

<b>PROVINCIALE STATEN VAN OVERIJSSSEL</b>				
Reg.nr.	PS   2014   471			
Dat. ontv.:	22 MEI 2014			
Routing				a.d.
Bijl.:				

Provinciale Staten van Overijssel

Luttenbergstraat 2  
Postbus 10078  
8000 GB Zwolle  
Telefoon 038 499 88 99  
Fax 038 425 48 88  
overijssel.nl  
postbus@overijssel.nl

Kvk 51048329  
IBAN NL45RABO0397341121

**Inlichtingen bij**  
dhr. F. Kranen  
telefoon 038 499 81 18  
F.Kranen@overijssel.nl

Onderwerp: Onderzoeksrapportage extramuralisering en leegstand zorgvastgoed.

Datum  
20.05.2014  
Kenmerk  
2014/0127076  
Pagina  
1

Toezending aan Provinciale Staten met oogmerk:  
 ter informatie  
 anders, en wel:

#### **Bijlagen**

- I. Onderzoeksrapport Zorg om Vastgoed – Rapportage over dreigende leegstand van zorgvastgoed in Overijssel en gevolgen voor de woningmarkt (te raadplegen via [www.overijssel.nl/sis](http://www.overijssel.nl/sis))

Naar aanleiding van de motie Renkema c.s. (d.d. 11 december 2013) hebben wij een quick scan uitgevoerd naar de huidige leegstandssituatie in het zorgvastgoed, de gevolgen van het kabinetsbeleid en de mogelijke ontwikkelingen in de nabije toekomst.

#### **De motie Renkema c.s.**

Uw Staten hebben ons verzocht om "een onderzoek te starten bij gemeenten waarbij de gevolgen van de extramuralisering van de zorg en de komende leegstand van maatschappelijk vastgoed in de provincie Overijssel in beeld wordt gebracht en gekeken wordt op welke wijze de provincie een rol kan spelen om gemeenten te ondersteunen om met deze gevolgen om te gaan".

Bij beantwoording van deze motie hebben wij gekozen om:

- in de rapportage enkele wezenlijke definities nader toe te lichten;
- het onderzoek te richten op *leegstand van zorgvastgoed*, als gevolg van de extramuralisering in de zorg. Dit naar aanleiding van de bespreking van de motie tijdens PS van 11 december 2013, waarbij gezamenlijk werd geconcludeerd dat het verzoek in de motie zich specifiek op dit segment van het maatschappelijk vastgoed dient te richten;
- het onderzoek te baseren op bestaande, deels landelijke beleidsstukken en onderzoeken, en gesprekken met partijen die in de dagelijkse praktijk met het vraagstuk te maken hebben. Dit vraagstuk reikt breder dan gemeenten alleen, en heeft betrekking op zorginstellingen en corporaties. De zorgsector bevindt zich op dit moment in een overgangsfase.

Er is sprake van veel onzekere ontwikkelingen: denk aan het beleid van overheden, woningcorporaties, zorginstellingen, maar ook aan woonvoorkeuren van ouderen. De gekozen aanpak is ons inziens in dit stadium het meest zinvol.

De motie Renkema c.s. omvat meer dan deze specifieke beantwoording. De overige punten hebben wij afgedaan via het Statenvoorstel met kenmerk 2014/0113549.

### **Toelichting op de resultaten**

Het onderzoek geeft een algemeen beeld van de huidige situatie in het zorgvastgoed en de verwachte ontwikkelingen, landelijk en in Overijssel. Meer en gedetailleerder onderzoek zal op dit moment slechts in beperkte mate tot meer bruikbare informatie leiden, het is vooral zaak de ontwikkelingen in de zorgsector en het zorgvastgoed de komende tijd goed te blijven volgen.

Het onderzoek heeft geleid tot inzicht in het al langer lopende proces van extramuralisering en de effecten van het huidige kabinetsbeleid hierop. Daarnaast is er inzicht ontstaan in de factoren die een rol spelen bij het ontstaan van leegstand, waar dit probleem zich in de nabije toekomst het sterkst voordoet, en welke partijen een rol en verantwoordelijkheid hebben in de aanpak van het vraagstuk.

Datum

20.05.2014

Kenmerk

2014/0127076

Pagina

2

Op dit moment is niet zeker welke beleidskeuzes er op de korte termijn gemaakt worden door de landelijke politiek, betrokken organisaties, en individuele zorgbehoevenden. Daarom is gekozen om de toekomstige ontwikkelingen weer te geven in scenario's.

Vanuit de huidige situatie wordt vooruit gekeken en op basis van de waargenomen ontwikkelingen een scenario voor de toekomst geschetst. Hieruit blijkt temeer het belang van een integrale aanpak van het vraagstuk. Om richting een wenselijker toekomstbeeld te werken is samenwerking tussen de belangrijkste partijen binnen dit vraagstuk – zorginstellingen, corporaties en gemeenten – van groot belang.

### **Conclusies onderzoek**

Uit het onderzoek worden de volgende conclusies getrokken (zie bijlage voor het volledige onderzoeksrapport):

#### *Het proces van extramuralisering wordt versneld door kabinetsbeleid*

Extramuralisering en het sluiten van verzorgingshuizen is een proces dat al langer gaande is. In de afgelopen 10 tot 15 jaar is het aantal "bedden" in Overijssel met 11% verminderd. Het huidige kabinetsbeleid van scheiden van wonen en zorg, versnelt dit proces.

#### *De vrijkomende capaciteit is op termijn weer nodig, maar in een andere vorm*

Gezien de doorgaande vergrijzing is de vrijkomende capaciteit in verzorgingshuizen en andere instellingen op termijn weer nodig voor mensen met zwaardere zorgbehoeften en daarbij passende woonzorgconcepten.

#### *Een gebrek aan investeringscapaciteit is mede oorzaak van de toenemende leegstand*

Een deel van het leegstandsprobleem wordt veroorzaakt doordat de vrijkomende capaciteit onvoldoende benut wordt door zorgkantoren om wachtlijsten voor zwaardere zorg op te lossen. Om de vrijkomende capaciteit voor andere – extramurale – zorgvormen geschikt te maken, zijn investeringen nodig, terwijl de investeringscapaciteit van de eigenaren van zorgvastgoed, grotendeels corporaties, beperkt is.

*Het risico op toename van leegstand is het grootst in kleine kernen*

Dit komt doordat de instellingen hier gemiddeld kleiner zijn en daardoor duurder in de exploitatie.

*De bereikbaarheid van zorg en ontwikkeling van woonzorgconcepten vragen aandacht*

De bereikbaarheid van andere voorzieningen zoals huisartszorg, dagopvang en diverse vormen van begeleiding, kan belemmerd worden door het verdwijnen van zorgvastgoed.

*Risico's voor huisvesting lichte zorggroepen en doorstroming woningmarkt;*

Er bestaat een zeer reëel risico dat er onvoldoende geïnvesteerd wordt in geschikte huisvesting voor mensen met een zorgvraag, die niet langer intramuraal gehuisvest worden. Daarnaast draagt het gegeven dat ouderen langer in hun woning blijven wonen, niet bij aan doorstroming op de woningmarkt. Zolang ouderen in hun eigen gezinswoning blijven wonen, komen deze immers niet beschikbaar voor bijvoorbeeld starters.

### **Rollen en verantwoordelijkheden**

Op basis van het onderzoek is er een goed beeld ontstaan van de rol- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen binnen dit vraagstuk:

*Vooraf corporaties en zorginstellingen dragen een verantwoordelijkheid*

De aanpak van de problematiek gebeurt nu vooral door de belangrijkste stakeholders - regionale zorgkantoren, woningcorporaties en gemeenten - waarbij zij in verschillende samenstellingen en op verschillende schaalniveaus met elkaar optrekken. Wij zien dit als het juiste antwoord op de problematiek. Echter, deze vorm van samenwerking is nog in ontwikkeling en niet altijd even efficiënt. Daarnaast is het onduidelijk of dit in alle Overijsselse regio's in dezelfde mate gebeurt. Wel is duidelijk dat zonder samenwerking en coördinatie ongewenste situaties kunnen ontstaan.

*De provincie is geen probleemeigenaar, maar vervult een rol in de oplossing*

De provincie speelt een positieve rol in het transitieproces en beperkt de risico's voor de betrokken partijen, door:

- *kennis te delen.* Het in kaart brengen van demografische ontwikkelingen en ontwikkelingen binnen de woningvoorraad en overig vastgoed, ter ondersteuning van de externe partners. Een voorbeeld hiervan is de leegstandsmonitor die voor Noordoost Twente wordt ontwikkeld, waarin leegstand van verschillende typen vastgoed in kaart wordt gebracht zodat lokale bestuurders inzicht krijgen in waar de markt zelf leegstandsproblemen oplost en waar eventueel politieke inmenging gewenst is;
- *trendsignalering.* Het monitoren van ontwikkelingen en het proactief informeren van de externe partners, zoals nu door Trendbureau Overijssel wordt gedaan met de Trendverkenning Wonen;
- *agendering.* De gevolgen van extramuralisering, zoals behoefte aan geschikte woningen voor zorgbehoevenden en de stremming van de doorstroming op de woningmarkt, blijven agenderen in gesprekken over de regionale woonvisies, en op het Bestuurlijk Plein Wonen;
- *woonservicegebieden te stimuleren.* De provincie heeft gemeenten gestimuleerd visies op woonservicegebieden op te stellen. Er is met de gemeenten afgesproken dat zij tot eind 2015 de tijd hebben om de uitvoeringsprogramma's hiervan te realiseren. De transitievraagstukken krijgen daarin een plek.

Datum  
20.05.2014  
Kenmerk  
2014/0127076  
Pagina  
3

*Als blijkt dat de zorginstellingen, gemeenten en corporaties hun rol niet nemen kan worden overwogen om het ruimtelijk en financieel beleid in te zetten.*

De provincie kan zelf invloed hebben op de ontwikkelingen door gerichte inzet van de beschikbare instrumenten, zoals bestaande subsidieregelingen, of de ontwikkeling van nieuw instrumentarium.

Aangezien wij geen probleemeigenaar zijn, is het echter zaak terughoudend te zijn en de partners de ruimte te geven hun eigen verantwoordelijkheid te pakken. Wel communiceren wij proactief met de betrokken partijen over de mogelijkheden van (financiële) steun - uit bestaand instrumentarium - door de provincie bij de aanpak van het vraagstuk.

Wij vertrouwen erop u met het bovenstaande voldoende te hebben geïnformeerd en beschouwen de motie Renkema c.s. (d.d. 11 december 2013), samen met ons Statenvoorstel met kenmerk 2014/0113549, als afgedaan.

Gedeputeerde Staten van Overijssel,

Datum

20.05.2014

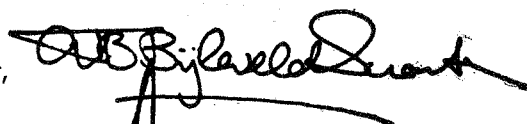
Kenmerk

2014/0127076

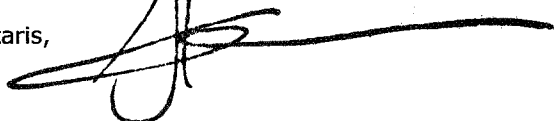
Pagina

4

voorzitter,



secretaris,



# Zorg om Vastgoed

---

Rapportage over dreigende leegstand van zorgvastgoed in Overijssel en gevolgen voor de woningmarkt

**Aafke Heringa (PDBA);Freek Kranen (RBBV) en Klaas Veenma (PDBA)**

**7-5-2014**

## Samenvatting en conclusies

### Achtergrondinformatie en bestuurlijke context

Beleidsinformatie heeft onder supervisie van RBBV onderzoek gedaan naar de leegstand van zorgvastgoed als gevolg van de extramuralisering van de zorg (zie bijlage 3 voor definities). Met dit onderzoek wordt voldaan aan de vraag van Provinciale Staten, als gesteld in de motie Renkema c.s. van 11 december 2013. Provinciale Staten heeft Gedeputeerde Staten middels de betreffende motie verzocht om *“een onderzoek te starten bij gemeenten waarbij de gevolgen van de extramuralisering van de zorg en de komende leegstand van maatschappelijk vastgoed in de provincie Overijssel in beeld worden gebracht en gekeken wordt op welke wijze de provincie een rol kan spelen om gemeenten te ondersteunen om met deze gevolgen om te gaan”*.

### Onderzoeksmethodiek en resultaten

Beleidsinformatie heeft een quick-scan uitgevoerd naar de huidige leegstandssituatie in zorgvastgoed, de gevolgen van het kabinetsbeleid en de mogelijke ontwikkelingen. Er is voor gekozen om het onderzoek te baseren op bestaande, deels landelijke, beleidsstukken en onderzoeken, en gesprekken met partijen die in de dagelijkse praktijk met het vraagstuk te maken hebben. Aangezien de zorgsector op dit moment in een overgangsfase zit en er sprake is van veel onzekere ontwikkelingen - denk aan het beleid van overheden, woningcorporaties en zorginstellingen, maar ook aan woonvoorkeuren van ouderen - is dat in dit stadium het meest zinvol. Het onderzoek geeft daarmee een algemeen beeld van de huidige situatie in het zorgvastgoed en verwachtte ontwikkelingen, landelijk en in Overijssel. Meer en gedetailleerder onderzoek zal op dit moment slechts in beperkte mate tot meer bruikbare informatie leiden, het is vooral zaak de ontwikkelingen in de zorgsector en het zorgvastgoed de komende tijd goed te blijven volgen.

### Bevindingen

Extramuralisering en het sluiten van verzorgingshuizen is een proces dat al langer gaande is. Ouderen kiezen er al langer voor om zelfstandig te blijven wonen. Sinds een jaar of 10 vormt extramuralisering ook het uitgangspunt van beleid. Tussen 1998 en 2012 is het aantal “bedden” in Overijssel al met 11% verminderd. Het huidige kabinetsbeleid van scheiden van wonen en zorg zal dit proces versnellen.

Het aantal geldige indicaties voor intramurale zorg is tot 1 juli 2013 nog niet significant afgenomen, maar er wordt wel al geanticipeerd op de teruglopende instroom. Zorgkantoren kopen minder zorg in, ondanks wachtlijsten voor zwaardere verpleegzorg. De vrijkomende capaciteit in verzorgingshuizen en andere instellingen op langere termijn weer nodig is voor mensen met zwaardere zorgbehoeften en extramurale woonzorgconcepten. Naar verwachting zullen in 2023 bijna 2.700 intramurale “bedden” minder intramuraal nodig zijn (bijna 15 % ten opzichte van 2013) maar dat daar tegenover wel ruim 4.800 “plaatsen” in extramurale verzorgingscomplexen nodig zijn die niet door de AWBZ bekostigd worden, maar verhuurd worden op de reguliere woningmarkt.

De huidige leegstand wordt vooral veroorzaakt door exploitatieproblemen als gevolg van het financieel scheiden van wonen en zorg omdat de huuropbrengsten de kosten niet dekken. Veel bestaand zorgvastgoed door is ook niet geschikt voor de toenemende vraag naar zwaardere zorg. Zorgorganisaties stoten daarom vastgoed af of zeggen de huur op, waarmee het probleem bij de eigenaren komt te liggen, veelal woningcorporaties.

Noodzakelijke investeringen in herbesteding of ombouw tot verpleeghuis worden belemmerd door de afgenomen investeringscapaciteit van woningcorporaties, mede vanwege de verhuurdersheffing die het Kabinet heeft ingesteld. De exploitatie van multifunctioneel vastgoed zoals zorginstellingen (waarin ook huisartsen en paramedici en soms detailhandel gevestigd zijn) wordt naar verwachting verder bemoeilijkt doordat toegelaten instellingen zoals woningcorporaties straks niet langer commerciële ruimten mogen verhuren, waaronder praktijkruimtes voor medische hulpverlening. Sluiting van zorginstellingen heeft ook gevolgen voor de ontwikkeling van woonservicegebieden. Verzorgingshuizen worden vaak aangemerkt als zorgpunt in een dergelijk gebied. Bij sluiting vervalt ook het zorgpunt.

Het risico op leegstand is groter in relatief duurere, kleine verzorgingshuizen. Deze staan relatief vaak in kleine kernen. Hierdoor dreigen zorginstellingen uit kleine kernen te verdwijnen. Ook oudere panden, die niet verbouwd kunnen worden tot verpleeginstelling of seniorenflats riskeren leegstand.

In grote gemeenten zullen deze panden wellicht een andere bestemming kunnen krijgen mits het bestemmingsplan dit niet in de weg staat. In kleine krimp gemeenten zal herbestemming lastiger zijn.

