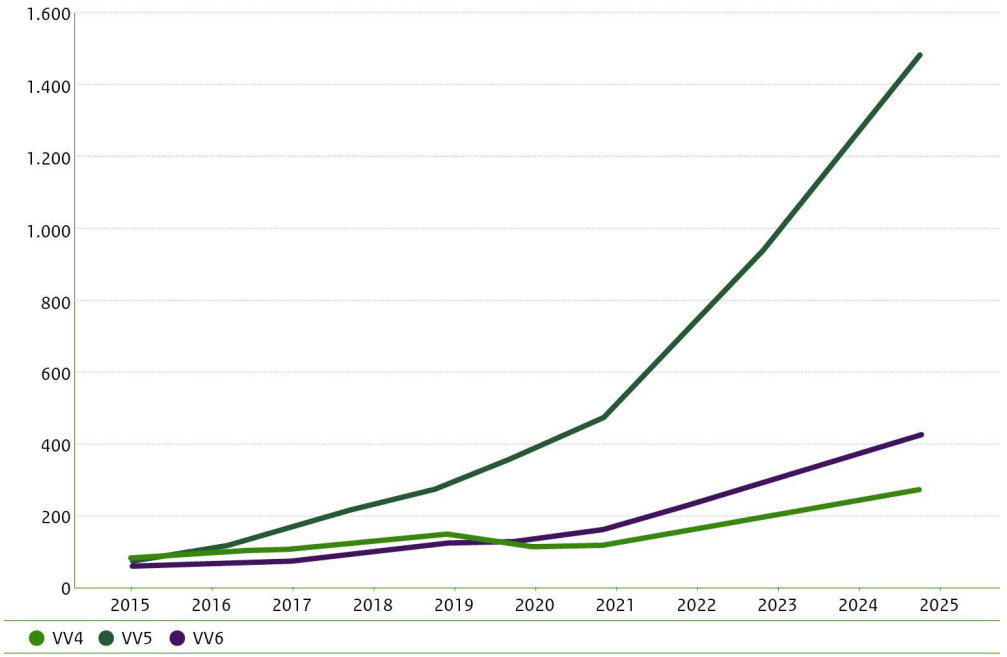
Kosten van het vpt per jaar per zorgprofiel

Tabel 3 geeft de kosten per jaar in totaal en per zorgprofiel weer. Gemiddeld zijn de kosten van het vpt van 2015 tot en met 2025 met 26,04 procent per jaar gestegen. De kosten van VV5 en de VV7 lopen het snelst op. Dit is mede te verklaren doordat het aantal gebruikers in vpt ook groeit voor deze zorgprofielen. In grafiek 2 visualiseren wij deze groei. Er is ook een duidelijke groei zichtbaar in kosten binnen de VV10.

Tabel 3 - Kosten vpt per zorgprofiel per jaar

Jaar	VV1 - VV3	VV4	VV5	VV6	VV7	VV8	VV9	VV10	Totaal
2015	34.339.154	70.355.870	61.393.333	48.563.368	9.968.449	3.913.685	48.894	140.996	228.723.749
2016	23.018.511	82.426.556	94.040.196	57.854.803	11.246.809	3.980.449	37.820	124.271	291.215.840
2017	15.909.981	96.192.006	146.195.012	71.245.716	10.838.760	4.452.230	68.537	447.248	345.349.490
2018	11.211.214	121.330.334	215.373.978	91.577.843	11.478.310	5.105.235	119.637	1.509.706	457.706.256
2019	8.732.899	137.008.913	275.022.656	111.211.478	13.047.672	5.204.234	83.446	2.308.718	552.620.017
2020	5.448.863	103.788.505	357.078.093	121.459.948	15.604.320	6.747.922	52.055	3.622.809	613.802.516
2021	3.425.518	109.874.332	470.073.504	149.387.965	17.915.321	6.427.380	68.091	4.189.525	761.361.637
2022	2.226.409	152.921.762	713.934.899	211.557.226	22.528.312	8.423.207	200.560	6.040.320	1.117.832.695
2023	1.567.151	183.405.550	931.695.142	278.205.730	31.370.009	9.295.648	172.037	7.676.023	1.443.387.290
2024	1.184.377	223.860.144	1.207.647.935	357.816.195	41.126.170	11.718.730	123.630	7.340.608	1.850.817.789
2025	796.611	259.395.434	1.504.524.265	431.499.932	51.389.547	12.649.717	106.525	8.413.757	2.268.775.788

Grafiek 2 - Kosten VPT per jaar, VV4-VV6 (in miljoenen)



Gemiddelde kosten per cliënt per jaar

Het vpt laat in de periode 2015 t/m 2025 een sterke groei in zowel aantal cliënten als totale kosten zien. De populatie met cliënten met een vpt werd ruim 5,5 keer zo groot in 10 jaar tijd. De totale kosten van het vpt groeiden over diezelfde periode jaarlijks met gemiddeld 25,8 procent. Als gevolg hiervan lagen de gemiddelde kosten per gebruiker in 2025 circa 80 procent hoger dan in 2015. In tabel 4 geven een weergave van de gemiddelde kosten per gebruiker per jaar.

Deze gemiddelde kostenstijging per gebruiker is mede te verklaren vanwege het toenemend aantal gebruikers van het vpt, jaarlijkse indexatie en de verschuiving waarbij lagere zorgprofielgroepen afnemen en hogere zorgprofielgroepen toenemen in vpt gebruik.

Tabel 4 - Gemiddelde kosten per gebruiker met een vpt per jaar

Jaar	Gebruikers vpt	Kosten vpt (€)	Kosten per gebruiker (€)
2015	7.048	228.723.749	32.451
2016	8.368	272.729.414	32.591
2017	10.227	345.349.490	33.767
2018	12.215	457.706.255	37.469
2019	13.693	552.620.016	40.358
2020	15.617	613.802.516	39.304
2021	18.215	761.361.637	41.799
2022	23.184	1.117.832.695	48.215
2023	27.638	1.443.387.290	52.224
2024	33.758	1.850.817.788	54.826
2025	38.786	2.268.775.788	58.495

Bijlage 2: Consultatiereacties

Wij hebben een eerdere versie van dit adviesrapport geconsulteerd bij partijen uit de werkgroep Wlz-zorg thuis van het HLO. Daarnaast hebben we het rapport voorgelegd aan een aantal andere partijen die betrokken zijn bij de zorg voor ouderen met een Wlz-indicatie. We hebben alle partijen drie vragen gesteld:

1. Zijn de beschreven conclusie, bijbehorende afwegingen en het advies voor u begrijpelijk en logisch?
2. Zijn er feitelijke onjuistheden in het advies?
3. Zijn er nog andere aandachtspunten die u wilt meegeven in betrekking op dit advies?

Alle gevraagde partijen hebben gereageerd op onze vragen. Partijen gaven aan de conclusie en argumentatie begrijpelijk en logisch te vinden. Het verduidelijkt de aanspraak en geeft gewenste samenhang met het mpt. Ook is het onderscheid tussen bekostigen en organiseren een logische stap en laat het advies ruimte voor de professional om te ondersteunen waar dat nodig is.

Partijen vragen ook aandacht voor de onderdelen waarover zij hun zorgen uiten. Dit betreft onder andere de praktische uitwerking na invoering van het advies. Wie bepaalt of de organisatie van eten en drinken noodzakelijk is? Eigen regie is vaak bij deze doelgroep niet meer aan de orde. Juist vanwege de aard van een Wlz-indicatie kan niet zonder meer worden verondersteld dat ouderen hiertoe in staat zijn. Kwetsbare ouderen hebben daarbij vaker een verstoord honger- en dorstgevoel. De kwaliteitseisen van het eten en drinken en het voorkomen van voedingsgerelateerde gezondheidsrisico's moeten in de praktijk worden geborgd. Het is daarbij belangrijk om oog te hebben voor de positie van de kwetsbare oudere zonder stevig netwerk en ouderen die financieel kwetsbaar zijn. Hoe zorgen we ervoor dat er niet een extra taak bij de mantelzorger komt te liggen en het sociaal netwerk het blijft volhouden? Ook is het belangrijk om na te denken over wat dit advies betekent voor de andere doelgroepen in de Wlz, zoals de gehandicaptenzorg en langdurige geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast vragen partijen aandacht voor de verschillen in het verstrekken van eten en drinken tussen geclusterde en ongeclusterde woonvormen.