Door een aantal betrokkenen, waaronder de gemeenten Deventer en Enschede, Vereniging WoON en Zorgkantoor Regio Twente, worden initiatieven genomen tot overleg en afstemming tussen de betrokken partijen. Deze samenwerking is echter nog in ontwikkeling en niet altijd even effectief. Ook gebeurt dit niet in alle Overijsselse regio's in dezelfde mate en op dezelfde wijze. Zorginstellingen zijn ingericht op onderlinge concurrentie en niet op samenwerking, wat afstemming in de weg staat.

Duidelijk is dat zonder samenwerking en coördinatie ongewenste situaties kunnen ontstaan. De mate van afstemming tussen betrokkenen zal mede bepalend zijn voor de ontwikkeling van het gewenste scenario waarin de markt de problemen zelf oplost en met een gedifferentieerd en innovatief aanbod de vraag naar wonen en zorg beantwoord. In het andere geval dreigt een vicieuze cirkel waarin zorgorganisaties en corporaties in financiële problemen raken terwijl ondertussen het aanbod aan wonen en zorg niet aansluit op de vraag.

### **Belangrijkste conclusies**

- De bestaande trend om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen wordt versterkt door het kabinetsbeleid. De uitstroom uit verzorgingshuizen zal door dit beleid versnellen.
- Verzorgingshuizen zijn vaak niet geschikt voor zwaardere verpleegzorg.
- Exploitatieproblemen leiden tot sluiting en leegstand.
- De vraag naar zwaardere (verpleeg)zorg neemt toe door de vergrijzing. De vraag naar sociale huurwoningen neemt toe door de extramuralisering. Beide trends vergen investeringen, terwijl de investeringscapaciteit van woningcorporaties is verminderd, onder meer door de verhuurdersheffing.
- Het risico op leegstand is het grootst in kleine kernen met kleine verzorgingshuizen en onvoldoende alternatieve bestemmingsmogelijkheden, en in oudere panden die niet geschikt gemaakt kunnen worden voor zwaardere verpleegzorg.
- De bereikbaarheid van zorg en de ontwikkeling woonzorgconcepten vraagt aandacht.
- De bereikbaarheid van andere voorzieningen zoals huisartszorg, dagopvang en diverse vormen van begeleiding, kan belemmerd worden door het verdwijnen van zorgvastgoed omdat deze functies vaak gevestigd zijn in een zorginstelling.
- Sluiting van een zorginstelling vormt ook een bedreiging voor het langer zelfstandig kunnen wonen, omdat deze zorgpunten in woonservicegebieden daardoor verdwijnen.
- Er bestaat een reëel risico dat er onvoldoende geïnvesteerd wordt in geschikte huisvesting voor mensen met zorgvragen, die niet langer intramuraal gehuisvest worden.
- Daarnaast kan de woningmarkt verder stagneren doordat woningen minder snel vrijkomen omdat ouderen daar langer blijven wonen.
- Het risico bestaat dat verhuurders van zorgvastgoed in financiële problemen raken. Omdat dit veelal woningcorporaties zijn, kan dit gevolgen hebben voor de sociale huursector.
- De mate van afstemming tussen betrokkenen zal mede bepalend zijn voor de ontwikkeling van het gewenste scenario waarin de markt de problemen zelf oplost en met een gedifferentieerd en innovatief aanbod de vraag naar wonen en zorg beantwoord.

# Inhoud

1.	Inleiding	6
1.1	Overheidsbeleid	6
1.2	Afbakening vraag en onderzoeksopzet	7
2.	Bevindingen	9
2.1	Trendontwikkeling vóór 2013	9
2.2	Effecten kabinetsbeleid	12
2.3	Oorzaken leegstand en sluiting zorginstellingen	18
2.4	Overzicht ontwikkelingen en gevolgen	19
2.4	Afstemming en regie oplossingsrichtingen	20
2.5	Toekomstscenario's	21
3.	Conclusies	23
	Bijlage 1 Aantal zorginstellingen en (gemiddelde) zorgcapaciteit per woonplaats in Overijssel	25
	Bijlage 2 Lijst zorglocaties in Overijssel Inspectie voor de Gezondheidszorg*	27
	Bijlage 3 Definities en Afkortingen	31
	Bijlage 4 Soorten ZZP en fasering wijzigingen	32



# 1. Inleiding

Het huidige kabinetsbeleid van scheiden van wonen en zorg zorgt voor veel veranderingen op het gebied van wonen en zorg. Dit rapport vat de uitkomsten samen van een quickscan naar de problemen met leegstand van zorgvastgoed naar aanleiding van de motie Renkema c.s. Hierin wordt gevraagd om uit een onderzoek naar de gevolgen van de extramuralisering van de zorg en de komende leegstand van maatschappelijk vastgoed en welke rol de provincie kan spelen in het omgaan met deze gevolgen. Eerst volgt een beknopte samenvatting van begrippen en het overheidsbeleid op het gebied van wonen en zorg in de afgelopen jaren.

## 1.1 Overheidsbeleid

Het Nederlandse zorgbeleid maakt onderscheid tussen intramurale zorg en extramurale zorg. Intramuraal wil zeggen: onzelfstandig wonen in een instelling, waarbij 24-uurs zorg en toezicht is geborgd (zoals bijvoorbeeld in onze verzorgings- en verpleeghuizen). Meestal betekent dit dat mensen geen eigen keuken hebben, dat verzorgenden zichzelf te allen tijde toegang tot de woning kunnen verschaffen en een sleutel hebben. Extramuraal wonen wil zeggen: zelfstandig wonen, ongeacht de zorgbehoefte (zelfs met 24-uurs zorg is dat mogelijk). Meestal betekent dit dat de woning in beginsel alle voorzieningen bevat die nodig zijn voor zelfstandige bewoning en dat verzorgenden niet zelf de woning kunnen betreden, tenzij de zorgvrager hen zelf een sleutel geeft.

Al een paar decennia is het onder ouderen de trend om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen met behulp van aangepaste woningen en thuiszorg, dat wil zeggen extramurale zorg te ontvangen en niet intramuraal in een verzorgings- of verpleeghuis. Mede vanwege de door vergrijzing toenemende kosten van langdurige zorg is dit nu ook formeel beleid. De rijksoverheid is bezig de langdurige zorg te hervormen om zo de kosten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te beperken. In het verleden zijn al verschillende stappen daartoe ondernomen. Zo valt aanpassing van woningen en andere voorzieningen aan huis sinds 2007 onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) die door gemeenten wordt uitgevoerd. Daarnaast is de bekostiging van zorginstellingen aangepast. In plaats van een instellingsbudget waarmee ook de kapitaallasten werden gedekt wordt de zorg sinds 2011 bekostigd op basis van "zorgzwaartepakketten" (ZZP's) die door het centrum indicatiestelling zorg (CIZ) worden geïndiceerd. Daarnaast ontvangen zorginstellingen een vergoeding van de kapitaallasten via de huisvestingscomponent. De risico's voor de exploitatie van zorgvastgoed zijn daardoor toegenomen.<sup>1</sup>

Het huidige kabinet probeert de toenemende kosten van de AWBZ verder te reduceren door het scheiden van wonen en zorg (SWZ), ook wel extramuralisering genoemd. Het extramuraliseringsbeleid van het huidige kabinet bestaat uit een tweetal componenten. Ten eerste is er een financiële scheiding van wonen en zorg: bewoners van verzorgingshuizen moeten huur gaan betalen. Vanaf 2014 wordt de combinatie zorg en verblijf er alleen nog voor de allerzwaarste zorgvragers uit de AWBZ vergoed die in elk geval ook psychogeriatrisch geïndiceerd zijn (bijvoorbeeld Alzheimer). Daarmee komt eigenlijk de iets "lichtere" instelling als concept te vervallen (verzorgingshuis), en blijft alleen de "zwaardere" instelling over (verpleeghuis). Het idee hierachter is dat wonen geen zorg is. Voordat bewoners werden opgenomen in een zorginstelling betaalden zij immers ook huur of hypotheeklasten. De huren die gevraagd mogen worden voor eenheden in zorginstellingen op basis van de huurprijswetgeving vallen doorgaans beneden de huursubsidielgrens en moeten dus voldoen aan alle regels die voor de verhuur van sociale huurwoningen gelden. Zorginstellingen ontdekken nu massaal dat ze onevenredig veel huur zouden moeten vragen, om in dit nieuwe regime hun exploitaties overeind te kunnen houden.

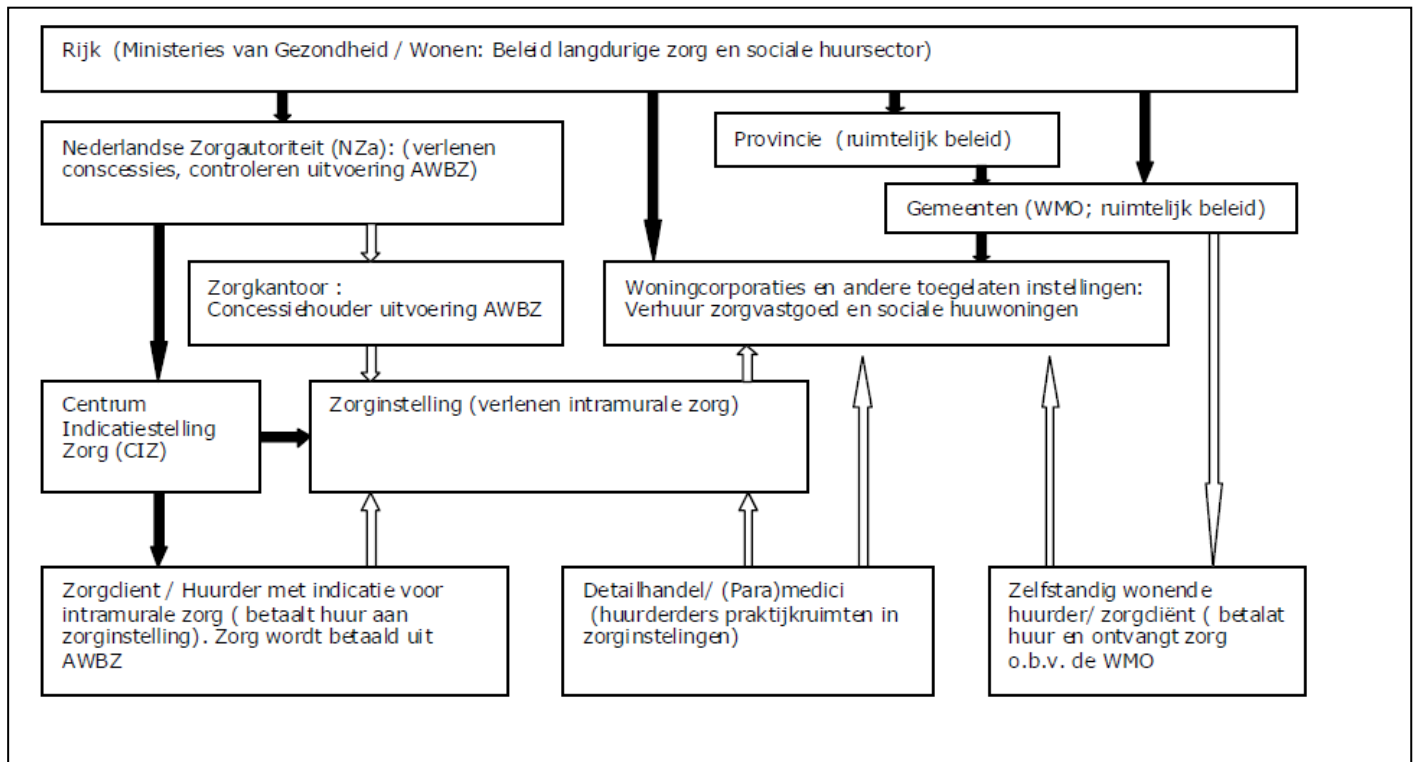
De tweede component is het fysiek scheiden van wonen en zorg: de intramurale indicaties voor lichte zorgzwaartepakketten (ZZP's) komen te vervallen. Hoewel het beleid voor de ZZP's voor verschillende categorieën (Geestelijke gezondheidszorg (GGZ), gehandicaptenzorg (GZ) en verpleging en verzorging (VV)) niet helemaal vergelijkbaar zijn, kan over het algemeen gesteld worden dat per 1 januari 2013 ZZP1 en 2 niet langer een indicatie voor intramurale zorg geven. Met andere woorden: cliënten met deze ZZP's moeten langer zelfstandig blijven wonen. In 2014 is daar voor VV ZZP3 bijgekomen en in 2016 komt daar de helft van ZZP4 bij (Voor GG en GGZ gelden iets andere grenzen; zie bijlage 4 voor een overzicht van wanneer welke ZZP's precies komen te vervallen). Inmiddels wordt ook al gesproken over extramuraliseren van ZZP5. Kort gezegd betekent dit voor de ouderenzorg dat het verzorgingshuis, dat ingericht is op bewoners met een lichte zorgvraag verdwijnt en dat alleen verpleeghuizen overblijven. De lichte zorg valt daarmee buiten de AWBZ en wordt voortaan op basis van de WMO door gemeenten betaald.

<sup>1</sup> Bron: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten. In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013

Daarnaast is het kabinet ook bezig met het hervormen van de woningmarkt. De maatregelen die daarbij getroffen worden, zoals de rolbeperking van woningcorporaties en de invoering van de verhuurdersheffing raken ook de exploitatie van investeringen in zorgvastgoed.

In figuur 1 is getracht de werking van de zorgsector en de veranderingen die daarin op stapel staan, schematisch weer te geven: de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZa) voert namens het Rijk de controle over de AWBZ uitgaven. Zij stelt regels vast waarmee het Centrum Indicatie Stelling Zorg (CIZ) indicaties afgeeft van de hoeveelheid en type zorg waar cliënten recht op hebben. Ook worden concessies uitgegeven aan zorgkantoren die vervolgens zorgcapaciteit inkopen bij zorginstellingen. Deze zorginstellingen hebben het vastgoed ofwel in eigen bezit of huren deze van onder meer woningcorporaties. Onder het nieuwe SWZ-beleid betaalt de cliënt huur aan de instelling. Daarnaast wordt onder meer ruimte verhuurd aan detailhandelaren en (para)medici binnen de muren van de zorginstelling. De laatste mogelijkheid komt te vervallen omdat het Ministerie van Wonen valse concurrentie op de vastgoedmarkt wil tegengaan en toegelaten instellingen geen commerciële ruimte meer mogen verhuren. Daaronder valt ook praktijkruimte voor onder meer huisartsen en paramedici. Woningcorporaties zijn voor de exploitatie van hun vastgoed ook afhankelijk van afspraken met gemeenten en gebonden aan gemeentelijke bestemmingsplannen, die mede afhankelijk zijn van goedkeuring door de provincie. Daarnaast is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van de WMO waaruit straks de thuiszorg betaald wordt, naast de noodzakelijke aanpassing van woningen om deze geschikt te maken voor de zorgbehoevende, die nu al onder de WMO valt.

**Figuur 1: Systeem van de zorgmarkt en exploitatie van zorgvastgoed**



## 1.2 Afbakening vraag en onderzoekopzet

In dit rapport worden de gevolgen van het kabinetsbeleid voor de Overijsselse woningmarkt en eventuele leegstand van maatschappelijk vastgoed verkend. Het rapport richt zich vooral op de gevolgen van veranderingen in de zorg en vooral ouderenzorg voor de woningmarkt en andere ruimtelijke ordeningskwesaties, zoals verspreiding van voorzieningen en leegstand. Omdat ook andere kabinetsmaatregelen zoals de verhuurdersheffing en de rolbeperking van toegelaten instellingen hierop van invloed zijn, worden deze ook in de analyse meegenomen. Om verwarring te voorkomen is in bijlage 3 een lijst met definities opgenomen. In dit rapport wordt niet ingegaan op de rol die de provincie zou kunnen spelen in dit vraagstuk.

Deze vraag wordt beantwoord in de meegeleverde PS-brief. Wel wordt besproken welke rol andere betrokkenen (gemeenten, zorgkantoren, zorgorganisaties en woningcorporaties) op dit moment spelen in het proces.

Om de vraag vanuit PS te beantwoorden is gebruik gemaakt van bestaande gegevens en rapportages. Ten eerste is een kwantitatieve analyse gemaakt van het aantal zorginstellingen in Overijssel naar type en de ruimtelijke spreiding hiervan. Ook is gekeken naar de veranderende zorgvraag in Overijssel op basis van het aantal indicaties voor intramurale en extramurale zorg in combinatie met bevolkingsontwikkeling. Ook is gesproken met een aantal betrokken partijen. Tot slot beschrijven wij een tweetal scenario's, een positief, de ander negatief, als bestaande ontwikkelingen en trends worden doorgetrokken.

Daarbij moet worden opgemerkt dat het moeilijk is een actueel overzicht van de leegstand te schetsen. De ontwikkelingen verlopen in de eerste plaats erg snel, waardoor informatie snel verouderd is. Daarbij dateren veel gegevens uit 2012, dat wil zeggen van vóór de invoering van het huidige kabinetsbeleid. Ook is het lastig gebleken op korte termijn een overzicht te krijgen van zorgvastgoed, eigenaren en bezetting van zorginstellingen, omdat betrokken instanties deze informatie niet willen prijsgeven. Wel kan beperkt worden aangegeven waar sluiting van instellingen heeft plaatsgevonden of op handen is. Op basis van de verkrijgbare gegevens is verder een inschatting gemaakt van de risico's voor betrokken partijen en welke typen locaties het meeste risico lopen op leegstand.

## 2. Bevindingen

In dit hoofdstuk worden de bevindingen beschreven op basis van beschikbare kwantitatieve gegevens, rapportages en gesprekken met partijen in het veld. Allereerst beschrijven wij de trends die al in gang waren gezet voordat het huidige kabinet overging tot extramuraliseringsbeleid.

### 2.1 Trendontwikkeling vóór 2013

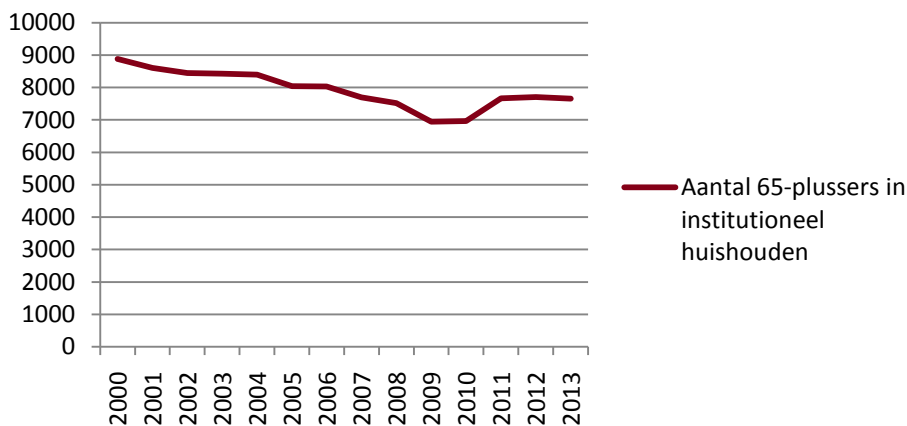
Er zijn verschillende trends te onderscheiden, deels zijn deze het gevolg van het huidige kabinetsbeleid, deels waren deze trends al in gang gezet voordat de rijksoverheid is begonnen met het scheiden van wonen en zorg. Zo is het al langer de trend onder ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Deels is dit de wens van ouderen zelf, maar ook vanuit de overheid wordt dit al langer aangemoedigd en gefaciliteerd.<sup>2</sup> Ook hebben zorginstellingen de afgelopen jaren geanticipeerd op extramuralisering van lichte zorg en vaak cliënten met lichte ZZP's niet geplaatst.<sup>3</sup> Hoewel het aantal afgegeven indicaties voor intramurale zorg jaarlijks is toegenomen (zie ook figuur 8), hebben steeds minder ouderen van dit recht gebruik gemaakt. Het aandeel ouderen dat in een verzorgingstehuis woont, neemt al jaren af. Door de vergrijzing is het absolute aantal de afgelopen jaren juist wel weer iets toegenomen (zie figuren 2 en 3). Het aantal bedden in verzorg- en verpleeghuizen is in de afgelopen tien jaar daarom ook sterk teruggebracht.

De vrijkomende ruimte is, naast sloop, voor een deel opgegaan in het vergroten van kamers die niet meer aan de gewijzigde normen voldeden. De eisen die aan kamers in zorginstellingen worden gesteld zijn in de loop der jaren namelijk aangepast. Deels om het comfort van bewoners te verbeteren en deels omdat cliënten steeds vaker zwaardere zorg vergen en bijvoorbeeld in elektrische rolstoelen moeten kunnen rondbewegen, zijn onder andere grotere kamers vereist dan vroeger.<sup>4</sup>

De capaciteit in verzorgingstehuizen is in het verleden ook al teruggeschroefd. Het totaal aantal bedden in verzorgingstehuizen, verpleegtehuizen, ziekenhuizen, serviceflats of combinaties daarvan nam van 1998 tot 2012 met circa 2.000 bedden af, bijna 11% van het totaal. Per inwoner is de afname zelfs bijna 17%. Daarbij is ook het aantal verzorgingstehuizen verminderd, terwijl het aantal verpleegtehuizen iets toenam (zie figuren 4 en 5).

Hieronder worden de ontwikkelingen in de zorgsector in een aantal figuren weergegeven. Per figuur wordt een korte toelichting gegeven op de getoonde ontwikkelingen.

**Figuur 2: Aantal 65-plussers in institutioneel huishouden in Overijssel**



Bron: CBS

#### Toelichting figuur 2

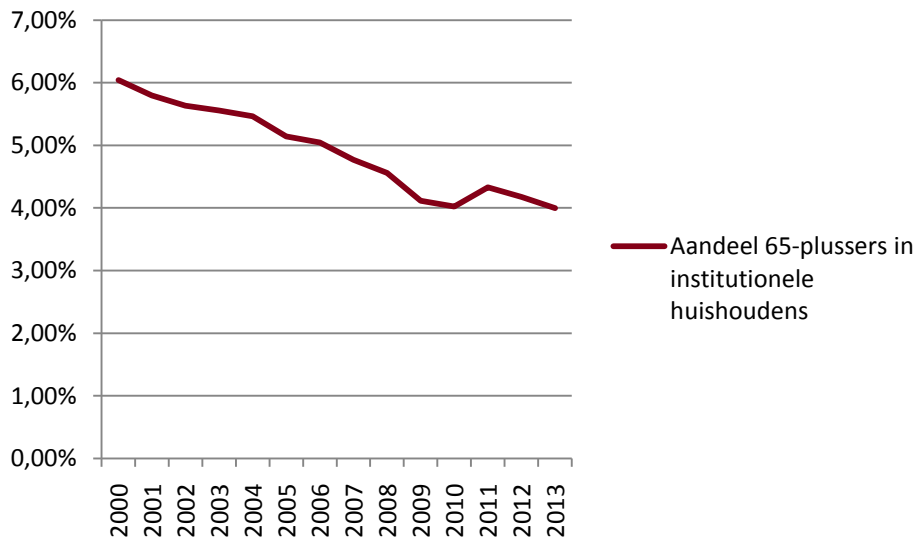
Het aantal 65-plussers in institutionele huishoudens, waaronder verpleeg- en verzorgingshuizen, is jarenlang afgenomen doordat ouderen langer zelfstandig zijn blijven wonen. Het aandeel ouderen dat in institutionele huishoudens woont, is de laatste jaren door vergrijzing weer iets toegenomen, maar relatief gezien gaat de trend langer zelfstandig te blijven wonen, nog steeds door ( zie figuur 3).

<sup>2</sup> Bronnen: PBL (2013) Rapport Vergrijzing en Ruimte, RIGO (2009) Achtergrondrapportage: Senioren op de woningmarkt

<sup>3</sup> Bron: I & O Research (2013) Op de kaart gezet! Inventarisatie huisvesting bijzondere groepen Twente - Update 2012. Januari 2013

<sup>4</sup> RIGO (2003) Werkdocument: Scenario's Verzorgingshuizen

**Figuur 3: Aandeel 65-plussers in institutionele huishoudens in Overijssel**

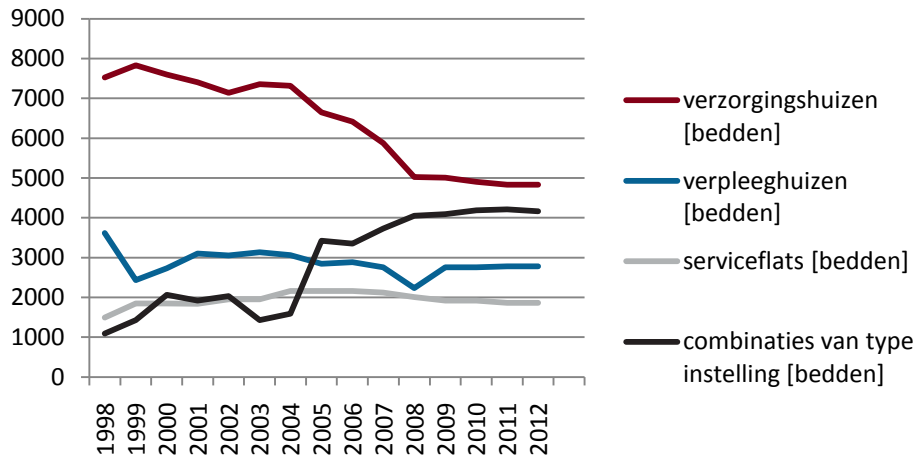


Bron: CBS

**Toelichting figuur 3**

Het aandeel 65-plussers in institutionele huishoudens (waaronder verpleeg- en verzorgingshuizen) is met ruim een derde afgenomen sinds 2000. Door de vergrijzing is het absolute aantal echter minder snel afgenomen (zie ook figuur 2).

**Figuur 4: Ontwikkeling aantal bedden in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en serviceflats in Overijssel**

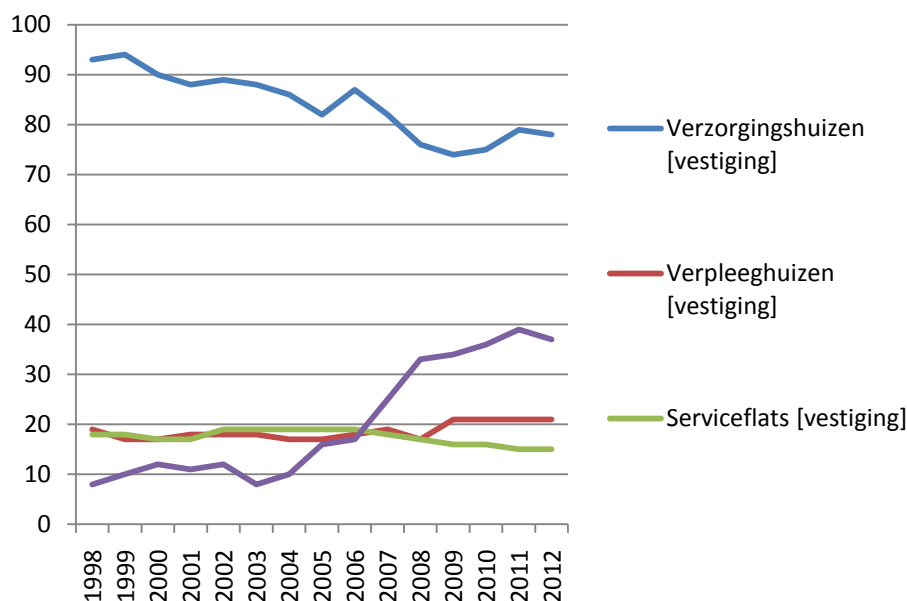


Bron: Databank Overijssel

**Toelichting figuur 4**

De capaciteit in verzorgingshuizen is het afgelopen decennium sterk afgenomen. Deze capaciteit is deels opgegaan in het vergroten van kamers. Deze terugloop in capaciteit is voor een deel gecompenseerd door de opkomst van instellingen die verschillende typen zorg combineren. De totale afname in capaciteit is tussen 1998 en 2012 is 11%. Per inwoner van Overijssel is de afname bijna 17%.

**Figuur 5: Ontwikkeling aantal verzorging en verpleegtehuizen 1998-2012 in Overijssel**

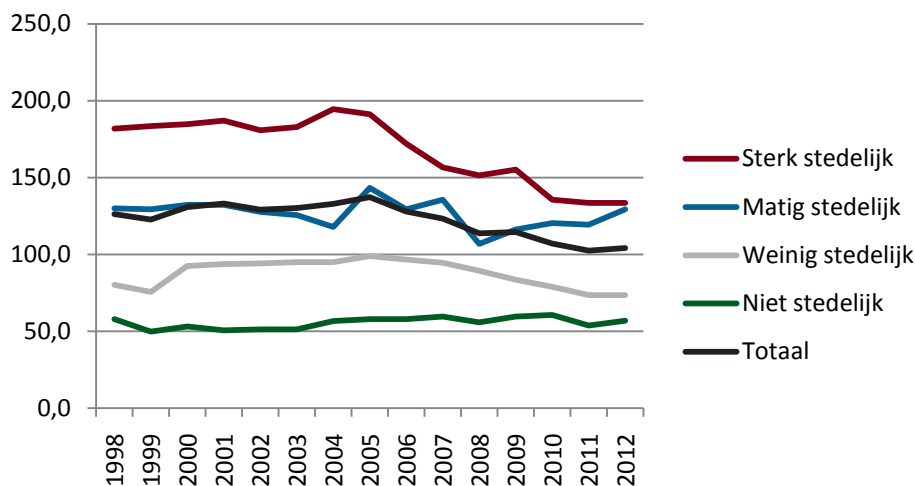


Bron: Databank Overijssel

**Toelichting figuur 5**

De capaciteitsafname van het aantal bedden laat zich niet alleen zien in een afname van het gemiddeld aantal bedden per instelling, maar er zijn ook (vooral oudere) verzorgingshuizen gesloten en vervangen door nieuwe instellingen die meer ingericht zijn op de moderne eisen. Tussen 1998 en 2012 zijn er 15 verzorgingshuizen in Overijssel gesloten of omgebouwd. In die tijd zijn er ook 2 verpleeghuizen en 29 combinaties van instellingen bijgekomen. Hierbij moet worden opgemerkt dat andere bronbestanden (bijv. BIRO) door verschillen in definities en peildata soms iets andere cijfers kunnen geven.

**Figuur 6: Ontwikkelingen gemiddeld aantal bedden per vestiging van zorginstellingen\* naar stedelijkheid 1998-2012 in Overijssel**



Bron: Woningmarktmonitor, Abf

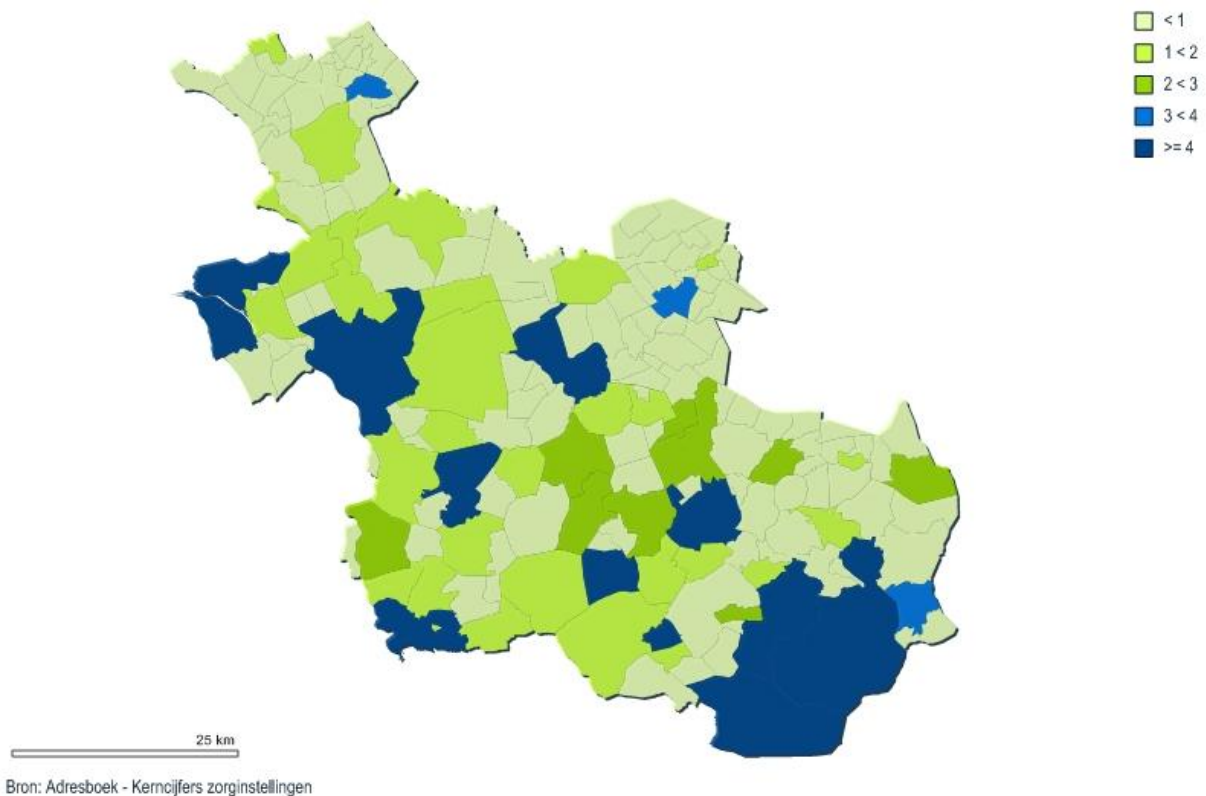
\* Zorginstellingen: verzorgingshuis, verpleeghuis, serviceflats en ziekenhuizen, en combinaties daarvan.