We hebben de consultatiereacties van alle partijen gekopieerd in onderstaande tabel. De schuingedrukte tekst in de tabel geeft aan wat we met de reacties hebben gedaan.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
Partijen betrokken bij het hoofdlijnenakkoord ouderenzorg (HLO) werkgroep Wlz-zorg thuis (cluster 5)			
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	De beschreven conclusies, bijbehorende afwegingen en het advies zijn op hoofdlijnen begrijpelijk en logisch. Wel zouden wij iets meer willen benadrukken in het begin van de samenvatting en in de inleiding dat de aanleiding van VWS om dit advies te vragen is gelegen in (de afspraak in het HLO) om voor de ouderenzorg één nieuwe leveringsvorm te ontwikkelen (naast het pgb) voor Wlz-zorg thuis. Op dit moment hebben alleen thuiswonende ouderen met een vpt aanspraak op het verstrekken van het eten en drinken vanuit de Wlz. Voor andere leveringsvormen voor Wlz-zorg thuis geldt dit niet. Bij het nadenken over de nieuwe leveringsvorm vormt dit daarmee logischerwijs een element om over na te denken. Op pagina 11 staat dat bij verblijf in een instelling de zorgaanbieder verantwoordelijk is voor zowel wonen als zorg, terwijl dit bij het vpt gescheiden is. Echter ook in een instelling vormt het verstrekken van eten en drinken een basisbehoefte; dit argument is niet heel sterk om te beargumenteren waarom het in een instelling wel vanzelfsprekend is om het verstrekken van eten en drinken vanuit een collectieve verzekering te financieren?	Volgens ons niet	In het rapport wordt slechts summier aandacht besteed aan de gevolgen voor andere sectoren. Indien de aanspraken in het vpt uniform zou worden aangepast, dan geldt dit ook voor de gehandicaptenzorg en langdurige ggz terwijl deze sectoren niet zijn meegenomen in het advies. Een aanpassing voor de ouderenzorg is wellicht ook niet wenselijk omdat er dan twee soorten vpt's ontstaan (één voor ouderen en één voor de overige sectoren). Ook is er dan mogelijk sprake van elkaar snel opvolgende (wets) wijzigingen (eerst een aanpassing van het VPT en dan vervolgens voor de introductie van de nieuwe leveringsvorm). *Reactie: Wij begrijpen de zorgen en het staat benoemd in het advies aan de minister in hoofdstuk 4. De vraag vanuit jullie kwam voort uit het HLO met de focus op de ouderenzorg. De andere doelgroepen zijn hierdoor ook niet meegenomen in de afweging.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	Het zorginstituut adviseert het ministerie van VWS te onderzoeken waar de organisatie van eten en drinken passend is binnen de wetgeving. Zou het Zorginstituut hier niet zelf een voorstel voor kunnen doen? Past deze organisatie (indien de client of zijn omgeving hierin niet zelf kan voorzien) bijvoorbeeld niet al onder de huidige formulering van de aanspraken (bijvoorbeeld onder begeleiding)? *Reactie: We hebben de aanleiding verduidelijkt in de samenvatting en inleiding.* *We hebben ons nu gericht op de vraag die jullie aan ons gesteld hebben vanuit het HLO. Eten en drinken in een verblijfssetting is daar geen onderdeel van. Niet alleen in een Wlz-instelling, maar ook in bijvoorbeeld ziekenhuizen, is het eten een drinken op dit moment onderdeel van verzekerde zorg.* *We zijn zeker bereid om mee te denken over de plaats van organisatie van eten en drinken in de wetgeving.*		
Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)	De conclusie is in lijn met onze eerdere rapporten Scheiden Wonen en Zorg en verkenning mpt. Wij zijn blij dat de aanspraken voor het mpt en vpt gelijk getrokken worden ten aanzien van het eten en drinken.	Nee	Aandachtspunt is, zoals bij het Zorginstituut bekend, dat we, in het kader van de nieuwe leveringsvorm Wlz thuis, moeten gaan onderzoeken onder welke noemer het organiseren van eten en drinken valt (begeleiding of toch huishoudelijke hulp). We zijn benieuwd of het Zorginstituut hier een rol voor zichzelf ziet weggelegd? Daarnaast geven jullie in het advies aan 'Het gegeven advies bij 4.1 is ook voor de nieuwe leveringsvorm relevant. Wij adviseren om in de nieuwe leveringsvorm het verstrekken van eten en drinken niet als een aparte module op te nemen, maar te onderzoeken hoe de organisatie van eten en drinken een plek kan krijgen binnen de nieuwe leverings-vorm'. Op dit moment is nog onduidelijk hoe de nieuwe leveringsvorm er uit gaat zien en hoe de modules daar binnen vorm krijgen (als er sprake gaat zijn van modules, ook dat is nu nog niet duidelijk). Zouden jullie mee willen denken bij de uitwerking van de modules en hoe we daarbinnen eten en drinken het beste kunnen positioneren? *Reactie: We zijn zeker bereid om mee te denken over bovenstaande vraagstukken.*
Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)	Wij kunnen de beschreven conclusie, de afwegingen en het advies goed volgen en vinden dat er een logische conclusie is getrokken.	Voor zover wij kunnen beoordelen staan er geen feitelijke onjuistheden in het advies.	Wij hebben geen andere aandachtspunten.
Verenso	Verenso herkent zich in de hoofdlijnen van de analyse en kunnen ons vinden in het advies. De verduidelijking van de aanspraak, in samenhang met de aanspraak van het MPT, vinden wij een goede stap vooruit. Ook waarderen wij dat het advies ruimte laat voor vergoeding van de organisatie van eten en drinken wanneer dit voor een patiënt noodzakelijk is.		Wat naar ons idee nog ontbreekt, is een nadere uitwerking van hoe de beoordeling van die noodzaak in de praktijk plaatsvindt. Het zou behulpzaam zijn als explicieter wordt benoemd dat zorgprofessionals dit samen met de patiënt en diens naasten beoordelen en hierin de regie voeren.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
			Daarnaast kan het advies worden verduidelijkt met enkele concrete voorbeelden van situaties waarin de organisatie van eten en drinken relevant is, zoals: - **Patiënten met slikstoornissen** hebben vaak aangepaste of speciale voeding nodig. Voor deze groep is het van belang dat deze voeding structureel beschikbaar en betaalbaar blijft én op een veilige manier wordt aangeboden; - **Patiënten met dementie** hebben regelmatig begeleiding nodig om überhaupt tot eten te komen. Zij pakken zelf geen eten, herkennen maaltijdmomenten niet of vergeten dat er eten is. Ook in de thuissituatie is het niet vanzelfsprekend dat naasten deze ondersteuning kunnen overnemen; - **Patiënten in de palliatieve fase;** - **Patiënten met een sterk verminderde eetlust**. *Reactie: We hebben verduidelijkt dat het aan de zorgaanbieder is om te bepalen of iemand redelijkerwijs is aangewezen op de zorg, in samenspraak met oudere en naasten. Het is aan de zorgaanbieder om goede zorg te bieden. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan.* *Voor wat betreft de voorbeelden is het te vroeg om in deze fase van de uitwerking al concrete voorbeelden te benoemen. Dit om verwarring en uitsluiting te voorkomen. Wij adviseren dit onderwerp van gesprek te laten zijn bij de verdere uitwerking van ons advies.*
CAK	Een aanvulling op het advies op pagina 4; De NZa onderzoekt of dat er een productcode voor het organiseren van eten en drinken moet komen. Er wordt immers over de volgende optie gesproken: “Pas als een oudere niet meer in staat is het eten en drinken te organiseren, kan de oudere aanspraak maken op ondersteuning bij het organiseren van voldoende eten en drinken in huis vanuit de Wlz”. *Reactie: We begrijpen de vraag. Het is onderdeel van de vervolgstappen. De eerste stap is om te kijken waar de organisatie van eten en drinken past onder de aanspraak, daarna volgt de bekostiging via de NZa.*	Tenslotte hebben wij geen feitelijke onjuistheden aangetroffen en een belangrijk aandachtspunt voor ons namelijk een besluit nemen over de impact op de eigen bijdrage staat benoemd. Daarbij willen wij wel meegeven dat het organiseren van eten en drinken, als een bestanddeel van de eigen bijdrage, onwenselijk is m.n. als dat pas achteraf kan worden vastgesteld en/of kan fluctueren.	Allereerst wil het CAK een aandachtspunt meegeven. In In het conceptrapport wordt er geen aandacht besteed aan geclusterde woonvormen, die door aansturing van de overheid vanaf 2007 zijn ontstaan. <u>Definitie;</u> Een geclusterde woonvorm bestaat uit zelfstandige woningen die fysiek dicht bij elkaar liggen, veelal specifiek ontworpen voor mensen met een zorgvraag. Het biedt een middenweg tussen volledig zelfstandig wonen en een verpleeghuis, waarbij privacy in de eigen woning wordt gecombineerd met een gemeenschappelijke ruimte en gedeelde faciliteiten. Deze geclusterde woonvormen fungeren veelal als ware het een instelling met dien verstande dat elke huurder zelfstandig zijn eigen huur overmaakt en de zorg d.m.v. het vpt wordt gerealiseerd. Waarom is niet beoordeeld om in deze situatie wel eten en drinken in het kader van het vpt te blijven verstrekken? Door voorbeeld 1 op pagina 11 op te nemen ontstaat er enigszins een gekleurd beeld. Om dit te voorkomen zouden ook voorbeeld(en) moeten worden opgenomen die een beeld schetsen over de geclusterde woonvormen. Mevrouw vd Burg en mevrouw vd Laan zijn buurvrouwen van elkaar en krijgen thuis Wlz zorg van zorgaanbieder Y in de instelling.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
			Ze hebben ongeveer dezelfde zorgvraag, maar ontvangen dit via een verschillende leveringsvormen. Het verstrekken van eten en drinken is op precies dezelfde wijze geregeld. Mevrouw vd Burg ontvangt zorg via een vpt. Mevrouw vd Laan ontvangt zorg d.m.v. verblijf in de instelling. Mevrouw vd Burg betaalt maandelijks de lage eigen bijdrage aan het CAK, omdat zij zelf haar huur van de kamer aan de instelling overmaakt. Mevrouw vd Laan betaalt maandelijks de hoge eigen bijdrage aan het CAK omdat zij geen huur voor de kamer betaalt. Een derde voorbeeld is ook te maken tussen een vpt en pgb in dezelfde geclusterde woonvorm waarbij de bewoner met een vpt wel eten en drinken krijgt en de bewoner die met een pgb in dezelfde geclusterde woonvorm zit het eten en drinken niet krijgt of het zelf moet betalen. Daar tegenover staat dat de bewoner met een vpt een hogere eigen bijdrage betaalt dan de bewoner met een pgb. *Reactie: Wij begrijpen de vraag over het geclusterd en ongeclusterd. We gaan daar in dit advies niet op in omdat de leveringsvorm beide woonvormen bedient. De aanspraak op zorg thuis, hoort volgens ons niet afhankelijk te zijn van waar je woont. Wij geven een korte toelichting in hoofdstuk 1.* *Voor wat betreft de voorbeelden hebben wij gekozen voor het mpt en vpt omdat deze vraag voorligt vanwege de vraag uit het HLO. In het advies hebben we toegevoegd dat er ook andere voorbeelden mogelijk zijn.*
ZorgthuisNL	Wij herkennen de wens om te komen tot een meer eenduidige, uitlegbare en passende afbakening van hetgeen collectief wordt gefinancierd binnen de Wlz. Tegelijkertijd zien wij een aantal aandachtspunten die naar onze mening nader uitgewerkt of verkent dienen te worden voordat beleidsmatige conclusies worden getrokken. De conclusie en de onderliggende afwegingen zijn over het algemeen begrijpelijk en navolgbaar. Het is goed dat er in de afweging een onderscheid gemaakt wordt tussen de bekostiging van eten en drinken enerzijds en de organisatie daarvan anderzijds omdat met name dit laatste raakt aan de ondersteuning en zorg behoefte van cliënten met een Wlz-indicatie. Voor dit laatste zien wij dan ook meer reden om dit wel tot de aanspraak van Wlz-zorg te behouden. Verder begrijpen wij de wens om meer gelijkheid te creëren tussen verschillende leveringsvormen binnen de Wlz, al zien wij daar een belangrijk aandachtspunt. <u>VPT geclusterd vs. ongeclusterd</u> Het rapport maakt geen onderscheid tussen geclusterd en ongeclusterd VPT. Hoewel het om eenzelfde leveringsvorm gaat, zijn deze situaties wezenlijk anders.	Wij hebben geen evidente feitelijke onjuistheden aangetroffen in de beschrijving van de huidige wettelijke aanspraken, leveringsvormen en bekostigingssystematiek.	<u>Risico op ondervoeding en afnemende participatie</u> Het organiseren van voldoende en passende voeding is voor een kwetsbare groep ouderen nauw verbonden met gezondheid, functioneren en kwaliteit van leven. Bij invoering van het advies is het belangrijk om expliciet aandacht te besteden aan het voorkomen van ondervoeding, uitdroging en sociaal isolement. Vroegsignalering kan een grotere zorgvraag voorkomen en we moeten ervoor waken dat beperking van de aanspraak op dit punt de vraag naar andere collectief gefinancierde ondersteuning juist vergroot. <u>Omgevingseffecten en gemeenschappelijke voorzieningen</u> Wij onderschrijven de constatering dat ouderen mogelijk minder gebruik gaan maken van gemeenschappelijke eetvoorzieningen wanneer zij deze zelf moeten bekostigen. Wij verwachten echter dat de gevolgen verder kunnen reiken dan in het advies wordt beschreven. Wanneer de deelname aan gezamenlijke maaltijden afneemt, kunnen gemeenschappelijke ruimtes en maaltijdvoorzieningen financieel onder druk komen te staan. Hierdoor bestaat het risico dat deze voorzieningen uiteindelijk niet meer in stand kunnen worden gehouden vanwege te hoge kosten en te lage opbrengsten. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor ontmoeting, sociale cohesie en het voorkomen van eenzaamheid.