**Toelichting figuur 6**

Deze figuur laat zien dat zorginstellingen in het landelijke gebied (weinig stedelijk en niet-stedelijk) gemiddeld genomen kleiner zijn dan in stedelijk gebied; ze hebben minder bedden per vestiging. Wel is de schaalgrootte in de steden sterk afgenomen, mede onder invloed van het rijksbeleid in het verleden om kleinschalige zorgcomplexen te stimuleren, maar ook door vergroting van kamers. Ook zijn er in kleinere kernen over het algemeen minder zorginstellingen te vinden (zie figuur 7).

**Figuur 7: Zorginstellingen per woonplaats, Overijssel**

Verzorgings-, verpleeg-, ziekenhuizen & serviceflats [vestiging] 2012 Woonplaatsen



#### *Toelichting figuur 7*

Bovenstaande kaart laat de ruimtelijke spreiding zien van zorginstellingen (uitgezonderd gehandicaptenzorg) in Overijssel. Volgens deze gegevens liggen de kleinste vestigingen – met 20 of minder eenheden, die ook nog de enige zorginstelling voor ouderen zijn in die woonplaats – in de plaatsen Staphorst, Luttenberg (gemeente Raalte), Oldemarkt (Steenwijkerland), en Markelo (Hof van Twente). In bijlage 1 is een overzicht te zien van het aantal vestigingen van zorginstellingen per woonplaats, evenals de gemiddelde capaciteit per instelling. Een rapport van I&O Research over huisvesting van bijzondere groepen in Twente, uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Enschede, laat echter zien dat er in Twente ook nog andere kleine zorginstellingen te vinden zijn.<sup>5</sup>

## **2.2 Effecten kabinetsbeleid**

Het proces van extramuralisering is dus al eerder ingezet dan op 1 januari 2013. Het huidige kabinetsbeleid betekent vooral een versnelling van deze ontwikkelingen en veranderingen in de exploitatiemogelijkheden van zorgvastgoed, met grote gevolgen voor het voortbestaan van zorgvastgoed, de financiële positie van zorgvastgoedeigenaren zoals woningcorporaties en voor de woningmarkt. Concrete cijfers over sluitingen van zorglocaties na 1 januari 2013 zijn moeilijk te verkrijgen, ook omdat de ontwikkelingen erg snel gaan. Hieronder een overzicht van beschikbare cijfers:

- Op basis van de lijst met zorglocaties van de Inspectie van Gezondheidszorg van 31 maart 2014 (zie bijlage 2) kan geconcludeerd worden dat ten minste 8 zorglocaties onlangs gesloten zijn, alleen is niet bekend wanneer deze locaties zijn gesloten. Het gaat om 1 locatie in Almelo, 1 in Enschede, 1 in Zwolle, 1 in Neede; 2 in Rijssen en 2 in Goor. Op basis van documentatie (nieuwsartikelen, meldingen van contactpersonen, Lijst Berenschot) kan daar nog een verzorgingshuis in Delden en één in Deventer aan worden toegevoegd.
- Volgens Bureau Berenschot staat ook een verzorgingshuis in Zwartsluis op de nominatie om gesloten te worden. De sluitingsdatum is nog onbekend.
- Bureau Berenschot heeft ook berekend dat in 2020 circa 40% van de huidige verzorgingshuizen gesloten zal zijn.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> I & O Research (2013) Op de kaart gezet! Inventarisatie huisvesting bijzondere groepen Twente - Update 2012. Januari 2013. In opdracht van gemeente Enschede

<sup>6</sup> Bron: Bureau Berenschot (2013) Sluiting dreigt voor 800 ouderenzorglocaties. Zorgvisie Executive, 24 januari 2013

- Volgens een enquête die koepelorganisatie Actiz onder haar leden heeft gehouden, heeft 12% van de zorgorganisaties al verzorgingshuizen moeten sluiten en overweegt 34% van de sluiting van locaties. Het is niet bekend om hoeveel en welke locaties het precies gaat.<sup>7</sup>

Er zijn geen concrete cijfers beschikbaar over de actuele bezetting en uitstroom in zorginstellingen. Op basis van het aantal geldige indicaties voor intramurale zorg van het CIZ kan wel inzicht worden gegeven in het aantal potentiële bewoners en potentiële uitstroom. Als wij peildatum 1 juli 2012 als uitgangspunt nemen, dan gaat het bij extramuralisering van ZZP1 en 2 om circa 11% van de cliënten (zie tabel 1). ZZP1-3 betreft ongeveer 24% van de cliënten. In het meest vergaand scenario van extramuralisering van ZZP1-5 gaat het al om 69% van de cliënten<sup>8</sup>. De daadwerkelijke uitstroom zal lager liggen: indicaties voor intramurale zorg zijn tot 5 jaar geldig. Bewoners van zorginstellingen met een laag ZZP vertrekken dus niet per direct, maar er stromen geen nieuwe cliënten met lage ZZP's in. Tabel 1 geeft het aantal geldige indicaties aan voor de lagere ZZP's tussen 1 juli 2012 en 1 juli 2013<sup>9</sup> en hoe groot het uiteindelijke effect kan zijn van extramuralisering van de lagere zorgzwaartepakketten. Dit laat zien dat het aantal geldige indicaties voor ZZP1 en 2 in Overijssel op 1 juli 2013 met 615 was verminderd (40% minder) ten opzicht van een jaar eerder.

Het totaal aantal geldige indicaties voor intramurale verpleging en verzorging is in diezelfde tijd bijna 10 % afgenomen. Een groot deel van die afname komt doordat VV09A (revalidatiezorg zonder verblijf voorafgaand aan de revalidatie) niet langer uit de AWBZ vergoed wordt maar onder de Zorgverzekeringswet valt. Deze cliënten zijn dus niet uit zorginstellingen vertrokken, maar komen niet terug in de cijfers van het CIZ; dit vertekent het beeld. Zonder deze categorie is de afname nog geen 0,9 %. In Figuur 9 zien we ook dat het aantal geldige indicaties voor intramurale GGZ en GZ na 1 januari 2013 wel zijn blijven toenemen. Het aantal indicaties voor zwaardere ZZP's voor verpleging en verzorging is ook blijven toenemen: dit compenseert grotendeels de afname in het aantal lage ZZP's.<sup>10</sup>

**Tabel 1: Aantal geldige indicatie voor intramurale verpleging en verzorging (VV) naar zorgzwaarte 1 juli 2012- 1 juli 2013.**

	1-jul-12	1-jan-13	1-jul-13	Aandeel in totaal op 1 juli 2012
VV1-2	1.535	1.275	920	11%
VV1-3	3.535	3.295	2.780	26%
VV1-3,5	4.548	4.343	3.818	34%
VV 1t/m 5	9.335	9.260	8.780	69%
Totaal VV zonder VV09, VV09A en VV09B	12.175	12.290	12.115	90%
Totaal VV	13.515	12.400	12.170	100%

Bron: CIZ

<sup>7</sup> Bron: Actiz (2014) Een derde van zorgorganisaties moet verzorgingshuizen sluiten, 10 januari 2014

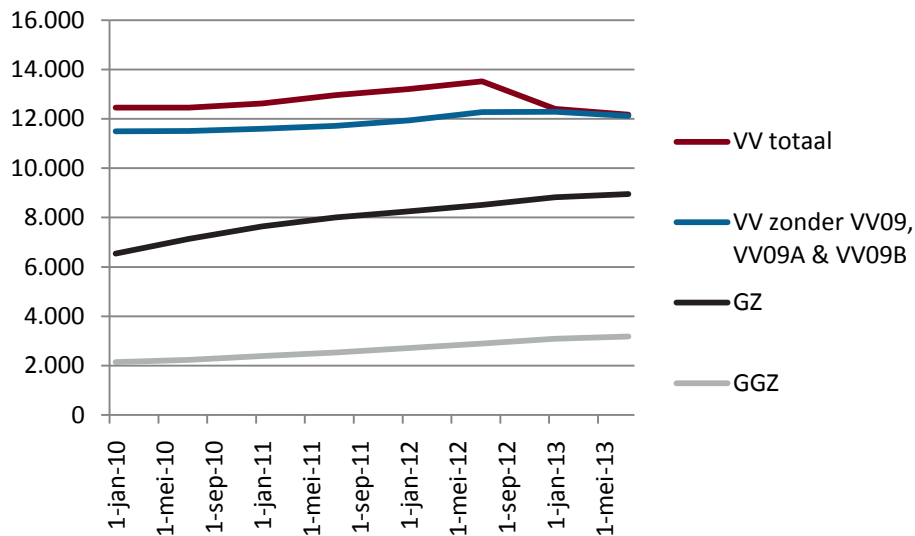
<sup>8</sup> Bron: CIZ: basisrapportages; N.B. Er zijn alleen cijfers beschikbaar over het aantal geldige indicaties. Het is niet bekend in hoeverre er door cliënten ook daadwerkelijk gebruik gemaakt wordt van intramurale zorg.

<sup>9</sup> Dit zijn de meest recente beschikbare cijfers

<sup>10</sup> Bron: CIZ: (2013) Rapportage Langer Thuis; Kwartaalmonitor extramuralisering lage ZZP's, eerste kwartaal 2013.



**Figuur 8: Aantal geldige indicaties voor intramurale zorg 1 jan 2010 -1 juli 2013**



Bron: CIZ

#### Toelichting figuur 8

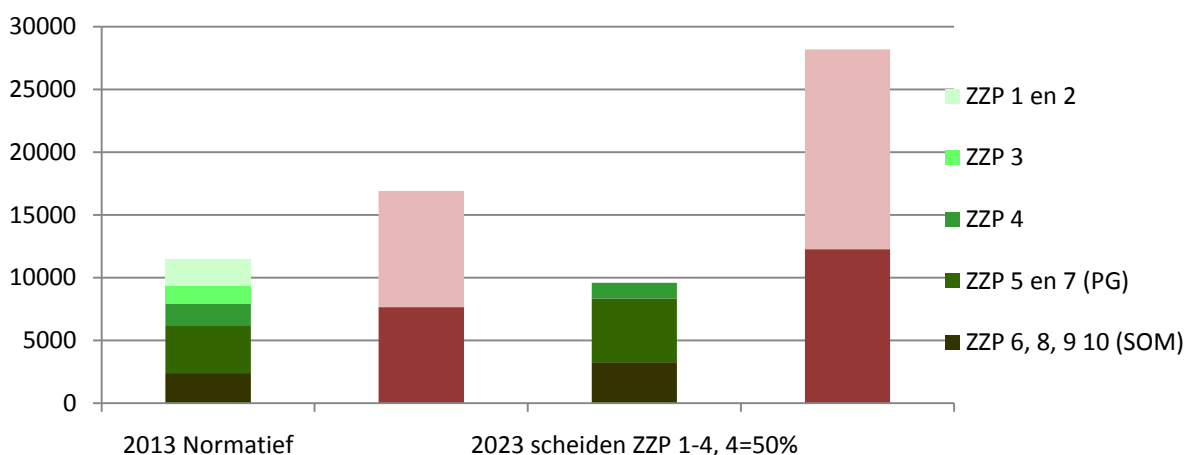
De grafiek in figuur 8 laat het aantal geldige indicaties zien op verschillende peildata sinds 1 januari 2010. De grafiek laat zien dat het aantal geldige indicaties to 1 januari 2013 elk jaar toegenomen is. Na 1 januari 2013 is een zeer lichte afname te zien. VV09 betreft revalidatiezorg. In 2012 werd onderscheid gemaakt tussen cliënten die vooraf al intramurale zorg ontvingen en cliënten die vooraf geen verblijf ontvingen. Sinds 2013 valt de categorie die voorafgaand aan de revalidatie geen zorg met verblijf ontvingen niet langer onder de AWBZ, maar onder de zorgverzekeringswet en valt daarmee buiten de cijfers van het CIZ. Omdat dit het beeld voor het totaal aantal geldige indicaties voor Verpleging en verzorging (VV) vertekent, laat de grafiek ook zien hoe de ontwikkeling is zonder revalidatiezorg mee te rekenen. Dit laat zien dat die afname miniem is, minder dan 1 %. Overigens zegt het aantal indicaties alleen iets over het recht op intramurale zorg; veel cliënten kiezen ervoor om zelfstandig te blijven wonen en de zorg extramuraal te ontvangen (zie ook figuren 2 en 3).

De daadwerkelijke afname van potentiële cliënten over 2013 lijkt dus mee te vallen, maar zorgorganisaties anticiperen op verdere afname van de vraag naar lichte intramurale zorg de komende jaren.<sup>11</sup> Op basis van het gemiddeld aantal indicaties en demografische prognoses heeft Adviesbureau Companen een prognose gemaakt van de ontwikkelingen van de vraag naar intramurale zorgplekken versus extramuraal woonvormen voor cliënten met een lichte zorgvraag (Zie figuur 10 t/m 12 en tabel 2). Voor deze prognose is gebruik gemaakt van gegevens over het gemiddeld aantal indicaties per leeftijdsgroep in Nederland; bevolkingsprognoses van het CBS en informatie over woonwensen van onder anderen ouderen op basis van enquête-uitkomsten van WoON2012.<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen & Zorg (2013) Fact sheet: 'Woningverhuur hoeft voor zorgverlener niet lastig te zijn'

<sup>12</sup> Zie voor inschattingen van het benodigd aantal 'geschikte' woningen ook de publicatie van het Abf: 'Monitor investeren in de toekomst' uit 2012.

**Figuur 9: Gevolgen extramuralisering van ZZZP VV\*<sup>13</sup> in Overijssel**



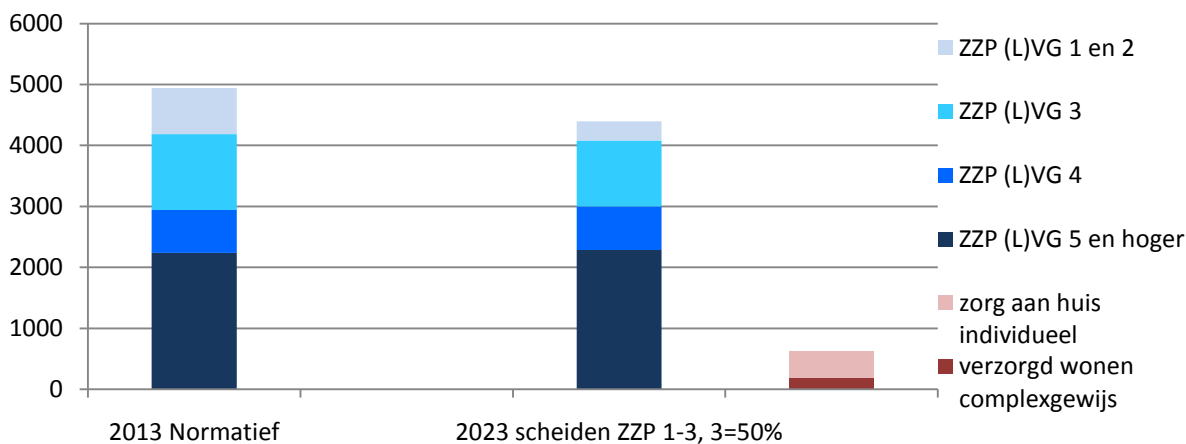
Bron: Companen, WoonZorgWeter, 2013.

\* Zorgzwaartepakket Verzorging en Verpleging

**Toelichting Figuur 9**

Deze figuur laat zien hoe groot de verdeling van de verschillende ZZZP's is in de categorie Verpleging en verzorging (VV) die toegang hebben tot intramurale zorg in 2013 (op basis van het Nederlands gemiddelde) en de vraag naar extramurale vormen van zorg, waaronder 'complexgewijs' verzorgd wonen, evenals prognoses daarvoor in 2023. Hierbij wordt uitgegaan van extramuralisering van ZZZP 1 t/m 3 en de helft van ZZZP4 (zie bijlage 4 voor een overzicht van welke ZZZP's wanneer precies worden geëxtramuraliseerd). Uit de grafiek blijkt een lichte afname op het recht op intramurale zorg, maar een sterke toename de vraag naar complexgewijs verzorgd wonen.

**Figuur 10: Gevolgen extramuralisering van ZZZP VG en LG\* in Overijssel**



Bron: Companen, WoonZorgWeter, 2013.

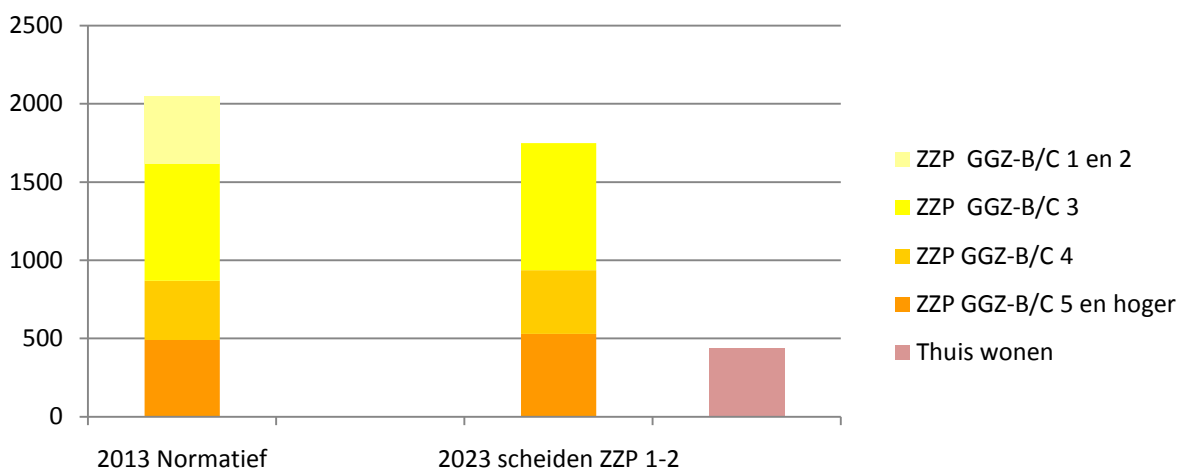
\* Verstandelijk en Lichamelijk Gehandicapten

**Toelichting figuur 10**

Deze figuur laat zien hoe groot de verdeling van de verschillende ZZZP's is in de categorie Verstandelijk en Lichamelijk Gehandicapten die toegang hebben tot intramurale zorg in 2013 (op basis van het Nederlands gemiddelde) en de vraag naar extramurale vormen van zorg, waaronder 'complexgewijs' verzorgd wonen, evenals prognoses daarvoor in 2023. Hierbij wordt uitgegaan van extramuralisering van een deel van ZZZP 1 t/m 2 en de helft van ZZZP3 en ZZZP4 volledig (zie bijlage 4 voor een overzicht van welke ZZZP's wanneer precies worden geëxtramuraliseerd). Uit de grafiek blijkt een lichte afname op het recht op intramurale zorg, en een beperkte opkomst van vraag naar complexgewijs verzorgd wonen.

<sup>13</sup> 'Normatief', want hier is de landelijk gemiddelde ZZZP-verdeling verrekend naar de bevolking van de provincie. Dat is gebeurd omdat de ZZZP's in één jaar nogal eens kunnen vertekenen. Als er in een gemeente bijvoorbeeld het ene jaar niemand geïndiceerd wordt met ZZZP 6 en het volgende jaar incidenteel 10, heeft dat veel invloed op de berekeningen.

**Figuur 11: Gevolgen extramuralisering van ZPP GGZ in Overijssel**



Bron: Companen, WoonZorgWeter, 2013

**Toelichting figuur 11**

Deze figuur laat zien hoe groot de verdeling van de verschillende ZPP's is in de categorie Geestelijke Gezondheidszorg die toegang hebben tot intramurale zorg in 2013 (op basis van het Nederlands gemiddelde) en de vraag naar extramurale vormen van zorg, waaronder 'complexgewijs' verzorgd wonen, evenals prognoses daarvoor in 2023. Hierbij wordt uitgegaan van extramuralisering van een deel van ZPP 1 t/m 2 (zie bijlage 4 voor een overzicht van welke ZPP's wanneer precies worden geëxtramuraliseerd). Uit de grafiek blijkt een lichte afname op het recht op intramurale zorg. Cliënten met lichte ZPP's zullen 'thuis' gaan wonen.

**Tabel 2: Inschatting ontwikkeling capaciteitsbehoefte intramurale en extramurale zorg 2013-2023**

	2013	2023	Ontwikkeling 2013-2023
Behoefte aan intramurale zorgplekken V&V*	11451	9605	-1845
Behoefte intramurale zorgplekken GZ**	4941	4394	-547
Behoefte intramurale zorgplekken GGZ***	2051	1748	-303
Totale behoefte intramurale zorgplekken	18443	15748	<b>-2695</b>
Behoefte verzorgd wonen complexgewijs V&V	7653	12280	4626
Behoefte verzorgd wonen complexgewijs GZ	0	189	189
Totale behoefte verzorgd wonen complexgewijs	7653	12469	<b>4815</b>
Behoefte zelfstandig wonen met zorg aan huis V&V	9256	15905	6649
Behoefte zelfstandig wonen met zorg aan huis GZ	0	441	441
Zelfstandig /thuiswonen met zorg aan huis GGZ	0	436	436
Totale behoefte zelfstandig wonen met zorg aan huis	<b>9256</b>	<b>16782</b>	<b>7526</b>

Bron: Woonzorgweter, Companen

\*Verzorgingen en Verpleging

\*\* Gehandicaptenzorg

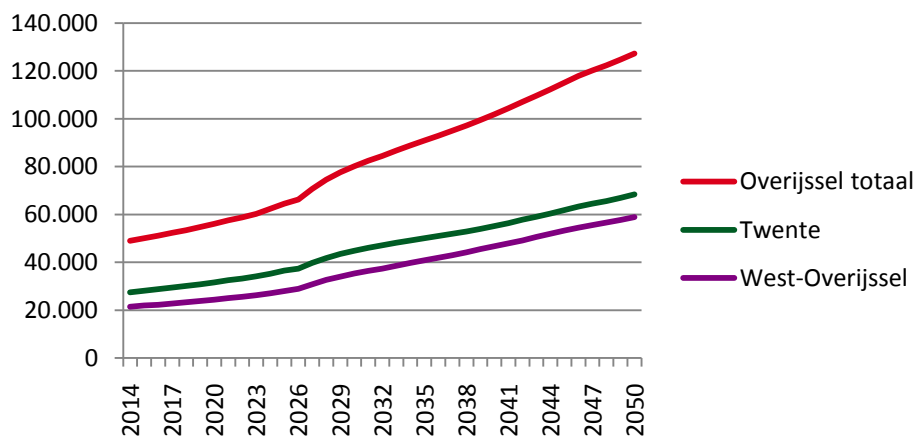
\*\*\*Geestelijke Gezondheidszorg

Uit de cijfers van Companen blijkt dat de verwachting is dat de afname van capaciteitsbehoefte in verzorgingshuizen ook op langere termijn grotendeels wordt gecompenseerd door de toenemende capaciteitsbehoefte in verpleeghuizen voor cliënten met zwaardere zorgbehoeften. Hoewel de behoefte aan intramurale zorg op korte termijn sterk afneemt en in 2023 nog altijd bijna 2.700 minder is dan in 2012, neemt de behoefte aan andere vormen van zorgcomplexen (verzorgd wonen complexgewijs) sterk toe met ruim 4.800 personen, zo is de verwachting. De vraag naar verpleegzorg zal door de vergrijzing de komende decennia nog sterk toenemen.

Voor de ontwikkeling van de behoefte aan verpleging en verzorging (V&V) is vooral het aantal 80-plussers in de samenleving van belang. De bevolkingsprognoses laten zien dat dit aantal de komende decennia nog sterk toeneemt (zie figuur 12). Tot 2050 wordt ruwweg bijna een verdrievoudiging verwacht van het aantal 80-plussers. Voor de gehandicaptenzorg (GZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is vooral de algehele ontwikkeling van de bevolkingsomvang van belang. De bevolkingsomvang in Overijssel zal vanaf ca. 2035 afnemen, in Twente al tussen 2020 en 2025 (zie figuur 13). De uitstroom van intramurale cliënten uit de GGZ-sector en GZ-sector zal daarom een permanent karakter hebben dan die in de VV-sector.

Het is belangrijk op te merken dat de werkelijke vraag naar verpleging en verzorging in de toekomst niet alleen afhankelijk is van de demografische ontwikkeling, maar ook van trends in gezondheid en voorkeuren onder toekomstige ouderen. Toekomstige ouderen zijn hoger opgeleid dan de huidige. Een hogere opleiding wordt geassocieerd met een langere levensverwachting, een betere gezondheid - ook op latere leeftijd -, meer eigenwoningbezit en de behoefte om langer zelfstandig te blijven wonen.<sup>14</sup>

**Figuur 12: Ontwikkeling aantal 80-plussers in Overijsselse regio's**



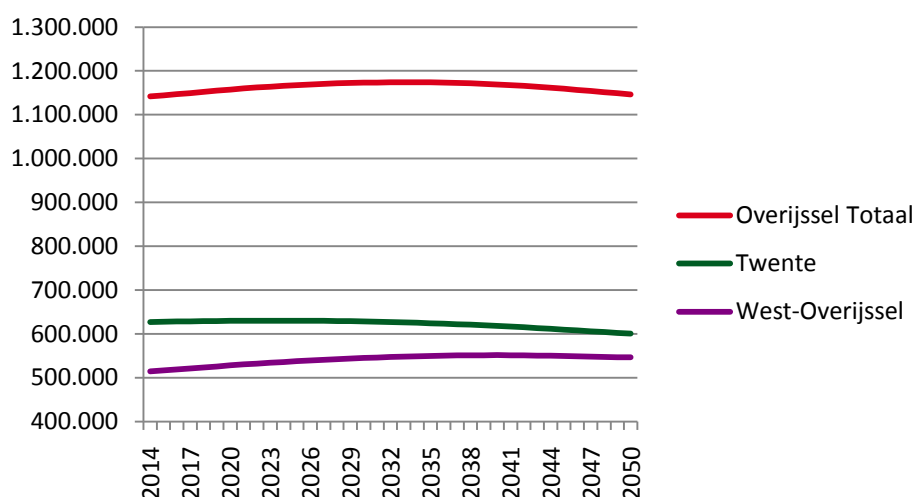
Bron: Primos (Abf), 2013

*Toelichting figuur 12*

Hoewel de bevolkingsgroei stagneert (zie figuur 13), zal het aantal 80-plussers nog sterk toenemen de komende decennia. De babyboomgeneratie bereikt over een jaar over 10-15 die leeftijd. Daarbij wordt in de prognose rekening gehouden met de trend dat mensen gemiddeld steeds ouder worden.

<sup>14</sup> Zie ook PBL (2013) Rapport: Ruimte en Vergrijzing; Actiz-Aedes KCWZ (2013) Factsheet 01: Nieuw beleid nodig voor 90.000 oude zorgvragers tussen zelfstandig en verpleegd wonen.

**Figuur 13. Prognose Bevolkingsontwikkeling Overijsselse regio's**



Bron: Primos (Abf), 2013

#### *Toelichting figuur 13*

De bevolking van Overijssel zal naar verwachting omstreeks 2035 in aantal afnemen. De babyboomgeneratie bereikt dan de leeftijd dat veel mensen sterven. Er sterven dan meer mensen dan dat er geboren worden. Door immigratie kan de bevolkingsgroei nog wel even doorgaan, maar uiteindelijk zal de bevolkingsomvang krimpen. In Twente, dat relatief vergrijsd is, zal dit proces iets eerder plaatsvinden dan in West-Overijssel, waar de bevolking jonger is en meer kinderen geboren worden.

### **2.3 Oorzaken leegstand en sluiting zorginstellingen**

De cijfers uit de vorige paragraaf duiden erop dat er in 2013 geen sprake was van acute leegstroom van zorginstellingen en dat de vraag naar intramurale zorgplekken in de ouderenzorg op termijn juist sterk zal toenemen. Ook alternatieve bestemmingen als wooncomplex lijken ruimschoots voorhanden. Dat roept de vraag op waarom er toch veel verzorgingshuizen leeg lijken te staan en sluiten.

Eén van de problemen die zich voordoet is dat de verzorgingshuizen die momenteel leegstromen niet direct geschikt te maken zijn voor de toenemende behoefte aan verpleegzorg. Bij verpleeghuizen zijn er extra eisen met betrekking tot de inrichting onder meer om verkeer van rolstoelen en bedden mogelijk te maken. Dit vergt dus veelal extra investeringen, afhankelijk van de leeftijd van het gebouw kan dit tot 100.000 euro per zorgplek kosten.<sup>15</sup> Daarbij geldt over het algemeen dat hoe ouder het gebouw, des te groter de kosten. Ook zijn niet alle verzorgingshuizen geschikt te maken vanwege draagconstructies die onvoldoende ruimte bieden, waardoor sloop of niet-zorgbestemmingen de enige optie is. Investeringen in ombouw naar verpleegzorg is ook riskant voor de exploitanten van zorgvastgoed, omdat er geen zekerheid bestaat dat de capaciteit vervolgens ook wordt afgenomen door het zorgkantoor. Wanneer zorginstellingen het vastgoed huren van derden, zoals woningcorporaties, is de huur relatief eenvoudig opgezegd en zit de eigenaar met vervroegde afschrijving van gebouwen.

Ongeveer de helft van alle zorgcomplexen in Nederland zijn eigendom van woningcorporaties.<sup>16</sup> Een directeur van een woningcorporatie in Overijssel waarmee is gesproken geeft aan dat woningcorporaties momenteel ook geneigd zijn zich uit de markt voor zorgvastgoed terug te trekken. Voor zorgorganisaties zelf is het verhuren van leegkomende kamers op de reguliere markt ook niet eenvoudig, hoewel onder meer zorgorganisatie Livio in Twente dit al enige jaren op meerdere locaties doet.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> Bronnen: Rigo (2003) Scenario's Verzorgingshuizen; College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2003) Ombouw van Verzorgingshuizen

<sup>16</sup> Bron: NZa & Aedes (2010) BIJLAGE I BIJ 10D0028443: De contractwaarde van intramuraal zorgvastgoed van corporaties in beeld gebracht

<sup>17</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen & Zorg (2013) Fact sheet: 'Woningverhuur hoeft voor zorgverlener niet lastig te zijn'

De problemen bestaan onder meer uit de kosten van het voeren van een aparte verhuuradministratie; het feit dat 'extramurale bewoners' vrij zijn hun zorg bij concurrenten in te kopen en verandering van bestemmingswijzigingen door het vigerende bestemmingsplan.<sup>18</sup>

Volgens de organisatie van zorgondernemers Actiz is een deel van de huidige leegstand ook te verklaren doordat zorgkantoren onvoldoende zorg inkopen voor cliënten met een zwaardere zorgvraag (ZZP4 en hoger) omdat ze aan hun financiële plafond zitten. Daardoor zijn er wachtlijsten voor zwaardere zorg terwijl ondertussen verzorgingshuizen leegstaan of gesloopt worden.<sup>19</sup>

Wat verder een grote rol speelt, is het feit dat zorginstellingen nu huur moeten vragen aan bewoners met geëxtramuraliseerde ZZP's, waar voorheen de huisvesting, evenals de zorg werd bekostigd uit de AWBZ. Dit leidt tot exploitatieproblemen omdat de huuropbrengsten veelal de kosten niet dekken.<sup>20</sup> De rendabiliteit is erg locatieafhankelijk, waardoor instellingen besluiten bepaalde zorglocaties af te stoten.

## **2.4 Overzicht ontwikkelingen en gevolgen**

Hieronder staan verschillende kabinetsmaatregelen op een rijtje en de gevolgen daarvan voor eigenaren van zorgvastgoed, het aanbod op de woningmarkt, evenals de bereikbaarheid en beschikbaarheid van voorzieningen voor inwoners.