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	In geclusterde woonvormen maakt het verstrekken van eten en drinken vrijwel altijd onderdeel uit van het pakket, zoals oorspronkelijk bedoeld in het VPT. In het rapport wordt geschreven dat eten en drinken bij verblijf anders ligt omdat daar naast zorg ook sprake is van 'wonen'. Hoewel clienten in een geclusterde woonvorm apart huur betalen, is het 'wonen in gezamenlijkheid' niet anders dan op een locatie met verblijf. Het verstrekken van eten en drinken heeft binnen geclusterde VPT-locaties vaak ook een bredere functie dan uitsluitend voorzien in een basisbehoefte. De gezamenlijke maaltijden dragen bij aan welzijn, sociale samenhang, dagstructuur en dagbesteding door gezamenlijke bereiding van maaltijden. Mede gezien de ontwikkeling dat mensen langer thuis blijven zijn wij een stijgende behoefte aan geclusterde VPT-locaties, en ook een complexere doelgroep. Hierdoor kunnen geclusterde locaties qua zorginhoud en behoefte in sommige gevallen beter vergeleken worden met verpleeghuislocaties, dan met zorg in de wijk. Wat ons betreft geldt dat in elk geval voor de aanspraak eten en drinken. Het vraagt wat ons betreft een nadere afweging hoe gelijk gerichtheid tussen de leveringsvormen er dan uit dient te zien. Als het advies van het Zorginstituut zoals in dit rapport beschreven wordt opgevolgd is het zeer belangrijk dat 'de organisatie van eten en drinken' een passende plek behoudt binnen de Wlz-aanspraak, met name waar het gaat om geclusterde locaties. Dit zal dan ook expliciet onderdeel van een eventuele nieuwe leveringsvorm moeten zijn. <u>Verwachte groei VPT</u> Het rapport verwijst naar de sterke historische groei van het VPT waarbij wordt geconcludeerd dat dit een flink groeiende doelgroep is. Daarbij wordt echter onvoldoende rekening gehouden met het reeds ingezette inkoopbeleid van zorgkantoren, waarin het MPT steeds vaker als voorliggende leveringsvorm wordt gestimuleerd. Wij verwachten daarom dat de groei van het VPT de komende jaren aanzienlijk zal afvlakken ten opzichte van de historische ontwikkeling die in het rapport wordt beschreven. *Reactie: Wij begrijpen de vraag over het geclusterd en ongeclusterd wonen. We gaan daar in dit advies niet op in omdat de leveringsvorm beide woonvormen bedient. De aanspraak op zorg thuis, hoort volgens ons niet afhankelijk te zijn van waar iemand woont. Wij geven een korte toelichting in hoofdstuk 1.* *Voor wat betreft het punt over de verwachte groei van het vpt. Wij geven in ons rapport enkel een terugblik van de afgelopen jaren. De prognoses hebben geen invloed op onze conclusie en het advies aan de minister.*		<u>Zorgvuldige overgang en gevolgen voor eigen bijdrage</u> Wij ondersteunen het voorstel om een overgangsregeling uit te werken voor cliënten die momenteel gebruikmaken van deze voorziening. Daarnaast vinden wij het van belang dat eventuele wijzigingen gepaard gaan met een herziening van de VPT-eigen bijdrage en bekostiging, zodat cliënten niet worden geconfronteerd met hogere eigen kosten zonder passende compensatie of tariefaanpassing. <u>Conclusie</u> Zorgthuisnl kan de redenering achter het streven naar meer gelijkheid tussen leveringsvormen en een scherpere afbakening van collectief verzekerde zorg grotendeels volgen. Waarbij wij het uit de aanspraak halen van de financiële bekostiging voor eten en drinken kunnen steunen, indien het organiseren van eten en drinken expliciet wel onderdeel van de aanspraak blijft. Wij vragen daarbij nadrukkelijk aandacht voor de verschillen tussen geclusterd en ongeclusterd VPT, de positie van kwetsbare ouderen zonder stevig netwerk en de gevolgen voor gemeenschappelijke voorzieningen. Deze aspecten verdienen naar onze mening een expliciete plaats in de verdere uitwerking van het advies. *Reactie: Wij begrijpen bovenstaande zorgen en deze staan ook grotendeels in ons advies benoemd. Voor wat betreft de gemeenschappelijke voorzieningen: de zorgaanbieder is nog steeds verantwoordelijk voor het organiseren van eten en drinken als de oudere daar redelijkerwijs op is aangewezen. De zorgaanbieder kan daarvoor nog steeds gebruik maken van de gemeenschappelijke voorzieningen, alleen zullen de ouderen dit voortaan zelf moeten betalen.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
Zorgverzekeraars Nederland	De hoofdconclusie van het rapport is voor de zorgkantoren in grote lijnen begrijpelijk en logisch. Positief is dat het rapport een duidelijk onderscheid maakt tussen het aanschaffen van eten en drinken enerzijds en de zorg, begeleiding en ondersteuning rondom maaltijden anderzijds. Ook sluit de conclusie aan bij de huidige beweging naar een grotere eigen verantwoordelijkheid van burgers voor reguliere kosten van levensonderhoud. De zorgkantoren willen de volgende aandachtspunten meegeven: - De analyse richt zich voornamelijk op cliënten met een V&V-profiel binnen het VPT. Hierdoor blijft onduidelijk wat de gevolgen zijn voor andere Wlz-doelgroepen, zoals cliënten met een GZ- of GGZ-profiel. Dit kan in de praktijk leiden tot verschillende regimes binnen één organisatie, wat de uitvoerbaarheid bemoeilijkt. - De uitvoerbaarheid van de voorgestelde wijziging dient te worden getoetst. Het rapport stelt dat de praktische uitvoering bij het veld ligt. De impact hiervan moet voor besluit over wijzigingen getoetst worden. Dit zien wij graag benoemd in jullie advies m.b.t. vervolgstappen. - De formulering in de conclusie dat er “geen aanspraak op bekostiging van eten en drinken” zou bestaan, verdient nadere precisering. Wordt hier bedoeld dat deze aanspraak er nu al niet is of dat het advies is de aanspraak aan te passen zodat deze aanspraak er niet meer is? We denken dat het tweede wordt bedoeld, maar het is nu op twee manieren te interpreteren. Aangezien een conclusie met strekking dat deze aanspraak er nu al niet is direct gevolgen zou hebben voor de uitvoeringspraktijk is het van belang dat dit eenduidig wordt verwoord in het rapport. - De wijziging heeft mogelijk ongewenste effecten, zoals strategisch gedrag van aanbieders, effecten op indicatiestelling en gevolgen voor de toegankelijkheid van zorg. Het lijkt de zorgkantoren goed als deze effecten in kaart worden gebracht en als er wordt nagedacht over het omgaan met of tegengaan van die ongewenste effecten. *Reactie: Wij begrijpen de zorgen over de andere doelgroepen. Dit staat benoemd in het advies aan de minister in hoofdstuk 4. De vraag kwam voort uit het HLO met de focus op de ouderenzorg. De andere doelgroepen zijn hierdoor ook niet meegenomen in de afweging.* *Voor wat betreft de uitvoerbaarheid en de mogelijk ongewenste effecten: Dit hebben wij ook meegenomen in ons advies aan de minister in hoofdstuk 4.* *In de conclusie hebben wij de formulering over de aanspraak op bekostiging verwijderd en in de rest van het advies hebben wij dit onderdeel verduidelijkt.*	Er zijn geen fundamentele feitelijke onjuistheden die afbreuk doen aan de hoofdconclusie van het rapport. De volgende passages behoeven verduidelijking of aanpassing: - Op meerdere plaatsen wordt gesproken over “ouderen met VPT”, terwijl feitelijk sprake is van cliënten met een V&V-profiel die gebruikmaken van een VPT; - Het gebruik van het begrip “verstrekken” van eten en drinken kan onduidelijkheid oproepen. In de context van het rapport lijkt eerder “organiseren” of “regelen” te worden bedoeld; - Op enkele punten zou een nadere toelichting op financiële effecten en kostenontwikkelingen de leesbaarheid en onderbouwing van het advies versterken. *Reactie: In de inleiding verduidelijken wij dat waar we spreken over ouderen we de mensen met een VV-indicatie bedoelen, in overeenstemming met werkwijze HLO.* *Wij hebben het begrip verstrekken van eten en drinken verduidelijkt in hoofdstuk 1, waarbij we benoemen dat dit zowel om de bekostiging als organisatie van eten en drinken gaat. De term ‘verstrekken van eten en drinken’ komt voort uit de Wlz.* *In dit stadium kunnen wij nog geen uitspraken over de financiële effecten omdat nog niet duidelijk is welk deel van het vpt-budget beschikbaar is voor eten en drinken.*	De zorgkantoren vragen aandacht voor de uitvoerbaarheid van eventuele wets- en beleidswijzigingen. De gevolgen raken niet alleen zorgaanbieders, maar ook organisaties zoals zorgkantoren, CAK, NZa en mogelijk de SVB. Daarnaast kunnen afbakeningsvraagstukken ontstaan ten opzichte van de Wmo en Zvw. Terecht merkt het Zorginstituut op dat een wetswijziging noodzakelijk is voor deze wijziging. Gegeven de problematiek met overgangsrecht en daarbij horende inrichtingsvraagstukken zoals administratieve verwerking, is het in het kader van uitvoerbaarheid wenselijk wanneer dit direct wordt meegenomen in de nieuwe leveringsvorm thuis en niet tussentijds wordt ingevoerd voor het bestaande VPT. Dit komt ons inziens ook de snelheid van het traject nieuwe leveringsvorm thuis ten goede, wat bijdraagt aan het gewenste effect dat het HLO beoogt. *Reactie: Dit is een besluit van de Minister en het ministerie van VWS.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
Patiëntenfederatie Nederland (PFN)	Ten eerste mist Patiëntenfederatie Nederland een kwantitatieve duiding van de huidige situatie als het gaat om het verstrekken van eten en drinken. Zonder een cijfermatige onderbouwing is de duiding van de noodzaak tot aanpassing lastig(er) te maken. Als we zelf wat cijfers erbij pakken (8,5% thuiswonende ouderen is ondervoed, wat neerkomt op 300.000, in de thuiszorg is dit 15,5%), zien we dat een behoorlijk aantal mensen lijden aan ondervoeding en dat ondervoeding grote gevolgen kan hebben voor de kwetsbaarheid en de kwaliteit van bestaan. Gezien deze cijfers is voldoende aandacht voor eten en drinken bij oudere mensen die gebruik maken van zorg een belangrijk aspect. Toch begrijpen wij wel het advies om te stoppen met het vergoeden van de aankoop van eten en drinken, omdat veel mensen ook eigen regie willen hebben op wat zij dagelijks eten en drinken en zodoende maatwerk een belangrijk aspect is, wat door de zorgaanbieders niet altijd geleverd kan worden. Door dit uit de aanspraak te halen en het bijbehorende budget van de eigen bijdrage af te halen, geef je cliënten juist de mogelijkheid om dit naar eigen gelieven in te kopen. Wij maken ons echter wel zorgen over mensen die dusdanig kwetsbaar zijn dat ze dit echt niet (meer) zelf kunnen organiseren, dan wel het besef niet hebben dat dit onvoldoende gebeurd. In het rapport wordt aangegeven dat hiervoor wel een vangnet voor moet blijven bestaan, wat wij beamen, maar onduidelijk is hoe dit dan wordt verdisconteerd in de aanspraak en hoe dit wordt georganiseerd. Het Zorginstituut geeft aan dat dit dan niet binnen de aanspraak Wlz valt, maar waar dan wel? En leidt dit niet tot ongewenste drempels of schotten? Zo is bekend dat gemeenten soms geen WMO-zorg bieden als er een Wlz-indicatie is. Wie is hier dan uiteindelijk verantwoordelijk voor en wie moet dit signaleren? Welke criteria worden gehanteerd om hiervan gebruik te kunnen maken en welke hobbels geeft dit bij deze kwetsbare mensen? Wij vinden dat daar nog onvoldoende antwoorden in het rapport voor worden gegeven en dit baart ons wel zorgen. *Reactie: In het advies is opgenomen dat het organiseren van het eten en drinken beschikbaar moet blijven voor de ouderen die hier redelijkerwijs op zijn aangewezen. Het organiseren blijft dan ook onderdeel van de aanspraak vanuit de Wlz. Zoals opgenomen in het advies zal nog nader onderzocht moeten worden in welke vorm het organiseren van eten en drinken een plek krijgt binnen de wetgeving.* *In het advies hebben we verduidelijkt dat het aan de zorgaanbieder is om te bepalen of iemand redelijkerwijs is aangewezen op de zorg, in samenspraak met oudere en naasten. Het is aan de zorgaanbieder om goede zorg te bieden. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan.*		- Wij vinden het te gemakkelijk om te stellen dat de beweging van het scheiden van wonen en zorg ertoe aanleiding zou moeten zijn om eten en drinken uit de Wlz thuis te halen, dan wel om te stellen dat dit normale bestaanskosten zijn. Het belangrijkste criterium wat ons betreft, is dat dit wel degelijk als zorg bestempeld kan worden, daar waar duidelijk is dat de client dit zelf niet meer kan organiseren, wetende dat goed eten en drinken heel belangrijk is voor het welzijn van de client. - Je kunt er ook voor kiezen om het verstrekken van eten en drinken wel een module te laten blijven in de Wlz VV, maar de toegang hiertoe strenger te maken. Dat maakt het voor cliënten in ieder geval gemakkelijker om dit te regelen, dan dat er weer beroep gedaan moet worden op verschillende zorgwetten met alle hobbels en administratieve lasten. - Wij vragen ons af of dit ook voor de gehandicaptensector geldt? Het is natuurlijk al een vorm van rechtsongelijkheid tav cliënten in een intramurale setting, maar als dit ook alleen voor de ouderenzorg zou gelden, is het stoppen van de aanspraak op verstrekken eten en drinken wel een vorm van rechtsongelijkheid die extra goede argumentatie vraagt. Deze argumentatie missen wij in deze nog. Wij kunnen ons enerzijds vinden in het oordeel van Zorginstituut Nederland, maar wij maken ons nog wel zorgen op welke manier dit nog wel gerealiseerd wordt voor mensen die dit echt niet meer zelf kunnen realiseren. Hoe dit in wet- en regelgeving wordt geregeld, vinden wij nog onvoldoende helder. Wij gaan graag met Zorginstituut Nederland (en wellicht andere HLO-partijen) in gesprek hoe we dit goed en werkbaar inregelen in bestaande wet- en regelgeving. *Reactie: In ons advies hebben we opgenomen dat het organiseren van eten en drinken onderdeel blijft van de aanspraak voor de ouderen die hier redelijkerwijs op zijn aangewezen. Hierdoor wordt de zorg passend en doelmatig ingezet, afgestemd op de zorgbehoefte van de oudere.* *Wij begrijpen de zorgen over de andere doelgroepen. Dit staat benoemd in het advies aan de minister in hoofdstuk 4. De vraag kwam voort uit het HLO met de focus op de ouderenzorg. De andere doelgroepen zijn hierdoor ook niet meegenomen in de afweging.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