### **1. Gevolgen financiële scheiding wonen en zorg**

- Bewoners van zorginstellingen met een lichte zorgvraag moeten nu huur gaan betalen; hun woonlasten worden niet langer vergoed vanuit de AWBZ. Dit heeft grote gevolgen voor de exploitatie van zorginstellingen.<sup>21</sup> De huur die op basis van het woningwaarderingstelsel gevraagd kan worden ligt vaak veel lager dan de exploitatiekosten. Het woningwaarderingstelsel houdt geen rekening met voorzieningen zoals een receptie en activiteitenruimtes, waardoor de kosten hiervan niet door de huurinkomsten gedekt worden.<sup>22</sup>
- Zorginstellingen reageren hierop door enerzijds de woonruimte op te waardenen zodat een hogere huur kan worden gevraagd, anderzijds schrappt men allerlei gezamenlijke voorzieningen om de kosten te drukken. Daardoor ontstaat een differentiatie in prijs tussen zorginstellingen voor de cliënt. Waar aanpassing van de kosten onvoldoende soelaas biedt en de exploitatie onrendabel wordt, worden zorginstellingen gesloten. Veelal is het vastgoed in handen van woningcorporaties en zeggen zorgorganisaties de huur op.<sup>23</sup>
- Het voortbestaan en ontwikkeling van 'woonservicegebieden', een van de speerpunten in het provinciaal ruimtelijk beleid, komt met de sluiting van zorgcomplexen in het geding. Zo zitten in Deventer momenteel 30 aanleunwoningen zonder ondersteuning na sluiting van een verzorgingshuis en vertrekt een deel van de bewoners van deze aanleunwoningen ook.<sup>24</sup>

### **2. Gevolgen fysieke scheiding wonen en zorg**

- Doordat cliënten met een lage ZZP niet langer toegang hebben tot AWBZ-vergoede intramurale zorg, neemt de instroom van bewoner van zorginstellingen sterk af. Vooral in verzorgingshuizen waar vooral cliënten wonen met lage ZZP's - want ongeschikt voor zwaardere zorg - kan veel plotselinge leegstand ontstaan. Voor de huisvesting van cliënten met zwaardere ZZP's waar op langere termijn vraag naar is, zijn deze instellingen niet altijd geschikt. Gevolg is dat afdelingen of hele tehuizen worden gesloten. Het vastgoed wordt afgestoten of de huur opgezegd.<sup>25</sup> Concrete cijfers zijn niet beschikbaar omdat de ontwikkelingen erg snel gaan. Dat een verzorgingshuis gesloten wordt, wil niet altijd zeggen dat dit zorgvastgoed ook meteen leeg staat.

<sup>18</sup> Bronnen: NZa (2012) Samenvattend rapport: Uitvoering AWBZ 2012; Zorgvisie (2013) Verhuurdersheffing bemoeilijkt transitie zorg. 30 okt. 2013

<sup>19</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen & Zorg (2013) Fact sheet 01 Nieuw beleid nodig voor 90.000 oude zorgvragers tussen zelfstandig en verpleegd wonen.

<sup>20</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum wonen & Zorg (2014) Webpagina: Veelgestelde vragen wonen en zorg

<sup>21</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen & Zorg (2013) Fact sheet 03: 'Scheiden wonen en zorg binnen bestaande verzorgingshuizen van geen toegevoegde waarde'

<sup>22</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum wonen & Zorg (2014) Webpagina: Veelgestelde vragen wonen en zorg

<sup>23</sup> Bronnen: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten. In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013 Gesprekken met vereniging WoON.

<sup>24</sup> Bron: Actiz (2014) Actueel: Aad Koster in Meldpunt 6 maart: sluiting van verzorgingshuizen en alternatieve woonvormen. 7 maart 2014.

<sup>25</sup> Bronnen: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten. In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013; Gesprekken met Vereniging WOON;

- De cliënten met lage ZZP's die niet langer instromen in de intramurale zorg, moeten worden gehuisvest in de reguliere woningmarkt. De druk op de woningmarkt neemt daardoor toe. De vraag naar geschikte woningen zal toenemen en ouderen zullen hun woning minder snel vrijmaken voor een jongere generatie. Dit kan leiden tot een (tijdelijk) tekort aan woningen voor onder meer starters.<sup>26</sup>
- Er ontstaan (particuliere) zorginstellingen voor zorgbehoevenden die desondanks toch graag in een instelling willen wonen en het geld daar voor over hebben.<sup>27</sup>

### **3. Rolbeperking toegelaten instellingen**

Toegelaten instellingen, zoals woningcorporaties, mogen niet langer actief zijn in vastgoedbranches die ook door commerciële bedrijven kan worden uitgebaat. Zij mogen wel sociale huurwoningen en maatschappelijk vastgoed verhuren, maar bijvoorbeeld niet praktijkruimte voor zorgverleners zoals huisartsen en fysiotherapeuten of winkelruimten in verzorgingshuizen.<sup>28</sup> Wat maatschappelijk vastgoed is, wordt nauw beschreven door het Ministerie van Wonen. Dit heeft als consequentie dat woningcorporaties niet langer maatschappelijk vastgoed zoals verzorgingstehuizen kunnen exploiteren, als dit ook een commerciële functie heeft, zoals de verhuur van praktijkruimten voor (para)medici. Mogelijkheden om daarmee het gat tussen huuropbrengsten van woonruimten en exploitatiekosten te overbruggen worden beperkt. Woningcorporaties en zorgondernemingen kunnen hierdoor in financiële problemen raken. Doordat het lastiger is geworden voorzieningen te huisvesten binnen de muren van een zorginstelling, zullen voorzieningen zoals een huisartsenpraktijk elders worden gehuisvest, waardoor de bereikbaarheid hiervan voor hulpbehoevende cliënten afneemt. Een andere mogelijkheid is dat woningcorporaties zich terugtrekken uit multifunctioneel vastgoed.

### **4. Verhuurdersheffing**

De verhuurdersheffing lijkt los te staan van het extramuraliseringsbeleid, maar heeft indirect wel gevolgen voor het zorgvastgoed. Voor zorginstellingen die 'regulier' verhuurd worden moet verhuurdersheffing worden betaald en moeten huren worden verhoogd. Dit heeft invloed op de toegankelijkheid van zorgcomplexen en exploitatiemogelijkheden voor vastgoedeigenaren.<sup>29</sup> Door de verhuurdersheffing is de financiële positie van woningcorporaties verzwakt. Deze hebben hierdoor minder financiële mogelijkheden om zorgvastgoed aan te passen op de toekomstige vraag naar verpleegzorg. Overigens zijn er in Overijssel op dit moment geen woningcorporaties in financiële problemen.

## **2.4 Afstemming en regie oplossingsrichtingen**

De mate waarin de problemen zich zullen voordoen is mede afhankelijk van de afstemming van de plannen van verschillende partijen. Die afstemming is volgens partijen in het veld een probleem. Zorgaanbieders zijn vooral gewend met elkaar te concurreren en zijn daardoor weinig gericht op samenwerking en afstemming van hun plannen met zorgvastgoed. Daar komt bij dat de markt erg versnipperd is: er zijn veel partijen betrokken bij zorg(vastgoed). Ook is er angst bij organisaties om de waarde van hun zorgvastgoed af te boeken en worden soms herbestemmingen en huurprijzen bedacht die niet aansluiten op de marktvraag. Het belang van de eigen organisatie staat voorop, waarbij ieder voor zich ad hoc oplossingen probeert te vinden voor het leegstaande vastgoed, zonder dat dit altijd aansluit op de marktbehoefte. Vooral in kleine kernen kan dit een probleem vormen. Een voorbeeld: in een kleine kern van ca. 3.200 inwoners wordt een verzorgingstehuis omgebouwd tot een complex van 80 zelfstandige woningen voor ouderen. Voor de eigenaar kan dit een manier zijn om een al te grote waardeafboeking op het vastgoed te voorkomen. Echter, in een kern van 3.200 inwoners, waar 200 seniorenwoningen van 65 m<sup>2</sup> verhuurd worden voor ca. 450 euro per maand, is het maar de vraag of er een afzetmarkt is voor 80 seniorenflats van 40 m<sup>2</sup> tegen 550 euro per maand.<sup>30</sup>

Een vraag die opdoemt, is, wie bepaalt welke instelling moeten sluiten als ze elk 'een beetje' leegstand hebben. Wie gaat financieel pijn lijden en hoe wordt deze pijn verdeeld?

<sup>26</sup> Bron: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten. In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013

<sup>27</sup> Bron: Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen & Zorg (2014) Praktijkvoorbeelden

<sup>28</sup> Bron: Gesprekken met Vereniging WOON

<sup>29</sup> Bron: Zorgvisie (2013) Verhuurdersheffing bemoeilijkt transitie zorg. 30 okt. 2013

<sup>30</sup> Bron: Gesprekken met vereniging WOON

Woningcorporaties zijn wettelijk verplicht om de reële waardevermindering in de boeken op te nemen, maar commerciële partijen laten liever panden met een hoge waarde in de boeken staan en vragen relatief hoge huren, ook al betekent dit dat vastgoed leeg blijft staan. Dergelijke problematiek speelt onder meer ook in de met overaanbod kampende kantorenmarkt.

Er is daarom behoefte aan regie in het transitieproces. Er worden inmiddels verschillende initiatieven ontplooid om de transitie in goede banen te leiden, maar onduidelijk is of dit overal in afdoende mate gebeurt. De volgende initiatieven zijn in ieder geval bekend:

- De gemeenten Deventer en Enschede hebben onderzoek laten doen naar de situatie. Het onderzoek door de gemeente Deventer beperkt zich tot de gemeente zelf; het onderzoek van de gemeente Enschede betreft heel Twente in de analyse.<sup>31</sup>
- Het zorgkantoor van Menzis in de zorgregio Twente is ook in discussie met zorgorganisaties over waar intramurale zorgcapaciteit moet worden opgeheven, in verband met de (tijdelijke) terugloop in vraag naar intramurale zorg.<sup>32</sup>
- Vereniging van woningcorporaties WOON in Twente is bezig met een inventarisatie van de situatie in Twente.
- Landelijk hebben Platform 31, Movisie en Aedes-Actiz Kennis Centrum Wonen-Zorg (KCWZ) samen het programma 'Langer Thuis' opgezet om lokale initiatieven te stimuleren te experimenteren met oplossingsrichtingen, gesteund door de Ministeries van BZK en VWS.

Uit het onderzoek dat de gemeente Deventer heeft laten uitvoeren blijkt echter dat er een discrepantie is tussen de rol die zorgorganisaties en woningcorporaties van de gemeente verwachten en de rol die die gemeente zelf wil aannemen. De gemeente wil haar rol beperken tot het regisseren van het proces, en niet de overname van problemen en verantwoordelijkheden, terwijl sommige organisaties dit wel van de gemeente verwachten.<sup>33</sup>

## **2.5 Toekomstscenario's**

Op basis van de huidige situatie en bovenstaande ontwikkelingen is er een mogelijk toekomstscenario geschetst. In dit - wat sombere, maar zeker niet onrealistische - scenario ontstaat er een vicieuze cirkel waarin partijen elkaar tegenwerken, in financiële problemen raken en vraag en aanbod uit elkaar lopen. Deze vooruitblik schetst de urgentie van een integrale aanpak op basis van nauwe samenwerking tussen de verantwoordelijke partijen.

### **Scenario: Uitholling zorgvoorzieningen**

Door onvoldoende coördinatie en korte termijn eigenbelangen handelen betrokken partijen ieder voor zich. Financiële problemen bij exploitanten van zorgvastgoed leiden tot grootschalige leegstand. Vooral kleine zorginstellingen in kleine kernen worden gesloten omdat deze minder rendabel zijn. Hier en der zullen particuliere organisaties kleinschalige zorgcomplexen vestigen, maar deze zijn slechts voor een beperkte groep zorgbehoevenden betaalbaar. Ondertussen ontstaat een gebrek aan verpleegcapaciteit doordat zorginstellingen failliet gaan, en er te weinig wordt geïnvesteerd in capaciteit voor zwaardere zorg.

Ook woningcorporaties, die met een overschot aan maatschappelijk vastgoed komen te zitten raken in financiële problemen. De corporaties hebben onvoldoende middelen om het leegstaande vastgoed geschikt te maken voor alternatieve bestemmingen, en marktpartijen hebben onvoldoende interesse in het overnemen van dit vastgoed omdat er sprake is van een afnemende vraag naar nieuwe woningen vanwege bevolkingskrimp en een overschot aan ander leegstaand vastgoed, zoals kantoorgebouwen. Door geldgebrek wordt door woningcorporaties niet voldoende geïnvesteerd in bestaande woningen en nieuwbouw, waardoor er onvoldoende geschikte woningen zijn voor zorgbehoevenden.

In gemeenten waar de vraag naar nieuwbouw de komende decennia nog toeneemt, ontstaat een tekort aan woningen, vooral voor jonge gezinnen. Ouderen blijven al dan niet vrijwillig langer wonen in eengezinswoningen die daardoor niet beschikbaar komen voor jongere generaties. Door onvoldoende zicht op de ontwikkelingen besluiten gemeenten volop te bouwen voor deze doelgroep, waardoor er over 15 tot 20 jaar, als de generatie babyboomers in groten getale komt te overlijden of verhuist naar verpleegtehuizen, een overschot aan woningen ontstaat, terwijl de vraag naar woningen juist vanaf dan in veel gemeenten gaat teruglopen.

<sup>31</sup> Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013; I & O Research (2013) Op de kaart gezet! Inventarisatie huisvesting bijzondere groepen Twente - Update 2012. Januari 2013. In opdracht van gemeente Enschede.

<sup>32</sup> Bron: Zorgkantoor Menzis Twente (2014). Extramuraliseringsbijeenkomst Twente

<sup>33</sup> Bron: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013



Voorzieningen zoals huisartsen en apotheken worden minder goed bereikbaar voor zorgcliënten doordat deze niet langer door woningcorporaties gehuisvest mogen worden. Zorgcomplexen en medische voorzieningen kunnen daardoor niet langer in dezelfde panden gehuisvest worden. De ontwikkeling van woonservicegebieden wordt problematisch, omdat de verzorgingshuizen die daarvan het centrum zijn of hadden moeten worden in veel gevallen sluiten. Verhuurders trekken zich terug uit zorgvastgoed, waardoor ook niet wordt geanticipeerd op de toenemende vraag naar verpleegtehuizen voor ouderen met een zwaardere zorgvraag op langere termijn. Hieraan ontstaat een tekort.

**Wensbeeld: Markt lost problemen zelf op**

De zorgmarkt past zich aan onder gezamenlijke regie van zorgkantoren, corporaties en gemeenten. Partijen werken samen, er ontstaat een gedifferentieerde en innovatieve zorgmarkt waar alle cliënten een geschikte plek krijgen binnen het gebied waar ze wonen. Het zorgvastgoed dat op korte termijn leeg komt te staan wordt geschikt gemaakt voor andere doeleinden. Leegstaand zorgvastgoed wordt (tijdelijk) omgebouwd tot bijvoorbeeld serviceflats, studentenwoningen of hotels.

Ook wordt geïnvesteerd in aanpassing van het zorgvastgoed voor cliënten met een zwaardere zorgvraag omdat die doelgroep in de toekomst zal groeien. Toegelaten instellingen zoals woningcorporaties gaan allianties aan met commerciële partijen of verkopen multifunctioneel vastgoed om ervoor te zorgen dat medische voorzieningen zoals huisartsenpraktijken en fysiotherapeuten bij zorginstellingen gehuisvest kunnen worden. Hierbij worden de praktijkruimten door commerciële partijen geëxploiteerd. In krimpgemeenten wordt leegstaand vastgoed gesloopt of ingezet voor bijvoorbeeld alternatieve functies.

### 3. Conclusies

De ontwikkelingen zijn op dit moment dermate turbulent, dat het moeilijk te duiden is wat de uitkomst op langere termijn zal zijn. Op basis van de beschikbare cijfers en informatie kunnen in ieder geval de volgende conclusies worden getrokken:

#### *Bestaand proces van extramuralisering wordt versneld door kabinetsbeleid*

Extramuralisering en het sluiten van verzorgingshuizen is een proces dat al langer gaande is. Nadat ouderen zelf al de vooreur ontwikkelden om zelfstadig te blijven wonen is extramuralisering sinds een jaar of 10 ook beleidsmatig het doel. In deze periode is het aantal "bedden" in Overijssel met 11% verminderd. Het huidige kabinetsbeleid van scheiden van wonen en zorg, versnelt dit proces sterk. Het aantal geldige indicaties voor intramurale zorg is in 2013 niet significant afgenomen, maar er wordt geanticipeerd op de teruglopende instroom. Bovenal wordt de huidige leegstand vooral veroorzaakt door exploitatieproblemen door het financieel scheiden van wonen en zorg en de ongeschiktheid van veel bestaand zorgvastgoed voor de toenemende vraag naar zwaardere zorg.

#### *Capaciteit op termijn weer nodig*

Gezien de op handen zijnde vergrijzing, zal de vrijkomende capaciteit in verzorgingshuizen en andere instellingen echter op termijn weer nodig zijn voor mensen met zwaardere zorgbehoeften en bijpassende woonzorgconcepten. Door de wijzigingen in het rijksbeleid, zal dit wel grotendeels in een extramuraal regime worden ingevuld (woon- en zorglasten gescheiden). Dat betekent dat naar verwachting in 2023 bijna 2.700 intramurale "bedden" minder nodig zijn (bijna 15 % van het totaal) maar dat daar tegenover wel ruim 4.800 extramurale "plaatsen" in verzorgingscomplexen nodig zijn die niet door de AWBZ bekostigd worden, maar verhuurd worden op de reguliere woningmarkt. Kortom: de opgave neemt de komende decennia fors toe (logisch, want vergrijzing), maar conform het ingezette rijksbeleid mag ons intramurale regime daarop niet meer het antwoord zijn, en moet het zich grotendeels transformeren naar een extramuraal regime.

#### *Gebrek aan investeringscapaciteit mede oorzaak*

Een deel van het leegstandsprobleem wordt veroorzaakt doordat de vrijkomende capaciteit onvoldoende benut wordt door zorgkantoren om wachtlijsten voor zwaardere zorg op te lossen. Om de vrijkomende capaciteit voor andere – extramurale - zorgvormen geschikt te maken, zijn investeringen nodig, terwijl de investeringscapaciteit van de eigenaren van zorgvastgoed, grotendeels corporaties, beperkt is, mede als gevolg van recente kabinetsmaatregelen zoals de verhuurdersheffing.

Door exploitatieproblemen zegt een deel van de zorgaanbieders de huur op en zijn vastgoedeigenaren niet zeker van afzet. Herbestemming voor onder andere verhuur op de reguliere woningmarkt wordt daarnaast gefrustreerd door onder meer bestemmingsplannen, en de verhuur zelf doordat de inrichting vaak niet rendabel te verhuren is aan de beoogde doelgroep.

#### *Risico op toename leegstand is grootst in kleine kernen*

Het risico op leegstand is het grootst in kleine kernen, waar instellingen gemiddeld kleiner en daardoor duurder in de exploitatie zijn, en omdat daar relatief veel verzorgingshuiscapaciteit zit en weinig verpleegzorg. Oudere panden riskeren sluiting doordat deze moeilijk geschikt te maken zijn voor een zwaardere zorgvraag of een nieuwe bestemming. Daarbij ontbreekt het in kleine kernen vaak aan mogelijke alternatieve bestemmingen voor het zorgvastgoed. Leegstand in andere vastgoedsectoren (onder andere kantoren, winkels, agrarisch vastgoed) speelt een concurrerende rol bij het vinden van een geschikte en rendabele nieuwe bestemming, vooral in krimpgebieden.

#### *Bereikbaarheid zorg en ontwikkeling woonzorgconcepten vraagt aandacht*

De bereikbaarheid van andere voorzieningen zoals huisartszorg, dagopvang en diverse vormen van begeleiding, kan belemmerd worden door het verdwijnen van zorgvastgoed, omdat deze functies vaak gevestigd zijn in een zorginstelling. Mede daardoor kan de sluiting van een zorginstelling haaks staan op de ontwikkeling van woonservicegebieden.

#### *Risico's voor huisvesting lichte zorggroepen en doorstroming woningmarkt*

Er bestaat een zeer reëel risico dat er onvoldoende geïnvesteerd wordt in geschikte huisvesting voor mensen met zorgvragen, die niet langer intramuraal gehuisvest worden. In de praktijk zien wij nu al dat deze mensen langer thuis blijven wonen, dat de thuiszorg weliswaar aan huis komt voor de noodzakelijke zorg (de geïndiceerde zorg wordt meestal wel geleverd), maar dat alle aandacht en welzijn daaromheen van mantelzorgers en vrijwilligers moet komen. Wie niet kan terugvallen op (voldoende) mantelzorg, vereenzaamt snel.

Daarnaast draagt het gegeven dat ouderen langer in hun woning blijven wonen, natuurlijk niet bij aan doorstroming op de woningmarkt. Zolang ouderen in hun eigen gezinswoning blijven wonen, komen deze immers niet beschikbaar voor bijvoorbeeld starters. Hierdoor ontstaat verdere stagnatie van de woningmarkt.

*Vooraf corporaties en zorginstellingen aan zet*

Het kabinetsbeleid heeft gevolgen voor de Overijsselse woningmarkt en leidt tot lokale leegstand van zorgvastgoed alsmede het verdwijnen van voorzieningen en/of verminderde bereikbaarheid hiervan voor zorgbehoevenden. Ook bestaat het risico dat verhuurders van zorgvastgoed in financiële problemen raken. Omdat dit veelal woningcorporaties zijn, kan dit gevolgen hebben voor de sociale huursector.

De transitie "van intramuraal naar extramuraal" wordt nu vooral opgepakt door de belangrijkste stakeholders - regionale zorgkantoren, woningcorporaties en andere vastgoedeigenaren, en gemeenten - waarbij zij in verschillende samenstelling en op verschillend schaalniveau met elkaar optrekken. Deze samenwerking is echter nog in ontwikkeling en niet altijd even efficiënt, en krijgt niet in alle Overijsselse regio's in dezelfde mate en op dezelfde manier vorm. Zorginstellingen zijn ingericht op onderlinge concurrentie en niet op samenwerking, wat afstemming in de weg staat. Wel is duidelijk dat zonder samenwerking en coördinatie ongewenste situaties kunnen ontstaan.

De mate van afstemming tussen betrokkenen zal mede bepalend zijn voor de ontwikkeling van het meer wenselijke scenario waarin de markt de problemen zelf oplost en met een gedifferentieerd en innovatief aanbod, de vraag naar wonen en zorg beantwoord. Anders dreigt een vicieuze cirkel waarin zorgorganisaties en corporaties in financiële problemen raken, terwijl ondertussen het aanbod aan wonen en zorg niet aansluit op de vraag.

## Bijlage 1 Aantal zorginstellingen en (gemiddelde) zorgcapaciteit per woonplaats in Overijssel

Zorginstellingen en capaciteit per woonplaats	Totaal aantal zorginstellingen	Verzorgingshuizen [vestiging]	Verpleeghuizen [vestiging]	Serviceflats [vestiging]	Combinaties van verzorgings-, verpleeg-, ziekenhuizen & serviceflats	Vest. gehandicaptenorganisaties [vestiging]	Bedden in verzorgings-, verpleeg- en ziekenhuizen & serviceflats [bedden]	Bedden in verzorgingshuizen [bedden]	Bedden in verpleeghuizen [bedden]	Bedden in serviceflats [bedden]	Bedden in combinaties van type instelling [bedden]	Bedden bij gehandicaptenorganisaties [bedden]	Gemiddeld aantal bedden per verzorgingshuis	gemiddeld aantal bedden per verpleeghuis	Gemiddeld aantal bedden in combinaties van type instelling	Gemiddeld aantal bedden instelling voor gehandicapten	Aanleunwoningen [woningen]
Totaal Overijssel	464	78	20	15	37	314	16500	4830	2610	1861	4164	11974	62	131	113	38	4838
Steenwijkerland: Giethoorn	1	1					20	20					20				35
Steenwijkerland: Oldemarkt	1	1					20	20					20				
Almelo: Bornebroek	1	1					22	22					22				12
Zwartewaterland: Genemuiden	1		1				31		31					31			212
Hardenberg: Gramsbergen	1	1					46	46					46				36
Dinkelland: Weerselo	1	1					46	46					46				25
Olst-Wijhe: Wijhe	1	1					47	47					47				57
Dinkelland: Ootmarsum	1	1					50	50					50				8
Steenwijkerland: Vollenhove	1	1					50	50					50				100
Twenterand: Den Ham	1	1					53	53					53				10
Zwartewaterland: Zwartsluis	1	1					54	54					54				
Deventer: Diepenveen	1	1					56	56					56				41
Raalte: Heino	1	1					60	60					60				41
Dalfsen: Nieuwleusen	1	1					75	75					75				
Dalfsen: Dalfsen	1		1				147		147					147			82
Twenterand: Vroomshoop	2	1			1												
Raalte: Luttenberg	2	1			1	16	16						16				
Hof van Twente: Markelo	2	1			1	20	20						20				42
Wierden: Enter	2	1			1	47	47						47				46
Deventer: Bathmen	2	1			1	48	48						48				95
Zwartewaterland: Hasselt	2	1			1	61	61						61				30
Hardenberg: Dedemsvaart	2				1	1	101				101				101		36
Deventer: Colmschate	2				1	1	226				226				226		
Twenterand: Vriezenveen	2	1			1		58	58					58				59
Hof van Twente: Delden	2	1			1		290				290				290		
Hellendoorn: Hellendoorn	2	1					402	127	275				127	275			33
Staphorst: Staphorst	3	1			2	15	15					55	15			28	68
Rijssen-Holten: Holten	3	1			2	51	51						51				61
Kampen: IJsselmuiden	3	1			2	69	69						69				
Twenterand: Westerhaar-Vriezen Vijk	3	1			1	1	58	58					58				15
Olst-Wijhe: Olst	3	2			1	96	96					120	48			120	101
Raalte: Heeten	4	1			3	61	61						61				60
Wierden: Wierden	4		1		1	2	24				24	14			24	7	28
Dinkelland: Denekamp	4				2	2	152				152				76		
Deventer: Schalkhaar	5	1			4	42	42					66	42			17	29
Borne: Borne	5				1	4	94				94				94		54
Tubbergen: Tubbergen	5	1			1	3	78	78					78				46

Losser: Losser	5	1	1		1	2	752	75	160		517	280	75	160	517	140	
Hellendoorn: Nijverdal	6	1			1	4	105	60			45	19	60		45	5	
Haaksbergen: Haaksbergen	6	3	1		1	1	232		105		127			105	127		
Hof van Twente: Goor	8	3			1	4	201	72			129	69	24		129	17	81
Hardenberg: Hardenberg	9	1	1			7	474	83	194			861	83	194		123	24
Rijssen-Holten: Rijssen	12	4	1			7	251	189	62			74	47	62		11	266
Ommen: Ommen	13	1	1	2	1	8	263	142	32	89		1476	142	32		185	183
Oldenzaal: Oldenzaal	13	3	1		1	8	405	233	60		112	1029	78	60	112	129	358
Kampen: Kampen	17	4				13	426	426				107	107			8	153
Steenwijkerland: Steenwijk	18	1		1	1	15	250	94		96	60	73	94		60	5	138
Raalte: Raalte	18	1	1		2	14	253	56	153		44	44	56	153	22	3	45
Almelo: Almelo	29	3	1		3	22	1569	290	180		449	407	97	180	150	19	331
Hengelo: Hengelo	34	3	1	2	3	25	1352	183	34	565	178	1216	61	34	59	49	360
Deventer: Deventer	35	5	2	4	2	22	1549	456	377	568	148	922	91	189	74	42	491
Enschede: Enschede	63	4	1	1	7	50	3321	588	200	132	1207	3111	147	200	172	62	507
Zwolle: Zwolle	94	9	4	5	3	73	2311	437	600	411	261	1835	49	150	87	25	439

Bron: Woningmarktmonitor Abf

## Bijlage 2 Lijst zorglocaties in Overijssel Inspectie voor de Gezondheidszorg\*

(vervallen locaties in grijs)

Organisatorische eenheid plaats	Organisatorische eenheid naam	Concern naam	Concern plaats	
ALMELO	Woon- en Zorgcentrum Friso	Stichting Friso	ALMELO	
ALMELO	Zorg Plus Twente	Stichting Zorg Plus Twente	ALMELO	
ALMELO	DevaZorg en Welzijn	DevaZorg en Welzijn	ALMELO	
ALMELO	t Nieuwland	t Nieuwland Zorg op Maat	ALMELO	
ALMELO	TMZ Het Meulenbelt. OEcocode voorheen op naam Trivium Meulenbelt Groep, regio Almelo	Trivium MeulenbeltZorg, voorheen Trivium Meulenbelt Groep	BORNE	
ALMELO	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum De Hofkamp	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
ALMELO	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum De Koppel	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
ALMELO	De Klokkenbelt (gesloopt)	CarintReggeland	HENGELO (OV)	vervallen
ALMELO	Eugeria,	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	CRG thuiszorg, Twenterand, Nijverdal, Wierden en Almelo incl. WZC Buurstede (voorheen CRG Thuiszorg regio Almelo incl. WZC Buurstede)	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	Hoog Schuilenburg, Zorgorganisatie Reggeland, lokatie	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	Weijdehof	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	De Elshof, kleinschalige woonvorm, bevindt zich in Huize Friso van Stichting Friso	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	Woonzorgcentrum Titus Brandsmahof	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
ALMELO	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, nevenlocatie Nieuwestraat	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELO (OV)	
BORNE	TMZ Het Dijkhuis. OEcocode 19674 moest zijn 19374 OEcocode 19674 voorheen op naam Trivium Meulenbelt Groep, regio Borne	Trivium MeulenbeltZorg, voorheen Trivium Meulenbelt Groep	BORNE	
BORNERBROEK	TMZ Theresiahof	Trivium MeulenbeltZorg	BORNE	
COLMSCHATE	Huize Salland	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
DEDEMSVAART	Van Dedem	Baalterborg Groep	HARDENBERG	
DELLEN (OV)	Woonzorgcentrum De Wieken	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
DELLEN (OV)	Woonzorgcentrum Sint Elisabeth	CarintReggeland	HENGELO (OV)	Wordt gesloopt en op termijn vervangen <sup>34</sup>
DELLEN (OV)	WZC Hassinkhoek	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
DEN HAM	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum Het Liefderinck	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
DENEKAMP	Verpleeg, woon- en zorgcentrum St. Gerardus Majella	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
DENEKAMP	Stichting Huize Sint Jozef	Zorggroep Sint Maarten (voorheen Stichting Sint Jozef )	DENEKAMP	
DEVENTER	Woonzorgcentrum De Bloemendal	Solis Zorggroep	DEVENTER	
DEVENTER	Woon-zorg-verpleegcentrum Groote & Voorster	Solis Zorggroep	DEVENTER	
DEVENTER	Woonzorgcentrum Huize Corel	Solis Zorggroep	DEVENTER	
DEVENTER	Woonzorgcentrum Sint Jurriën	Solis Zorggroep	DEVENTER	
DEVENTER	Woonzorg- en revalidatiecentrum PW Janssen	Solis Zorggroep	DEVENTER	
DEVENTER	Spikvoorde	Stichting Zorggroep Solis	DEVENTER	
DEVENTER	Sint Jozef	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
DEVENTER	Woon- en Zorgcentrum Humanitas	Humanitas, Stichting	DEVENTER	
DIEPENVEEN	Sparrenheuvel	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
EIBERGEN	WZC De Meergaarden	Livio	ENSCHDEDE	
ENSCHDEDE	De Eschpoort, verzorgingshuis	AriënsZorgpalet	ENSCHDEDE	