Actiz	De conclusie is dat er geen aanspraak is op het bekostigen van eten en drinken binnen het vpt maar de oudere daar eventueel met naasten zelf voor zorgt. Pas als de oudere niet meer in staat is het eten en drinken te organiseren kan de oudere daarop aanspraak maken vanuit de Wlz. ActiZ vindt de conclusie goed navolgbaar. Het sluit goed aan bij het motto: 'van zorg voor naar zorg dat' en er is ruimte voor de zorgprofessional maatwerk te kunnen bieden om eten en drinken te verstrekken als dat in de individuele situatie van de oudere nodig is. Dat past logisch bij het kunnen bieden van een integraal en een flexibel pakket dat nodig is om kwetsbare ouderen zolang mogelijk verantwoord in een thuis/geclusterde situatie bij te staan. Wij delen ook de zienswijze de minister te adviseren in gesprek te gaan over mogelijke risico's bij invoering van het advies, en de acties gericht op het bezien van de eigen bijdrage, het tarief en een oplossing te vinden voor ouderen die momenteel via vpt eten en drinken krijgen. ActiZ heeft wel vraagtekens bij het advies om in de nieuwe leveringsvorm voor Wlz-zorg thuis het verstrekken van eten en drinken niet als aparte module op te nemen (par. 4.2). Rondom het ontwerp van de nieuwe leveringsvorm is nog veel werk te verrichten. Het uitgangspunt voor ActiZ bij de nieuwe leveringsvorm is dat de professional in de lead zou moeten zijn, en dus op basis van die afweging eten en drinken wel of niet georganiseerd wordt. Wij achten het passender om bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm na te gaan hoe het organiseren van eten en drinken plaats kan krijgen dan op voorhand al negatief over een aparte module te adviseren. Wij verzoeken u dan ook deze passage niet op te nemen in het definitieve advies. *Reactie: Wij hebben paragraaf 4.2 herschreven. Waar de organisatie van eten en drinken past binnen de wetgeving, is een vervolgactie na dit advies.*	ActiZ vraagt aandacht voor de gepresenteerde cijfers over de aantallen gebruikers met een VV-profiel van het vpt en mpt in Bijlage 1 en grafiek 1. Wij herkennen de aantallen (bijna 39.000 vpt en ca. 80.000 mpt gebruikers in 2025) bij lange na niet op basis van iWlz-gegevens. *Reactie: De gegevens in iWlz zijn de standen op een bepaald peilmoment. In de analyse bij dit advies is gekeken naar het aantal cliënten per jaar met alle leeftijden. Bijvoorbeeld: als iemand van maart t/m september 2025 een vpt had, wordt die persoon wel meegenomen in onze analyse, maar niet in de iWlz standgegevens van 1 oktober 2025.*	De focus van het advies ligt op de ouderenzorg, in lijn met het HLO, en daarmee wordt bedoeld mensen met een Wlz indicatie verpleging en verzorging (VV), zo staat in het concept. Het is niet duidelijk of dit advies ook betrekking gaat hebben op andere sectoren die onder de Wlz vallen. Als daar geen sprake van is vraagt ActiZ aandacht voor cliënten die met een sectorvreemd indicatieprofiel (bijv. LG of VG) in de VV de zorg ontvangen. Het is voor zorgprofessionals buitengewoon belastend in vpt zorg op basis van de grondslag van de cliënt onderscheid te moeten maken in de aanspraak en zorglevering van eten en drinken. Daar moet dan een oplossing voor worden gevonden. **Tot slot** ActiZ vindt het een goede zaak dat dit concept-pakketadvies van het Zorginstituut er nu ligt. Partijen werken in HLO-verband aan een nieuwe vereenvoudigde leveringsvorm voor Wlz-zorg thuis. Na besluitvorming over en instemming met dit pakketadvies kan de gekozen beleidslijn betrokken worden bij de ontwikkeling van de nieuwe leveringsvorm. *Reactie: Wij begrijpen de zorgen over de andere doelgroepen. Dit staat benoemd in het advies aan de minister in hoofdstuk 4. De vraag kwam voort uit het HLO met de focus op de ouderenzorg. De andere doelgroepen zijn hierdoor ook niet meegenomen in de afweging. Of dit advies binnen het vpt of in de nieuwe leveringsvorm wordt opgepakt, is een besluit van de Minister en het ministerie van VWS.*
Overige partijen			
ANBO-PCOB namens Seniorencoalitie (SC)	Het gebruik van de woorden verstrekken, bekostigen, organiseren wordt uitgelegd. Het bekostigen en het organiseren zijn 2 onderdelen van het begrip verstrekken. Daarna luidt het advies (p. 3): Het Zorginstituut adviseert de Minister van Langdurige Zorg, Jeugd en Sport het verstrekken van eten en drinken niet langer te verzekeren vanuit de Wlz voor ouderen met een vpt. Pas als ouderen niet meer in staat zijn het eten en drinken te organiseren, valt voor hen de organisatie van voldoende eten en drinken thuis onder de aanspraak Wlz. Daarmee zeg je feitelijk dat het organiseren niet meer verzekerd is maar onder omstandigheden wel een aanspraak kan zijn. Dat is verwarrend. Wie gaat het dan betalen?		ANBO-PCOB ziet dat een belangrijk probleem in het denken rond leveringsvormen van de Wlz thuis hun oorsprong vinden in het perspectief van het verpleeghuis. Men probeert de organisatie en visie van een intramurale setting op de thuissituatie te plakken. En dat schuurt. Het zou veel logischer zijn om langer aan te sluiten op de werkwijze van de Wmo en AWBZ/Zvw. Die zijn namelijk gemaakt om in de thuissituatie ondersteuning en zorg te bieden. Dan is het efficiënter en logischer, want vertrouwd als iemand van de Wmo naar de Wlz doorstroomt, om de huishoudelijke zorg én het organiseren van eten en drinken, waar nodig vanuit de Wmo te blijven ondersteunen. Daartoe zou het Wmo budget dan moeten worden versterkt, ten koste van het huidige VPT in de Wlz.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	In de definitie (p. 6) wordt ook gesproken over de kwaliteit van de verstrekking: Naast de drie maaltijden omvat het ook voldoende drinken, tussendoortjes, fruit, koffie, thee en dergelijke. Het eten en drinken moet voldoen aan de basale kwaliteitseisen van bijvoorbeeld het Voedingscentrum. Die kwaliteit is een belangrijke voorwaarde voor het behoud van gezondheid, zeker bij kwetsbare ouderen met een langdurende zorgvraag. Voldoende eten en drinken volgens die kwaliteitseisen hangt dus ook samen met het klaarmaken en aanbieden van eten en drinken op meerdere momenten op de dag (6 of meer keer per dag). Volgens uw notitie (p. 7) vormt het klaarmaken en aanbieden geen onderdeel van dit advies. Dat is wat ANBO-PCOB betreft wat kort door de bocht. Ouderen (en mensen met dementie) hebben vaker een verstoord honger en dorstgevoel. In het verpleeghuis is deze kwaliteit georganiseerd. In de thuissituatie is dat nu al lastiger omdat er wellicht minder contactmomenten zijn. Hier wordt dus vaker een beroep gedaan op mantelzorg. Maar wat als die mantelzorg er niet is of zelf ook kwetsbaar is? De monitoring op ondervoeding en uitdroging dient daarom dus extra aandacht te krijgen als er minder aandacht is voor het organiseren van eten en drinken. Ook dient er regelmatig aandacht te zijn voor het monitoren of het organiseren en betalen van eten en drinken door cliënt en/of mantelzorg nog lukt. Op de redenatie in het Kamerstuk 33891 (p. 7) is overigens wel wat aan te merken. Waarom is het logisch dat eten, drinken en schoonhouden van de ruimte door de instelling wordt verzorgd? Omdat de oudere dat niet meer zelf kan? Waarom is dat voor de oudere met dezelfde indicatie in de thuissituatie dan anders? *Reactie: We begrijpen de verwarring over de begrippen en het advies aan de minister. We hebben dit aangepast, waardoor duidelijk wordt dat het verstrekken als geheel geen verzekerde zorg meer is, maar het onderdeel organiseren van eten en drinken nog wel. De kosten voor eten en drinken komen voor rekening van de oudere zelf. Voor wat betreft uw zorgen over de kwaliteit van het eten en drinken en de samenhang met het klaarmaken en aanbieden van dit eten en drinken: Wij delen uw visie over de benodigde kwaliteit van het eten en drinken. Dit is onderdeel van het bieden van passende zorg op het moment dat de zorgaanbieder hiervoor verantwoordelijk is. Het klaarmaken en aanbieden van eten en drinken is al onderdeel van de Wlz. Dit zal ook niet wijzigen. De zorgaanbieder moet hierin ook toezien dat er passende zorg geboden wordt. Onderdeel van goede en passende zorg is het evalueren van op welke zorg iemand redelijkerwijs is aangewezen via het zorgplan. Hierin stemt de zorgaanbieder af met de oudere en diens naasten. Voor wat betreft uw vragen over Kamerstuk 33891: In een verblijfstinstelling zijn wonen en zorg niet gescheiden van elkaar. In de thuissituatie is dit wel het geval, waardoor nog enige mate van eigen regie nodig is, alleen of samen met de naasten, om kwaliteit van bestaan te kunnen waarborgen. Het is dan ook logisch om de bekostiging van het eten en drinken in de thuissituatie gelijk te trekken met andere kwetsbare ouderen in ongeveer dezelfde situatie.*		Als het verstrekken van eten en drinken het uit het VPT gaat moet ook het tarief en de eigen bijdrage van VPT-gebruikers omlaag om de verschuiving van kosten te compenseren (met zo'n € 245,- indien er nog een partner inwoont, tot € 268,50 per maand voor een alleenstaande cliënt, voor het betalen van eten en drinken én een bedrag voor het niet meer organiseren van eten en drinken, waarvoor nu mogelijk ook zelf kosten worden gemaakt voor het bezorgen en bestellen). We zien een stapeling van kosten en eigen bijdrages bij ouderen (verhoging eigen risico, vaker eigen bijdragen en stijging van de bedragen, minder korting op mobiliteit, hogere kosten voor rijbewijskeuringen, etc.). Voor ouderen die financieel in de knel komen moet er een vangnet zijn. Dat moet geregeld zijn vóórdat de verstrekking uit de VPT gaat. Als ouderen afhankelijk worden van derden bij het doen van boodschappen, is er een risico op misbruik. Omdat er geld mee gemoeid is en de oudere zelf niet altijd aanwezig is, het overzicht misschien mist én in een afhankelijkheidsrelatie naar de helpende verkeert, ontstaat er een kans voor misbruik door de mantelzorger/informele helper. Hierover kennen wij genoeg verhalen uit onze achterban om dit risico als zeer reëel in te schatten. Zeker als de informele zorg intensiever of vaker plaatsvindt, zijn er steeds vaker mensen die dit als een legitimering zien om "gecompenseerd" te worden voor hun hulp. De zorgverlener vanuit de Wlz (of de Wmo) zou dus ook dit risico moeten monitoren als de mantelzorger een andere is dan de eventuele partner waarmee de cliënt toch al een economische eenheid vormt. *Reactie: Uw reactie over de eigen bijdrage is een vervolgactie voor het ministerie van VWS, zoals benoemd in ons advies.* *Uw zorgen voor wat betreft de stapeling van kosten is uiteindelijk een politiek keuze. Het Zorginstituut gaat hier niet over, maar we hebben dit wel benoemd in het advies.* *Uw zorgen over het mogelijk misbruik door mantelzorger of informele helper is geen directe vraag die gaat over de aanspraak in de Wlz, maar een randvoorwaarde die in de uitvoering van dit advies moet worden meegenomen.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)			Na lezing is er bij ons de zorg / zien wij een risico bij wat er gebeurt als mensen met en VPT het eten en drinken zelf moeten gaan organiseren (en kopen en betalen): Wat er ook in de Wlz wordt gewijzigd en mensen met een VPT het eten en drinken zelf moeten (gaan) organiseren: het helder zijn voor de wetgever, de Wlz uitvoerder, de zorg- en hulpverleners en voor clienten en mantelzorgers dat mensen met een VPT (of de opvolger daarvan) geen beroep kunnen doen op ondersteuning vanuit de Wmo voor de organisatie van het eten en drinken thuis. Zien jullie dat ook zo? Is dat ook bij jullie en de wetgever helder? *Reactie: In het advies is opgenomen dat het organiseren van het eten en drinken beschikbaar moet blijven voor de ouderen die hier redelijkerwijs op zijn aangewezen. Het organiseren blijft dan ook onderdeel van de aanspraak vanuit de Wlz.*
MantelzorgNL	Hartelijk bedankt dat wij mogen reageren op het kader ‘eten en drinken’. In onze eerdere reactie gaven wij aan dat de aanpassing niet mag leiden tot extra taken (extra belasting) bij de mantelzorger. Wij constateren nu in het kader: - Wat wordt feitelijk en gegarandeerd geregeld: De oudere zorgt zelf voor voldoende eten en drinken in huis, eventueel met hulp van de persoonlijke omgeving., dit draagt bij aan autonomie én dit geeft bewegingsruimte aan de zorgaanbieder - Wat wordt niet geregeld: hoe de persoonlijke omgeving – waar nodig – dit gat moet opvangen én hoe de persoonlijke omgeving (de mantelzorger) aan kan geven het niet te kunnen of het niet méér te kunnen. Wat wordt hier gegarandeerd voor geregeld? Dat ontbreekt en dat is een risico. Als het Wlz-pakket wordt versmald tot wat "voldoende waarde toevoegt", verdwijnt de zorgvraag niet — die verhuist, onzichtbaar en ongezien naar de mantelzorger. Dit voornemen mag niet betekenen: passend voor de begroting en bewegingsruimte van de zorgaanbieder, maar onzichtbaar voor wie het thuis opvangt. Dit moet als risico opgenomen worden in het advies. Daarom mag dit voornemen niet los gezien worden wie de extra zorgtaken op zich neemt: die erkenning ontbreekt met (1) wat er feitelijk geregeld wordt om de extra taken thuis op te kunnen vangen en (2) voor welke duur en (3) hoe aan gegeven kan worden dat het niet houdbaar is en wat er dan (4) gegarandeerd aangepast gaat worden aan die specifieke situatie. Dat moet toegevoegd worden om deze beweging houdbaar te maken voor álle partijen.		

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	Wij vragen u om dit risico toe te voegen en met een advies om gegarandeerd te regelen om dit risico te ondervangen. Bijvoorbeeld: wanneer en hoe kan de omgeving kenbaar maken dat de situatie omtrent eten en drinken niet meer houdbaar is? En welke stappen worden dan in gang gezet? Hopelijk geeft dit goed inzicht vanuit het perspectief dat wij vertegenwoordigen. Wij wensen jullie veel succes met afronding van het kader! *Reactie: De oudere maakt aanspraak op het organiseren van eten en drinken als hij/zij daar zelf redelijkerwijs op is aangewezen. Wij begrijpen dat in de praktijk wordt gekeken naar wat naasten kunnen betekenen in de ondersteuningsvraag. Vanuit de Wlz kan een bijdrage van naasten en mantelzorgers niet worden verplicht. We verduidelijken in ons advies dat dit dan ook niet ten koste mag gaan van de druk op mantelzorger.*		
Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)	De NVD vindt de conclusie en de onderliggende afweging in grote lijnen begrijpelijk en logisch binnen het gehanteerde afwegingskader. Het onderscheid tussen eigen verantwoordelijkheid, ondersteuning vanuit de sociale omgeving en inzet van Wlz-ondersteuning bij het organiseren van eten en drinken is consistent uitgewerkt. Tegelijkertijd plaatst de NVD een fundamentele kanttekening bij het gehanteerde criterium 'niet meer in staat om eten en drinken te organiseren'. Dit criterium maakt het vermogen om voeding te organiseren leidend voor de aanspraak op ondersteuning, terwijl dit geen betrouwbare indicator is voor een adequate voedings- en vochtinname. Ook wanneer iemand nog (gedeeltelijk) in staat is eten en drinken te organiseren, kan sprake zijn van een verhoogd risico op ondervoeding en uitdroging. Het criterium sluit daardoor onvoldoende aan bij de voedingskundige problematiek en de zorgbehoefte van deze doelgroep. Deze focus op het organiseren van eten en drinken komt ook terug in de veronderstelling dat cliënten met een VPT zelf, dan wel met ondersteuning van een mantelzorger, de regie kunnen voeren over de maaltijdvoorziening. De NVD acht deze aanname onvoldoende onderbouwd. Juist vanwege de aard van een Wlz-indicatie kan niet zonder meer worden verondersteld dat cliënten hiertoe in staat zijn of kunnen terugvallen op een mantelzorger. Niet iedere cliënt heeft een mantelzorger en van mantelzorgers kan niet worden verwacht dat zij beschikken over de voedingskundige kennis die nodig is om structureel te voorzien in passende voeding die voldoet aan de basale kwaliteitseisen voor kwetsbare ouderen. De NVD ziet daarom graag een wetenschappelijke onderbouwing van deze aannames en een uitwerking van de wijze waarop de kwaliteit van de voedingszorg wordt geborgd. Zonder die onderbouwing is onvoldoende navolgbaar waarop de verwachting is gebaseerd dat cliënten met een Wlz-indicatie duurzaam kunnen beschikken over voeding die aan de gestelde kwaliteitseisen voldoet.	De NVD heeft geen feitelijke onjuistheden vastgesteld. Wel zijn, zoals onder vraag 1 is toegelicht, enkele belangrijke aannames in het conceptadvies naar het oordeel van de NVD onvoldoende empirisch onderbouwd. Daarnaast blijft onduidelijk hoe de kwaliteit van de voedingszorg binnen de thuissituatie structureel wordt geborgd. *Reactie: De borging van de kwaliteit van de voedingszorg is nu ook al een belangrijk onderdeel. Dit vraagstuk verandert niet na ons advies. Mede daarom vinden wij het belangrijk dat een zorgaanbieder de signalerende rol pakt die nodig is om passende en integrale zorg te bieden.*	Ja. De NVD vraagt aandacht voor de consequenties van het voorgestelde alternatief om de voorziening buiten de Wlz beschikbaar te maken. Op pagina 12 schrijft u: "De zorg voor iedereen verzekeren is geen doelmatige besteding van schaarse zorgmiddelen. Het heeft de voorkeur om een voorziening buiten de Wlz gericht beschikbaar te maken voor de ouderen die anders financieel in de knel komen." Hoewel deze redenering vanuit doelmatigheid begrijpelijk is, roept een verschuiving naar een externe regeling vragen op over de uitvoerbaarheid. Binnen de Rijksoverheid wordt juist gestreefd naar eenvoudige en eenduidige regelgeving, terwijl afzonderlijke compensatieregelingen in de praktijk vaak gepaard gaan met een relatief hoog niet-gebruik, extra administratieve lasten en een grotere uitvoeringscomplexiteit. Juist voor ouderen met een Wlz-indicatie, die veelal zowel gezondheidsproblemen als beperkte financiële draagkracht hebben, is de vraag gerechtvaardigd of een afzonderlijke compensatieregeling het meest passende instrument is. Daarnaast verdient het aanbeveling de maatschappelijke kosteneffectiviteit van een dergelijke regeling in beeld te brengen. Naast de uitvoeringskosten voor toekenning, controle en administratie kunnen ook indirecte kosten ontstaan. Zo zullen de kosten voor het organiseren van boodschappen, bijvoorbeeld via online bezorging, naar verwachting toenemen. Ook zal de belasting van mantelzorgers toenemen, zowel door extra praktische ondersteuning als door administratieve werkzaamheden. Deze maatschappelijke kosten zouden betrokken moeten worden bij de beoordeling van de doelmatigheid van het voorstel. Tot slot wijst de NVD erop dat een beoordeling van de doelmatigheid niet beperkt kan blijven tot de directe kosten van de verstrekking van eten en drinken.

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	(Introductie passage conceptadvies pagina 12 voor onderstaande reactie) Het advies erkent daarmee terecht dat ondervoeding en uitdroging belangrijke gezondheidsrisico's zijn en dat zorgaanbieders hierin een signalerende rol hebben. De NVD onderschrijft het belang van deze signalerende rol, maar constateert dat onvoldoende is uitgewerkt hoe deze in de praktijk wordt geborgd. Het advies gaat ervan uit dat zorgaanbieders zo nodig de juiste professional, zoals een diëtist, inschakelen. Daarbij blijft echter onduidelijk op basis van welke criteria, op welk moment en met welke frequentie deze signalering en inzet plaatsvinden. Juist bij ouderen met een Wlz-indicatie verloopt het verlies van regie vaak geleidelijk. Het vermogen om eten en drinken te organiseren is daarom geen betrouwbare maat voor het risico op ondervoeding of uitdroging. Een cliënt kan nog voldoen aan dit criterium terwijl de voedings- en vochtinname al langere tijd onvoldoende is door bijvoorbeeld cognitieve achteruitgang, ziekte, slikproblemen of verminderde eetlust. Zonder structurele aandacht voor deze risico's bestaat het gevaar dat passende ondersteuning pas wordt ingezet nadat de voedingsstatus al is verslechterd. Hoewel het conceptadvies is afgebakend tot de verstrekking van eten en drinken, heeft de voorgestelde wijziging directe gevolgen voor de wijze waarop voedingszorg voor deze kwetsbare doelgroep wordt georganiseerd. De NVD acht het daarom noodzakelijk dat het advies niet uitsluitend de verstrekking beschouwt, maar ook inzicht geeft in de samenhang met signalering, monitoring en tijdige inzet van passende voedingszorg. Alleen vanuit een integrale benadering kan worden beoordeeld of de voorgestelde wijziging verenigbaar is met de doelstelling om ondervoeding en uitdroging te voorkomen en passende zorg te waarborgen. De NVD acht het daarom wenselijk dat het advies expliciet aansluit bij de landelijke Handreiking Kwetsbare Ouderen. Deze handreiking beschrijft dat signalering, screening en beoordeling van (het risico op) ondervoeding en uitdroging integraal onderdeel zijn van passende zorg voor kwetsbare ouderen. Daarbij worden de diëtist, de multidisciplinaire richtlijn ondervoeding en gevalideerde screeningsinstrumenten expliciet benoemd. Door deze uitgangspunten in het advies op te nemen, wordt duidelijk hoe vroegsignalering, periodieke evaluatie en tijdige inzet van passende voedingszorg kunnen worden geborgd. Daarmee wordt ook de kwaliteit en uniformiteit van de voedingszorg versterkt. Daarnaast draagt aansluiting bij de handreiking bij aan het verminderen van praktijkvariatie en biedt zij cliënten, mantelzorgers en zorgaanbieders meer duidelijkheid over wat binnen het VPT mag worden verwacht.		Zoals onder vraag 1 is toegelicht, kan het vervallen van deze voorziening leiden tot een toename van ondervoeding en uitdroging, met als gevolg een complexere zorgvraag, hogere zorgkosten en een lagere kwaliteit van leven. Daarmee bestaat het risico dat kosten niet worden bespaard, maar worden verplaatst naar andere onderdelen van de zorg en het sociaal domein. De NVD adviseert daarom deze bredere maatschappelijke en gezondheidskundige effecten expliciet te betrekken bij de uiteindelijke afweging. Alleen op basis van een dergelijke integrale beoordeling kan worden vastgesteld of de voorgestelde wijziging daadwerkelijk doelmatig is. **Conclusie** De NVD onderschrijft de doelstelling om de Wlz doelmatig en passend vorm te geven. Het conceptadvies benadrukt terecht het belang van voeding die voldoet aan basale kwaliteitseisen en het voorkomen van ondervoeding en uitdroging. Tegelijkertijd wordt voorgesteld de collectieve verstrekking van eten en drinken te beëindigen, zonder dat voldoende wordt uitgewerkt hoe deze kwaliteitseisen en het voorkomen van voedingsgerelateerde gezondheidsrisico's in de praktijk worden geborgd. De NVD vraagt daarom aandacht voor de specifieke kwetsbaarheid van ouderen met een Wlz-indicatie en adviseert het conceptadvies aan te passen door de gevolgen voor de voedingsstatus, waaronder het risico op ondervoeding en uitdroging, expliciet mee te wegen. Aansluiting bij de Handreiking Kwetsbare Ouderen biedt hierbij een belangrijke basis om tijdige signalering, passende ondersteuning en integrale samenwerking rondom voeding en kwetsbaarheid structureel te versterken. *Reactie: Bovenstaande zorgen hebben wij opgenomen in het advies aan de minister in hoofdstuk 4. Hoewel het reële vragen zijn, zien ze meer op de randvoorwaarden en de uitvoering.* *De gevolgen van en het risico op uitdroging en ondervoeding is al onderdeel van ons advies en zijn meegewogen in de conclusie. Dat is ook een reden waarom wij adviseren de organisatie van eten en drinken onder de aanspraak van de Wlz te behouden.*

Partij	Conclusie en advies	Onjuistheden	Aandachtspunten
	Reactie: De zorgaanbieder is als onderdeel van passende integrale zorg verantwoordelijk voor het signaleren en monitoren van dreigende uitdroging en ondervoeding. Als een oudere redelijkerwijs is aangewezen op de organisatie van eten en drinken, is de zorgaanbieder hier ook verantwoordelijk voor. Evenals het klaarmaken van eten en drinken, dat al onderdeel is van de Wlz. De zorgaanbieder moet hierin ook toezien dat er passende zorg geboden wordt. Onderdeel van goede en passende zorg is het evalueren van op welke zorg iemand redelijkerwijs is aangewezen via het zorgplan. Hierin stemt de zorgaanbieder af met de oudere en diens naasten. Wij zijn ons ervan bewust dat niet iedere oudere een sterk netwerk heeft of een netwerk heeft die al veel zorg en ondersteuning op zich neemt. Het is mede daarom van belang dat de zorgaanbieder kan ondersteunen bij de organisatie van eten en drinken. We hebben bovenstaande verduidelijkt in ons advies. *Wij hebben in ons rapport een verwijzing gemaakt naar de Handreiking Kwetsbare Ouderen.*		
Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP)	Wij vinden de beschreven conclusies, afwegingen en het uiteindelijke advies begrijpelijk en logisch opgebouwd. Wij waarderen dat in het rapport expliciet wordt verduidelijkt dat het klaarmaken en toedienen van eten en drinken, zoals het bereiden van een broodmaaltijd, geen onderdeel is van het verstrekken van eten en drinken en altijd onder de Wlz-zorg valt. Deze verduidelijking sluit aan bij signalen uit de praktijk die wij eerder hebben gedeeld. Voor een deel van de Wlz-doelgroep is ondersteuning rondom eet- en drinkmomenten noodzakelijk vanwege cognitieve beperkingen, gedragsproblemen of verminderd ziekte-inzicht. Het is daarom van belang dat begeleiding die voortvloeit uit de zorgbehoefte van de cliënt voldoende geborgd blijft, ongeacht de uitkomst van de discussie over het verstrekken van eten en drinken. Het NIP kan zich daarom vinden in de richting van het voorliggende advies en heeft verder geen aanvullende aandachtspunten. Wij wensen u veel succes met de verdere afronding van het advies.	Wij hebben geen feitelijke onjuistheden geconstateerd.	

Bijlage 3: Advies Adviescommissie Pakket (ACP)

ACP-advies aan de Raad van Bestuur van het Zorginstituut over eten en drinken binnen het volledig pakket thuis voor ouderen met een Wet langdurige zorg indicatie

De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert de Raad van Bestuur (RvB) van het Zorginstituut over voorgenomen pakketadviezen. Zij toetst deze adviezen aan de pakketcriteria en kijkt of de uitkomsten daarvan maatschappelijk wenselijk zijn. Daarbij kijkt zij zowel naar de belangen van de patiënten die in aanmerking komen voor vergoeding van een bepaalde interventie, als naar de belangen van patiënten met andere aandoeningen en van premiebetalers. Zij doet dit vanuit het principe dat de basisverzekering maximale gezondheidswinst dient op te leveren voor de gehele bevolking.

De commissie heeft in haar vergadering van 7 augustus 2026 gesproken over het conceptadvies van het Zorginstituut over het verstrekken van eten en drinken binnen het volledig pakket thuis (vpt) voor ouderen met een Wet langdurige zorg (Wlz)-indicatie, inclusief uitvoeringsaspecten. In het conceptadvies wordt voorgesteld om ouderen die zorg ontvangen vanuit het vpt voortaan zelf te laten betalen voor hun eten en drinken. De organisatie van eten en drinken blijft onderdeel van de Wlz als de oudere dit niet meer zelf kan. Ouderen stemmen met hun zorgaanbieder en naasten af wat passend is in hun situatie. Dit wordt vastgelegd in het zorgplan dat regelmatig geëvalueerd moet worden.

Er is door partijen geen gebruik gemaakt van de gelegenheid om in te spreken.

De commissie ondersteunt het conceptadvies van het Zorginstituut om ouderen die zorg ontvangen vanuit het vpt voortaan zelf te laten betalen voor hun eten en drinken. Het belangrijkste argument hiervoor is dat eten en drinken een basisbehoefte is voor iedereen en daarmee niet als noodzakelijk te verzekeren zorg zou moeten worden gezien. Ook vindt de commissie een belangrijk argument dat met dit conceptadvies het verschil tussen mensen met een vpt en een modulair pakket thuis (mpt) komt te vervallen. De commissie vindt het wel erg belangrijk dat wanneer het advies wordt ingevoerd de meest kwetsbare groepen mensen niet tussen wal en schip vallen. Bij de uitvoering is het daarom essentieel om aandacht te schenken aan mensen zonder sociaal netwerk, mensen met een verhoogd risico op ondervoeding en financieel kwetsbare mensen.

De commissie is van mening dat de invoering van het advies alleen effect heeft wanneer er daadwerkelijk een neerwaartse aanpassing plaatsvindt van het vpt tarief, berekend door de NZa. Verder zou er voor mensen die nu nog hun eten en drinken vergoed krijgen een heldere overgangsregeling moeten komen zodat zij kunnen wennen aan een nieuwe situatie.

Volgnummer	2026009979
Contactpersoon	Willem Bossers
E-mail	vragen@zinl.nl
Telefoonnummer	+31 (0)20 797 82 27
Afdeling	Zorg
Team	Langdurige Zorg

Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