<sup>34</sup> Bron: CarintReggeland

ENSCHEDER	De Eschpoort, verpleeghuis (incl dependance vph Klaaskateplein)	AriënsZorgpalet	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	Ariënsstaete	AriënsZorgpalet	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	BalanSzorg B.V.; thuiszorg	BalanSzorg B.V.	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	Bruggerbosch Centrum voor Psychogeriatric	Bruggerbosch, Stichting	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC Broekheumerstede	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC De Bleekhof	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC De Hatteler	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC Tweekelerveld	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	VPH De Cromhoff	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC Broekheurnerborch	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	WZC Lippink's Hof	Livio	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	Zorggroep Manna	Manna, Stichting	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	Verzorgingshuis De Posten	Stichting Humanitas voor Ouderen	ENSCHEDER	
ENSCHEDER	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, nevenlocatie Tromplaan	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELER (OV)	
ENSCHEDER	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, nevenlocatie Wesselerbrink	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELER (OV)	
ENTER	Reggeland, locatie Het Reggedal	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
GENEMUIDEN	De Meente	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
GIETHOORN	Verzorgingshuis Zonnewiede	Oude en Nieuwe Land Zorggroep	EMMELOORD	
GLANERBURG	Dr. Arienshuis (Glanerbrug)	AriënsZorgpalet	ENSCHEDER	
GOOR	Woonzorgcentrum De Stoevelaar	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
GOOR	Huize Scherpenzeel	CarintReggeland	HENGELER (OV)	vervallen
GOOR	Huize 't Vrijland	CarintReggeland (voorheen Stichting Bejaardenzorg 't Vrijland MARKELO )	HENGELER (OV)	vervallen
GOOR	de Weehof	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
GRAMSBERGEN	Zorgcentrum 't Welgelegen	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
HAAKSBERGEN	VPH Het Wiedenbroek	Livio	ENSCHEDER	
HAAKSBERGEN	WZC Het Saalmerink	Livio	ENSCHEDER	
HAAKSBERGEN NEEDE EIBERGEN	Livio KSW Haaksbergen-Berkelland( Livio Kleinschalige Woonvormen bestaande uit Livio KWS Merelstraat te Haaksbergen / Livio KWS Ferdinand Bolstraat te Haaksbergen / Livio KWS Troelstrastraat te Neede / Livio KSW Willem Sluyterstraat te Eibergen	Livio	ENSCHEDER	
HARDENBERG	Zorgcentrum Clara Feyeona Heem	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
HARDENBERG	Zorgcentrum Oostloorn	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
HARDENBERG	Woon-zorgzone Marsch Kruserbrink	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
HARDENBERG	Woon-zorgzone Schoutenhof	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
HEERENVEEN	Mariënbosch	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
HEETEN	De Stevenskamp	Zorggroep Raalte	RAALTE	
HEINO	Solace European Care Hotel	Stichting Solace Zorg	HEINO	
HEINO	Zorgspectrum Het Zand, locatie het Wooldhuis	Zorgspectrum Het Zand	ZWOLLE	
HELLENDOORN	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Verpleeghuis Krönnenzommer	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
HELLENDOORN	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum De Blenke	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
HENGELER (O)	TMZ Het Borsthuis. OEcode voorheen op naam Trivium Meulenbelt Groep, regio Hengelo	Trivium MeulenbeltZorg, voorheen Trivium Meulenbelt Groep	BORNE	
HENGELER (O)	TMZ Het Intermedium	Trivium MeulenbeltZorg	BORNE	
HENGELER (OV)	Burea SPV (interculturele somatische en GGZ thuiszorgbureau)	Bureau SPV	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Woonzorgcentrum Humanitas	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Woonzorgcentrum Backenhagen	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Woonzorgcentrum Hooghagen	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Zorgcentrum Het Woolde	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	WZC Zuiderhart	CarintReggeland	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, hoofdlocatie Sportlaan Driene	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELER (OV)	
HENGELER (OV)	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV,	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELER (OV)	

	nevenlocatie Pruisische Veldweg			
HENGELO (OV)	B2B-Twente B.V.	B2B-Twente BV	HENGELO (OV)	
HENGELO (OV)	Herinckhave	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
HOLTEN	Diessenplas	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
IJSSELMUIDEN	Maarlenhof	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
KAMPEN	De Amandelboom	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
KAMPEN	De Vijverhof	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
KAMPEN	Huize Margaretha	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
KAMPEN	Myosotis	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
LEMELERVELD	Brugstede	Zorggroep Raalte	RAALTE	
LOSSER	Verpleegcentrum Oldenhove	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
LOSSER	Woon- en zorgcentrum St. Maartens-Stede	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
LUTTENBERG	Maria-Oord	Zorggroep Raalte	RAALTE	
MARKELO	Woonzorgcentrum De Anholtskamp	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
NEEDE	De Werf (minder dan 10 cliënten)	Livio	ENSCHDEDE	vervallen
NIEUWLEUSEN	Zorgspectrum Het Zand, locatie de Hulstkampen	Zorgspectrum Het Zand	ZWOLLE	
NIJVERDAL	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum De Hoge Es	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
NIJVERDAL	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente Woonzorgcentrum De Parallel	Stichting ZorgAccent & Thuiszorg Noord West Twente	HELLENDOORN	
NOORDBROEK	Gockingaheem	Stichting Ouderenvoorzieningen Menterwolde	NOORDBROEK	
OLDEMARKT	Verzorgingshuis Kerspelhof	Oude en Nieuwe Land Zorggroep	EMMELOORD	
OLDENZAAL	Verpleegcentrum Gereia	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
OLDENZAAL	Woon- en Zorgcentrum De Molenkamp	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
OLDENZAAL	Scholtenhof	Stichting Zorgfederatie Oldenzaal	OLDENZAAL	
OLDENZAAL	Woon- en Zorgcentrum Mariahof	Stichting Zorgfederatie Oldenzaal	OLDENZAAL	
OLDENZAAL	Atzon	Atzon	OLDENZAAL	
OLST	Het Averbbergen	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
OLST	Sint Willibrord	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
OMMEN	Zorgcentrum Oldenhaghen	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
OMMEN	Zorgappartementen Nijenhaghen	Saxenburgh Groep, divisie Ouderenzorg Hardenberg	COEVORDEN	
OMMEN	De Hoekstee	Zorgcombinatie Zwolle	ZWOLLE	
OOTMARSUM	Woon- zorgcentrum Huize Franciscus	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
RAALTE	De Hartkamp	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
RAALTE	Huize Angeli Custodes	Zorggroep Raalte	RAALTE	
RAALTE	Swaenewoerd	Zorggroep Raalte	RAALTE	
RIJSEN	De Schutse	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
RIJSEN	Eltheto	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
RIJSEN	Verzorgingshuis De Parkstede	CarintReggeland	HENGELO (OV)	vervallen
RIJSEN	Wellehof	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
RIJSEN	Verpleegunit Maranatha	CarintReggeland	HENGELO (OV)	vervallen
RIJSEN	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, nevenlocatie Roelf Bosmastraat	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELO (OV)	
SCHALKHAAR	Park Braband	Zorggroep De Leiboom	DEVENTER	
STAPHORST	De Berghorst	Zorgspectrum Het Zand	ZWOLLE	
STEENWIJK	Nijenstede	Zorgcombinatie Noorderboog	MEPPEL	
STEENWIJK	Zonnekamp, verpleeghuisdeel	Zorgcombinatie Noorderboog	MEPPEL	
STEENWIJK	Zonnekamp, verzorgingshuisdeel Woonark	Zorgcombinatie Noorderboog	MEPPEL	
TUBBERGEN	De Eeshof	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
VENLO	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV, nevenlocatie 1e Graaf van Loonstraat	Olcea Nieuwe Zorglandschap BV	HENGELO (OV)	
VOLLENHOVE	Woonzorgcentrum Nieuw Clarenberg	Oude en Nieuwe Land Zorggroep	EMMELOORD	
VRIEZENVEEN	TMZ Weemelanden. OEcodeloos voorheen op naam Trivium Meulenbelt Groep, regio Twenterand	Trivium MeulenbeltZorg, voorheen Trivium Meulenbelt Groep	BORNE	
VRIEZENVEEN	De Vriezenhof	Stichting Woon-en Zorgcentrum De Vriezenhof	VRIEZENVEEN	
VRIEZENVEEN	Nurse Care	Nurse Care B.V.	VRIEZENVEEN	



WEERSELO	Huize St. Jozef	Zorggroep Sint Maarten	DENEKAMP	
FIWESTERHAAR	TMZ Het Haarhuus	Trivium MeulenbeltZorg	BORNE	
WIERDEN	Zorgcentrum Wierden	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
WIERDEN	Verpleeghuis De Botterhof	CarintReggeland	HENGELO (OV)	
WIJHE	Zorgspectrum Het Zand, locatie het Weijtendaal	Zorgspectrum Het Zand	ZWOLLE	
ZWARTSLUIS	De Schans	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	Wordt op nog onbekende termijn gesloten <sup>35</sup>
ZWOLLE	De Nieuwe Haven	Woonzorgconcern IJsselheem ( tot 1 mei 2008 Isala Ouderenzorg te Zwolle)	KAMPEN	
ZWOLLE	Verpleeg- en reactiveringscentrum De Weezenlanden	Woonzorgconcern IJsselheem ( tot 1 mei 2008 Isala Ouderenzorg te Zwolle)	KAMPEN	vervallen
ZWOLLE	Werkeren, verzorgingshuis	Woonzorgconcern IJsselheem ( tot 1 mei 2008 Isala Ouderenzorg te Zwolle)	KAMPEN	
ZWOLLE	Theodora Vos de Waelhuis	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
ZWOLLE	Anna Heerkens	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
ZWOLLE	Wilhelmina van Sonsbeeck	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
ZWOLLE	Revalidatie en Behandelcentrum Geriatrie	Woonzorgconcern IJsselheem	KAMPEN	
ZWOLLE	Icare, Regio IJssel-Zwartewater	Stichting Icare	MEPPEL	
ZWOLLE	Arcadia	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	De Kievitsbloem	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	DrieZorg Zwolle, locatie De Havezate	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	DrieZorg Zwolle, locatie De Venus	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	DrieZorg Zwolle, locatie Rivierenhof	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	Fermate	DrieZorg - Stichting voor Wonen, Zorg en Welzijn	ZWOLLE	
ZWOLLE	Zorgspectrum Het Zand, locatie Zandhove	Zorgspectrum Het Zand	ZWOLLE	
ZWOLLE	De Molenhof	Zorgcombinatie Zwolle	ZWOLLE	
ZWOLLE	Zorgcombinatie Zwolle (de Esdoorn)	Zorgcombinatie Zwolle	ZWOLLE	
ZWOLLE	Zorgcombinatie Zwolle, Het Zonnehuis	Zorgcombinatie Zwolle	ZWOLLE	
ZWOLLE	De Riethorst	Zorgcombinatie Zwolle	ZWOLLE	
ZWOLLE	Woonzorgcentrum De Wissel	Stichting Berkumstede	ZWOLLE	

- *N.B. De oorspronkelijke lijst bevatte ook kantoren van thuiszorgorganisaties. Deze zijn zoveel mogelijk uit de lijst gefilterd, maar het is mogelijk dat een aantal van de bovenstaande locaties geen intramurale zorg betreft.*

<sup>35</sup> Bron: Lijst Berenschot

## Bijlage 3 Definities en Afkortingen

**Aanleunwoning:** Zelfstandige woning voor ouderen verbonden aan een verzorgingshuis dat zorg kan leveren bewoners.

**AWBZ:** Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten

**CIZ:** Centrum Indicatiestelling Zorg. Deze instelling bepaalt op welke (uit de AWBZ-betaalde zorg) aanvragers recht hebben.

**Intramurale zorg:** Zorg verleend binnen de muren van een zorginstelling

**Extramurale zorg:** Zorg verleend aan zelfstandig wonende zorgcliënten aan huis

**Financiële scheiding wonen en zorg:** Woonlasten van zorgcliënten in zorginstellingen worden niet langer uit de AWBZ betaald. Bewoners betalen huur.

**Fysieke scheiding wonen en zorg:** Zorgcliënten met een lichte zorgvraag (ZZP1-3,5) krijgen intramurale zorg niet langer uit de AWBZ vergoed en worden geacht zelfstandig te blijven wonen. De zorg voor deze cliënten wordt voortaan bekostigd vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

**Maatschappelijk vastgoed:** Vastgoed bestemd voor maatschappelijke doeleinden zoals zorg en onderwijs, en die niet commercieel uitgebaat kunnen worden. Zie ook die lijst van Blok.

**NZa:** Nederlandse Zorgautoriteit. Deze overheidsorganisatie stelt onder andere de indicatieregels voor de AWBZ vast; verdeelt concessies voor zorgregio's en ziet toe op de uitvoering van de AWBZ.

**Verpleging:** Zorg gericht op lichamelijk welzijn

**Verpleeghuis:** Instelling voor langdurige zorg voor met name ouderen, ingericht op verzorging en verpleging.

**Verzorging:** Alle activiteiten gericht op het welzijn van personen die geen betrekking hebben op het lichaam, zoals schoonmaak, administratie en maaltijdvoorzieningen.

**Verzorgingshuis:** Instelling voor langdurige zorg voor ouderen, ingericht op verzorging (geen verpleging)

**WMO:** Wet maatschappelijke Ondersteuning, uitgevoerd door gemeenten

**Zorgzwaartepakket (ZZP):** De geïndiceerde zorgbehoefte van cliënten, zoals bepaald door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

## Bijlage 4 Soorten ZZP en fasering wijzigingen<sup>36</sup>

Wijziging per 1-1	Nieuwe cliënten naar	Soort ZZP
<b>Verpleging en verzorging</b>		
2013	Wmo	ZZP 1 VV Beschut wonen met enige begeleiding
2013	Wmo	ZZP 2 VV Beschut wonen met begeleiding en verzorging
2014	Wmo	ZZP 3 VV Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging
2016	Kern AWBZ (50%) Wmo (50%)	ZZP 4 VV Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 5 VV Beschermd wonen met intensieve dementiezorg
	Kern AWBZ	ZZP 6 VV Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging
	Kern AWBZ	ZZP 7 VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding
	Kern AWBZ	ZZP 8 VV Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging
	Kern AWBZ	ZZP 9b VV Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 10 VV Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg
<b>Gehandicaptenzorg (GZ)</b>		
<b>Verstandelijk gehandicapt</b>		
2013	Wmo (> 23 jr)	ZZP 1 VG Wonen met enige begeleiding
2013	Wmo (> 23 jr)	ZZP 2 VG Wonen met begeleiding
2015	Kern AWBZ (50%) Wmo (50%)	ZZP 3 VG Wonen met begeleiding en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 4 VG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 5 VG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 6 VG Wonen met intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
	Kern AWBZ	ZZP 7 VG (Besloten) wonen met zeer intensieve begeleiding, verzorging en gedragsregulering
	Kern AWBZ	ZZP 8 VG Wonen met begeleiding en volledige verzorging en verpleging
<b>Licht verstandelijk gehandicapt</b>		
	Kern AWBZ	ZZP 1 LVG Wonen met enige behandeling en begeleiding
	Kern AWBZ	ZZP 2 LVG Wonen met behandeling en begeleiding
		ZZP 3 LVG Wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep
	Kern AWBZ	ZZP 4 LVG Wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
	Kern AWBZ	ZZP 5 LVG Besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding
<b>Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk</b>		
	Kern AWBZ	ZZP 1 SGLVG Behandeling in een SGLVG behandelcentrum
<b>Lichamelijk Gehandicapt</b>		
2016	Wmo	ZZP 1 LG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 2 LG Wonen met begeleiding en enige verzorging
2016	Wmo	ZZP 3 LG Wonen met enige begeleiding en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 4 LG Wonen met begeleiding en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 5 LG Wonen met begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 6 LG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 7 LG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging
<b>Zintuiglijk Gehandicapt: Auditief en communicatief</b>		
2016	Wmo	ZZP 1 ZG Wonen met begeleiding en enige verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 2 ZG Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 3 ZG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 4 ZG Wonen met intensieve begeleiding en enige verzorging
<b>Zintuiglijk Gehandicapt: Visueel</b>		
2016	Wmo	ZZP 1 ZG Wonen met enige begeleiding en enige verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 2 ZG Wonen met begeleiding en enige verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 3 ZG Wonen met intensieve begeleiding en verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 4 ZG Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verzorging
	Kern AWBZ	ZZP 5 ZG Wonen met zeer intensieve begeleiding en zeer intensieve verzorging

<sup>36</sup> Bron: Haafkes Consult (2013) Rapportage: Deventer-breed onderzoek gevolgen scheiden wonen en zorg en afschaffen lichte zorgzwaartepakketten. In opdracht van Gemeente Deventer. 9 dec 2013

<b>Wijziging per 1-1</b>	<b>Nieuwe cliënten naar</b>	<b>Soort ZZP</b>
<b>Geestelijke gezondheidszorg</b>		
<b>Voortgezet verblijf (B-categorie)</b>		
2013	Wmo	ZZP 1B GGZ Voortgezet verblijf met begeleiding
2013	Wmo	ZZP 2B GGZ Voortgezet verblijf met structuur en uitgebreide begeleiding
2015	Zvw (> 18 jr)	ZZP 3B GGZ Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding
2015	Zvw (> 18 jr)	ZZP 4B GGZ Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging
2015	Zvw (> 18 jr)	ZZP 5B GGZ Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering
2015	Zvw (> 18 jr)	ZZP 6B GGZ Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging
2015	Zvw (> 18 jr)	ZZP 7B GGZ Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding
<b>Verblijven met ondersteuning (C-categorie)</b>		
2013	Wmo	ZZP 1C GGZ Beschermd wonen met begeleiding
2013	Wmo	ZZP 2C GGZ Gestructureerd beschermd wonen met uitgebreide begeleiding
2015	Wmo	ZZP 3C GGZ Beschermd wonen met intensieve begeleiding
2015	Wmo	ZZP 4C GGZ Gestructureerd beschermd wonen met intensieve begeleiding en verzorging
2015	Wmo	ZZP 5C GGZ Beschermd wonen met intensieve begeleiding en
<b>Gedragsregulering</b>		
2015	Wmo	ZZP 6C GGZ Beschermd wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging