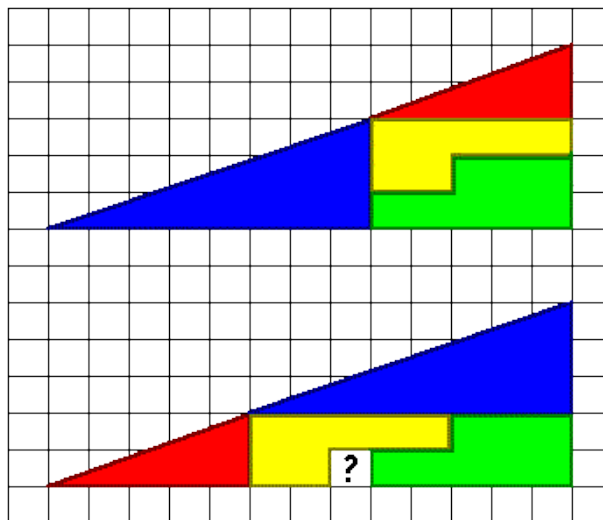


ACTUALITEIT

WONEN-ZORG(VASTGOED)





Inhoudsopgave

Inleiding	3
De wereld van Wonen, Zorg en Welzijn	4
Corporaties	4
Zorgorganisaties	5
Welzijn	6
Gemeenten	6
Waar hebben we het over	7
Ouderen in cijfers	7
Aantal ouderen en woonsituatie nu	7
De ouderen van de toekomst	7
Trends en scenario's	8
Verschillende blik.....	10
Veranderingen Wonen-Zorg.....	11
Decentralisatie extramurale zorg	12
Intramurale vastgoedfinanciering	13
Vastgoedfinanciering	13
Huurcontract in combinatie met zorg	14
Huurcontract en verdeling verantwoordelijkheden	15
Keuzes voor zorgorganisaties en corporaties.....	16
Keuzes m.b.t. vastgoed	16
Vastgoed	18
De klant	19
Uitdagingen voor zorgorganisaties met zorgvastgoed	20
Uitdagingen voor corporaties met zorgvastgoed	20
Alleen..... of samen ... de toekomst in	21
Verantwoording.....	22



Inleiding

In dit stuk wordt de actualiteit beschreven van wonen en zorg(vastgoed) zoals we deze in december 2013 waarnemen.

Het doel is om duidelijk weer te geven waar we staan, en wat mogelijk toekomstige richtingen en keuzes zijn. Het is m.n. geschreven voor corporaties, zorgorganisaties, gemeenten en overige maatschappelijke organisaties

Het wil vooral informeren. Daarvoor is gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen.

Verder deel ik op sommige plekken mijn visie.

Volledig is dit stuk zeker niet, dat pretendeert het ook beslist niet te zijn, daarvoor is er teveel aan de hand om dat in één stuk allemaal te beschrijven.

In het maatschappelijk middenveld van het wonen, zorg en welzijn nemen we een bijzondere dynamiek waar. Voor alle betrokkenen in het veld is het van belang de lijnen in samenhang en op zich staand goed te beschouwen om adequaat te kunnen handelen.

Om dit overzichtelijk te doen wordt achtereenvolgend behandeld:

- ◆ Vanuit welke referenties werken de verschillende sectoren
- ◆ Wat zijn kwantitatieve ontwikkelingen en trends
- ◆ Welke veranderingen in het wonen en zorg nemen we waar
- ◆ Hoe zit het met intramurale vastgoedfinanciering
- ◆ Welke keuzes hebben zorgorganisaties en corporaties m.b.t. vastgoed
- ◆ Hoe kunnen we gezamenlijk de toekomst in.

Als zelfstandig adviseur op het terrein van wonen-zorg-welzijn ben ik geruime tijd werkzaam binnen het werkveld, op deze manier deel ik graag mijn opgedane kennis.

Wil je reageren of hierover in contact komen? Heel graag, neem gerust contact met me op.



GUIDO DE RUITER

ADVIES & PROCESMANAGEMENT

◆ WONEN, ZORG EN WELZIJN



De wereld van Wonen, Zorg en Welzijn

Het is een turbulente tijd in de werelden van de corporaties en de zorgorganisaties. Er zijn nogal wat ontwikkelingen op het terrein van wonen, zorg en welzijn. Het is lastig om precies al deze ontwikkelingen te volgen, want de verschillende berichten gaan snel, en zijn niet altijd even duidelijk. Toch is de grote lijn zichtbaar.

Corporaties

- ◆ Besluit Beheer Sociale Huursector (BBSH) en nieuwe Woningwet
- ◆ Beperkt investeringsvermogen, slag naar efficiency, fiscale wijzigingen
- ◆ Modernisering van het woningwaarderingstelsel
- ◆ Implementatie van het woonakkoord Aedes - Rijk
- ◆ Europese regelgeving
- ◆ Imago en inperking rol corporaties
- ◆ Scheiden bezit in DAEB en niet-DAEB (zie hieronder)

Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB)

De Europese wetgeving maakt het voor lidstaten mogelijk om rechtmatig staatssteun te geven, o.a. voor de zogenaamde Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB). Volgens het EG-verdrag mogen de Europese mededingingsregels buiten toepassing blijven voor de uitvoering van DAEB's, waardoor staatssteun geoorloofd kan zijn. In de interim ministeriële regeling is omschreven voor welke werkzaamheden van corporaties ovengenoemde staatssteun toegestaan is, zoals het passend huisvesten van de doelgroep, het leveren van diensten aan bewoners, de bouw, instandhouding, verbetering, aankoop, exploitatie en verhuur van huurwoningen tot de maximale huurtoeslaggrens, om de bouw, instandhouding, verbetering, aankoop, exploitatie en verhuur van nader omschreven maatschappelijk vastgoed, om infrastructuur rondom woonaangelegenheden en maatschappelijk vastgoed, om leefbaarheid en om de wijk aanpak. Volgens de Europese Commissie dienen commerciële activiteiten onder marktvoorwaarden te worden uitgeoefend. Voor openbare dienstactiviteiten en commerciële activiteiten moeten de regels inzake een gescheiden boekhouding en toereikende controles in acht worden genomen, stelt de Europese Commissie (EC, 2009: 10). De Commissie stelt vast dat corporaties verplicht zijn om een gescheiden boekhouding te voeren van gesteunde en niet-gesteunde activiteiten.

Hieronder een overzicht van de onderwerpen uit de rijksbegroting 2014, zoals gepresenteerd op Prinsjesdag 2013.

Prinsjesdag 2013 en de wereld van de corporaties

Het kabinet Rutte-II presenteerde dinsdag 17 september 2013 de rijksbegroting voor 2014. De meest relevante maatregelen voor de woningmarkt en woningcorporaties staan hier.

Huur

- ◆ In 2014 wordt niet bezuinigd op de huurtoeslag.
- ◆ Het kabinet wil geleidelijk komen tot één toeslag per huishouden (behalve de zorgtoeslag en het kind gebonden budget valt op termijn ook de huurtoeslag daar onder).
- ◆ In 2014 mogen de huren inkomensafhankelijk worden verhoogd.
- ◆ Eind 2014 ligt er een voorstel voor een huursombenadering.
- ◆ Het woningwaarderingstelsel (WWS) wordt versimpeld (opnemen WOZ-waarde).

Woningmarkt

- ◆ Huiseigenaren mogen onder bepaalde voorwaarden de restschuld voor een gedeelte of in zijn geheel onder de Nationale Hypotheek Garantie (NHG) laten vallen.
- ◆ Ouders mogen hun kind een ton belastingvrij schenken bij aankoop of verbouw eigen huis.
- ◆ Maximaal 104 procent van de waarde van een koopwoning mag worden geleend.

De fiscus

- ◆ De Milieu Investeringsaftrek (MIA) is vanaf 2014 ook toegankelijk voor woningcorporaties die asbestdaken saneren.
- ◆ De verhuurdersheffing voor 2014 wordt in een aparte wet gepubliceerd.
- ◆ Het Btw-tarief op arbeidskosten bij renovaties, herstel per 01-03-2014 naar 21%. De btw integratieheffing vervalt.
- ◆ Bedrijven mogen investeringen gedaan in de tweede helft van 2013 voor 50 procent willekeurig afschrijven.
- ◆ Er komt een belastingkorting van 7,5 cent per kWh op collectief opgewekte duurzame elektriciteit door coöperaties.

Duurzaamheid

- ◆ Uit het onlangs gesloten energieakkoord komt 400 miljoen euro beschikbaar voor corporaties om te investeren in energiebesparende maatregelen.
- ◆ Het kabinet stelt 200 miljoen euro beschikbaar voor wijkverpleegkundigen en 50 miljoen euro aan gemeenten voor de oprichting van sociale wijkteams.
- ◆ In 2014 gaat het Revolving fund Energiebesparing verhuurders (RFE II) van start. Over de inrichting en werking van het fonds is Aedes in gesprek met BZK.

Wet en regelgeving

- ◆ De eerder bij de Tweede Kamer ingediende voorstellen voor een herziening van de Woningwet en vervolgens voor een novelle leiden naar verwachting in 2014 tot nieuwe wet- en regelgeving ter versterking van het interne en externe toezicht.

Zorgorganisaties

- ◆ Marktwerking en toename concurrentie (contracteerplicht verdwenen)
- ◆ Wijziging stelsel van financiering waaronder de integrale bekostiging, de normatieve huisvestingscomponent (NHC) en vergaande extramuralisering (voor nieuwe instroom)
- ◆ Vraagsturing
- ◆ De nieuwe wet die in de plaats komt van de 'kern-AWBZ'. De werktitel hiervan is Wet Langdurig Intensieve Zorg (LIZ). Meer informatie, klik [hier voor het concept wetsontwerp LIZ](#)

Hieronder een overzicht van de onderwerpen uit de rijksbegroting 2014, zoals gepresenteerd op Prinsjesdag 2013.

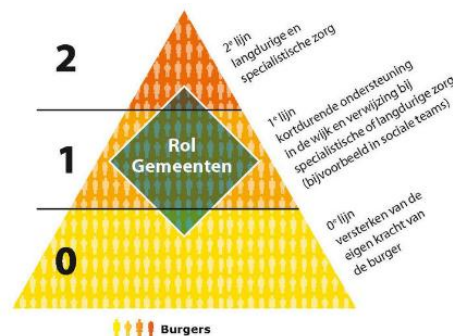
Prinsjesdag 2013 en de wereld van de zorg
<p>Het kabinet Rutte-II presenteerde dinsdag 17 september 2013 de rijksbegroting voor 2014. De meest relevante maatregelen voor de zorg staan hier.</p> <p>Rijksbegroting</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Het kabinet bezuinigt in de zorg volgend jaar bijna 1,5 miljard euro. Daarvan is 250 miljoen het resultaat van afspraken in het zorgakkoord, onder meer om de volumegroei te beperken. Deze besparing loopt op tot 1 miljard in 2017. Een verlaging van de zorgtoeslag levert volgend jaar 320 miljoen op. Op de uitgaven aan geneesmiddelen wordt 750 miljoen gesneden.◆ Minister Edith Schippers en staatssecretaris Martin van Rijn (VWS) blijven in 2014 de ingezette lijn volgen om de zorg kwalitatief goed, toegankelijk en betaalbaar te houden. Zij blijven inzetten op efficiency en het slimmer organiseren van de zorg en tegengaan van verspilling en fraude in de zorg. <p>Slimmer organiseren</p> <ul style="list-style-type: none">◆ De besparingen die de afspraken in het zorgakkoord opleveren, worden volgens VWS met name bereikt door meer efficiency en het slimmer organiseren van de zorg, door het scherper stellen van aanspraken op verzekerde zorg, het tegengaan van verspilling en de aanpak van fraude en onnodige bureaucratie. Verder levert de hervormingsagenda langdurige zorg een wezenlijke bijdrage aan het beheersen van de zorguitgaven. Dit komt onder andere door meer ondersteuning op gemeentelijk niveau in het sociale domein te verlenen en door een scherper afgebakende kern-AWBZ. Dit leidt in 2017 tot een structurele besparing van ruim 3 miljard euro, blijkt uit de Miljoenennota. <p>Wijzigingen in VWS-begroting</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Er wordt in 2014 nog niet bezuinigd op de huishoudelijke hulp, de geplande bezuiniging van 89 miljoen euro gaat niet door. Vanaf 2015 houden gemeenten 60 procent van het budget in plaats van voorgenomen 25 procent in het regeerakkoord. <p>Verpleging en verzorging Komen wellicht samen onder ZVW.</p> <p>Premie zorgverzekering</p> <ul style="list-style-type: none">◆ De premie voor de zorgverzekering kan volgens de berekeningen van VWS komend jaar met 24 euro omlaag tot 1226 euro per jaar. Het is aan de zorgverzekeraars om de premie uiteindelijk vast te stellen. <p>Zorgtoeslag</p> <ul style="list-style-type: none">◆ De zorgtoeslag gaat over de gehele breedte wat omlaag. Tot nu toe werd er geen rekening mee gehouden dat veel mensen een collectieve verzekering afsluiten en zo korting krijgen op de premie. Die korting wordt vanaf 2014 wel meegenomen in de algemene berekening van de hoogte van de zorgtoeslag. Dit leidt tot een kleine verlaging van de zorgtoeslag. <p>Verplichte eigen risico</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Ondanks eerdere afspraken in het regeerakkoord wordt het verplichte eigen risico in de zorg toch niet inkomensafhankelijk en komt na aanpassing aan de inflatie uit op 360 euro per jaar. Nu is het eigen risico nog 350 euro. <p>Wtcg, CER en TSZ</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Per 2014 worden de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) en de fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten en de daarmee samenhangende Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) vervangen. Gemeenten krijgen structureel 706 miljoen euro om maatwerk te kunnen bieden aan chronisch zieken en gehandicapten die thuis wonen. Door afschaffing van de Wtcg zouden mensen in een instelling zonder verzachtingsmaatregelen te weinig geld overhouden voor uitgaven zoals waskosten. Mensen in een instelling krijgen daarom extra geld bovenop de zak- en kleedgeldnorm, onder de 65 jaar gaat het straks om 1700 euro per jaar. Voor 65-plussers gaat het om 950 euro. Hiervoor is 248 miljoen beschikbaar. <p>Strenger pgb-beleid</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Er gaan striktere normen gelden om in aanmerking te komen voor een persoonsgebonden budget (pgb) waarmee chronisch zieken en gehandicapten zelf hun zorg kunnen regelen. Nieuwe aanvragers die minder dan 10 uur zorg nodig hebben, krijgen geen pgb, maar voor de 40.000 mensen die nu al een pgb hebben, verandert er niets. <p>Dementie</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Het kabinet draagt in de periode 2013-2016 ruim 32 miljoen euro bij aan het Deltaplan Dementie. In het najaar van 2013 komt er een brief aan de Tweede Kamer over de toekomst van de dementiezorg. <p>Fraude</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Schippers en Van Rijn trekken 5 miljoen euro extra uit om fraude in de zorg op te sporen en aan te pakken. <p>Basispakket</p> <ul style="list-style-type: none">◆ De in het regeerakkoord voorgenomen versoering van het basispakket met 1,2 miljard gaat niet geheel door. Aanspraken blijven in het verzekerde pakket, maar alleen bij medische noodzaak. De aangescherpte toegang tot deze zorg legt een grotere verantwoordelijkheid bij arts en patiënt. Het pakket wordt voor zo'n 300 miljoen versoerd via een stringent pakketbeheer voor de zorg. Het CVZ gaat hiermee aan de slag door het bestaande pakket door te lichten.

Welzijn

- ◆ Subsidies staan op de tocht; “subsidiedenken” maakt plaats voor productiebekostiging, populatiebekostiging of functiebekostiging. Zie hieronder een factsheet van het transitiebureau WMO.

	Kenmerken	Varianten	Voordelen	Nadelen	Aandachtspunten
Productiebekostiging	Bij productiebekostiging betaalt de gemeente voor vooraf gedefinieerde diensten (een prestatie) die voor een specifieke cliënt zijn uitgevoerd.	<ul style="list-style-type: none"> • Persoonsvolgende bekostiging • Persoonsgebonden betaling Voucher 	<ul style="list-style-type: none"> • De direct (en daarmee transparante en controleerbare) koppeling tussen bekostiging, de ondersteuning en de cliënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de aanbieder is er een prikkel om het volume (hoeveelheid ondersteuning) zo groot mogelijk te maken. 	<ul style="list-style-type: none"> • Een heldere beschrijving van de prestatie. • Administratieve lasten kunnen oplopen bij verantwoording op detailniveau.
Populatiebekostiging	Bij populatiebekostiging betaalt de gemeente een (groep van) aanbieder(s) een vast budget om voor een afgebakende groep burgers (deelpopulatie of geografische afbakening) een maatschappelijke taak of opdracht te realiseren.	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerkbekostiging • Wijk- of buurtgerichte bekostiging 	<ul style="list-style-type: none"> • Eén vast budget • Doelmatigheids-prikkel (als gevolg van vaste budget) • Geen volumeprikkel bij aanbieder 	<ul style="list-style-type: none"> • Er is een prikkel voor de aanbieder om zo weinig mogelijk ondersteuning te bieden. • Grote afhankelijkheid van aanbieder(s) 	<ul style="list-style-type: none"> • Heldere afbakening populatie • Formulieren van meetbare resultaten die aan aanbieder toegeschreven kunnen worden. • Het bepalen van het budget per populatie. • Voorkomen van afwentelrisico's • Lange adem in startfase
Functiebekostiging	Bij functiebekostiging betaalt een gemeente een aanbieder een vooraf vastgesteld bedrag voor de beschikbaarheid van een bepaalde functie.	<ul style="list-style-type: none"> • Budget op basis van: <ul style="list-style-type: none"> • historische kosten • beschikbaar budget • populatiekenmerken 	<ul style="list-style-type: none"> • De eenvoud en de lage administratieve lasten 	<ul style="list-style-type: none"> • De beperkte sturing vanuit de opdrachtgever op het resultaat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Heldere omschrijving van de functie en de eisen die aan de functie worden gesteld en de verwachte beschikbaarheid van de functie.

- ◆ Het compensatiebeginsel, waarbij burgers niet langer recht hebben op zorg, maar gecompenseerd worden voor hun beperking, zodat ze kunnen participeren in de maatschappij
- ◆ Belangrijke thema's zijn: efficiëntie, aantonen van de maatschappelijke meerwaarde, en de legitimering in de samenleving
- ◆ Versterken eigen kracht van de burger, professionalisering, samenwerking met de zorg, en vraagsturing.



Gemeenten

- ◆ Regie op scheiden van wonen en zorg
- ◆ Financiële en beleidsmatige verantwoordelijkheid
- ◆ Drie decentralisatie-transities: naast AWBZ/WMO ook jeugdzorg en de Participatiewet (voorheen de Werken naar Vermogen)
- ◆ Forse bezuinigingen.

Op alle terreinen en voor alle sectoren grote veranderingen en onzekerheden.

Waar hebben we het over

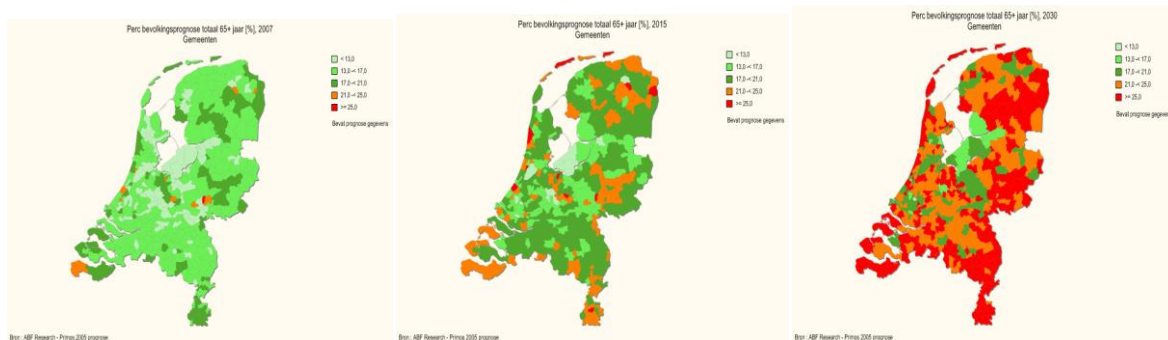
De focus ligt in dit hoofdstuk op de ouderen.

Ouderen in cijfers

Welk percentage van de bevolking heeft recht op AOW:

- ◆ 1957: 6%
- ◆ 2011: 15%
- ◆ 2040: 25%

- ◆ De verwachte vergrijzing de komende jaren staat hieronder uitgebeeld:



Aantal ouderen en woonsituatie nu

- ◆ Er wonen 2,5 miljoen 65^{plussers} in Nederland
- ◆ hiervan woont 1 miljoen alleen
- ◆ Er wonen 160.000 mensen in een intramurale woonvorm
- ◆ 40% van de 65^{plussers} heeft een koopwoning
- ◆ Gemiddeld hebben 65^{plussers} financieel meer te besteden dan 65^{minners}
- ◆ 75+ zijn de belangrijkste gebruikers van de gezondheidszorg, en met name in de laatste levensjaren

De ouderen van de toekomst

Zijn vaak anders dan de ouderen van nu.

En daarmee zijn ook hun wensen, mogelijkheden en behoeften anders dan vaak nu het geval is.

Veranderingen hierin zijn onder meer:

- ◆ We worden gemiddeld financieel draagkrachtiger
- ◆ We worden actiever, rijker, gezonder, hoger opgeleid, zelfbewuster, positiever ouder
- ◆ We zijn zo lang mogelijk zelfstandig en onafhankelijk
- ◆ Er zijn meer 1-persoons huishoudens
- ◆ We zijn kritisch, kwaliteits- en servicebewust en worden gevoeliger voor specialisme
- ◆ De wijk wordt belangrijker, weg van het massale, aandacht voor lokale initiatieven
- ◆ Er is een groei van de groep ouderen van niet-westerse achtergrond (met een eigen oriëntatie op zorg en diensten)
- ◆ Digitalisering in relatie tot behoefte aan persoonlijk contact



- ◆ We willen ons vitaal voelen en geen zorg ontvangen, kernbegrippen hierin zijn wellness, welbevinden, persoonlijke verzorging, ontspanning, onthaasting

Kortom: aandacht voor eigen kracht en regie over het eigen leven in plaats van denken in beperkingen.

Het aanbod van diensten en zorg zal hierop in gaan spelen. Er zal een grotere invulling komen vanuit de particuliere markt; serviceorganisaties met een individueel aanbod gericht op welbevinden.

Dit strookt niet alleen met de wensen van de toekomstige ouderen, maar ook met de trend dat bij gelukkige ouderen die aandacht hebben voor hun welbevinden de zorgvraag wordt uitgesteld.

Daarnaast is er, mede door de individualisering en dreigende tweedeling, een grotere kans op eenzaamheid, het niet kunnen vormgeven van de eigen keuzes en de grotere individuele verantwoordelijkheden, en het qua financiën en gezondheid niet mee kunnen doen in deze veranderende maatschappij.

Deze kwetsbare groep heeft zeker aparte aandacht vanuit een collectieve verantwoordelijkheid.

Of daar op dit moment voldoende aandacht voor is, is de grote vraag.

Trends en scenario's

Trendwatchers, innovatieve ontwikkelingen, gezond verstand, wie de toekomst weet mag het zeggen.

We zien wel een aantal trends en ontwikkelingen die zeker van grote invloed zijn op onze toekomst, zonder volledig te zijn, benoem ik er een aantal:

- ◆ Domotica en andere technologische ontwikkelingen (zowel in het dagelijks leven, als in de zorg en dienstverlening)
- ◆ Social media
- ◆ Kwaliteit, kleinschaligheid en particuliere initiatieven
- ◆ Meer variatie en keus
- ◆ Van genezen naar preventie
- ◆ Eigen kracht en kleinschalige, particuliere netwerken en coöperaties
- ◆ Langer zelfstandig wonen en functioneren vanuit eigen regie in eigen woonomgeving
- ◆ Fusies tussen zorgverzekeraars, pensioenfondsen, woningcorporaties
- ◆ Er zijn steeds meer mensen alleen, er ontstaan nieuwe dorpjes, collectieven, coöperaties

Onder de titel "Niet van Later zorg" heeft het Ministerie van VWS in 2007 een bundel met toekomstverkenningen van de gezondheidszorg uitgewerkt in 4 hoofdscenario's.

De tekst van het Ministerie van VWS hierbij was:

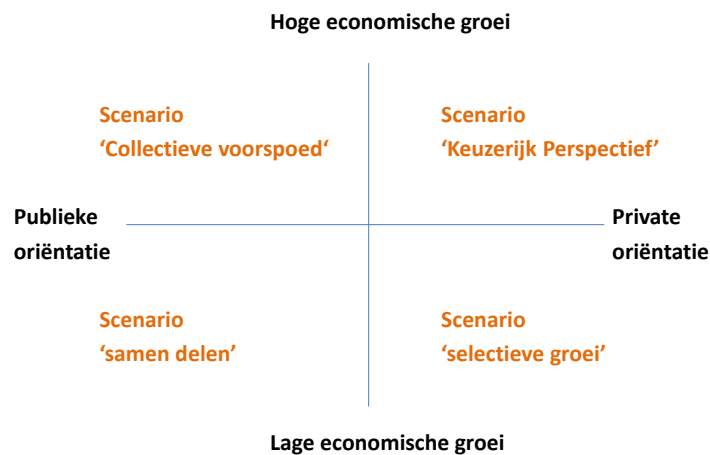
De publicatie van de bundel Niet van later zorg was het startschot van de discussie over de toekomst van de zorg. De bundel besteedde aandacht aan belangrijke trends in de zorg. Aan de hand van vier scenario's is gekeken naar hoe deze trends zich ontwikkelen. Door het gebruik van scenario's is het mogelijk gebleken om vooruit te kijken en te bedenken welke richting ontwikkelingen in de zorg op kunnen gaan. We hebben zelf maar beperkt invloed op deze richting, maar zijn afhankelijk van externe factoren als de economische groei en de maatschappelijke richting van de samenleving. De scenario's kunnen helpen ontwikkelingen en reacties die we tegenkomen of lezen in de krant te plaatsen, waardoor we beter weten hoe we moeten reageren.



Hieronder staan de vier scenario's, zoals in deze bundel was uitgewerkt, benoemd:

Vier toekomstbeelden samenleving

Bron: VWS, Toekomstverkenningen gezondheidszorg 2007



Het scenario 'Collectieve Voorspoed'

Legt de nadruk op een grote verantwoordelijkheid van de overheid bij enkele succesvolle hervormingen van het sociale zekerheidsstelsel en een hoge economische groei.

Het scenario 'Keuzerijk Perspectief'

Hierbij gaat het om het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid van de burger bij een versoerd sociale zekerheidsstelsel en een hoge economische groei.

Er vindt een verschuiving plaats van collectieve naar private regelingen.

Het scenario 'Samen Delen'

Benadrukt juist de collectieve verantwoordelijkheid.

Hervormingen hebben hierbij meer collectieve arrangementen tot gevolg.

Het scenario 'Selectieve Groei'

Dit is gericht op een grotere individuele verantwoordelijkheid bij een lage economische groei.

Hierbij is bijverzekeren noodzakelijk naast de basisarrangementen die er zijn in zorg en sociale zekerheid.

Nu, eind 2013, is het volgens mij duidelijk te zien dat we op dit moment in het kwadrant "selectieve groei" zitten.



Verschillende blik

Vanuit de diverse domeinen is er regelmatig sprake van een verschillende blik waarmee naar samenwerking en toekomstige veranderingen wordt gekeken. In onderstaand schema wordt dit uitgewerkt. Dit kan helpen om elkaars werelden beter te begrijpen.

	Woningcorporatie	Zorgorganisatie	Welzijnsorganisatie	Gemeente	Bewoners
Focus	Vastgoed/wonen + leefbaarheid	Mens/zorg + welzijn	Mens/zorg + welzijn	Uiteenlopend + WMO/AWBZ	Eigenbelang en directe omgeving
Omvang	Zeer divers	Middelgroot	Klein	Middelgroot	Klein
Termijn	Lang	Kort/middel	Kort	Cyclus van vier jaar	Kort
Werkgebied	Zeer divers	Lokaal/Regionaal	Lokaal	Lokaal	Lokaal
Aansturing	Korte lijnen	Langere lijnen	Korte lijnen	Politiek/grilliger	Wisselend, vaak een enkele trekker
Stakeholders	BBSH, Woningwet, Ministerie BZK Gemeente Huurders(raad) Lokale samenwerkingspartners	Ministerie VWS, verzekeraar, inspectie, cliënten, Nma, gemeente	Inwoners, gemeente, andere maatschappelijke ondernemers	Gemeenteraad College	Achterban Leveranciers
Cultuur	rationeel, planmatig	familiecultuur, zorgend	familiecultuur	politiek/ krachtenveld	Wisselend, vaak informeel
Financieel	Huurinkomsten (redelijk vast)	Zorgproductie (flexibel)	Subsidie, fondswerving	Overheveling WMO bezuinigingen	Geen
Belang	Verhuren Leefbaar wonen Aanwendbaarheid vastgoed Toekomstbestendigheid	Goede zorg Voldoende zorgafzet continuïteit organisatie	Welzijn voor brede doelgroep Zichtbaarheid Continuïteit organisatie	Prettig wonen en leven van inwoners Doelen in collegeprogramma halen	Nu fijn wonen en leven



Veranderingen Wonen-Zorg

Met het scheiden van wonen en zorg, en een gewijzigd stelsel van financiering, is de wereld van de zorg en zorgvastgoed in beweging.

Duidelijk is dat er nog grote veranderingen zullen plaatsvinden.

Per 1 januari 2013 is het scheiden van wonen en zorg doorgevoerd voor mensen met een ZZP 1 en 2 (dit zijn mensen met een lichtere zorgvraag), en vanaf 2014 ook voor ZZP 3 en daarna hoger.

Zorgzwaartepakket (ZZP)	Clïëntgroep	Per wanneer
1 en 2	V&V, VG, GGZ	1-1-2013
3	V&V	1-1-2014
3 (50%)	VG	1-1-2015
3 (alleen begeleid wonen, overig naar ZVW)	GGZ	1-1-2015
4 (50%)	V&V	1-1-2016

Het scheiden van wonen en zorg is de situatie waarin wonen en zorg apart gefinancierd wordt. De cliënt betaalt zelf voor het wonen via huur of koop. De zorg wordt apart gefinancierd via de zorgverzekeringswet, WMO, AWBZ (LIZ) en via eigen middelen.

Dit heeft tot gevolg dat mensen langduriger zelfstandig in een eigen woning moeten blijven wonen, of dat zij in een complex moeten wonen waar een zelfstandig huurcontract wordt aangegaan, los van de zorglevering.

De verwachting is dat hiermee mensen langer zelfstandig (moeten) blijven wonen, en dat er gemengde woon-zorg complexen zullen komen.

Staatssecretaris Martin van Rijn heeft op 25 april 2013 een kamerbrief gepresenteerd over de hervorming van de langdurige ondersteuning en zorg. Deze uitwerking is gebaseerd op een nieuwe toekomstvisie. Op de website van het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg (KCWZ) staat een [samenvatting van de maatregelen](#).

Het KCWZ geeft haar achterban periodiek een update, en op de website www.kcwz.nl staan inspirerende voorbeelden, nieuws, artikelen en achtergrondinformatie. Tweewekelijks verschijnt een digitale nieuwsbrief over het onderwerp "scheiden wonen en zorg".

In april 2013 is een zorgakkoord gesloten, hieronder staan de belangrijkste afspraken.

Brancheorganisaties in de zorg (ActiZ, VGN, NVZ, NFU en GGZ Nederland) hebben in april 2013 een [zorgakkoord](#) gesloten met de staatssecretaris en de minister van VWS en het grootste deel van de vakbonden. Hierin zijn belangrijke afspraken gemaakt over de hervormingen in de zorg die maatregelen uit het regeerakkoord afzwakken.

- ♦ *In de ouderenzorg wordt niet 100% maar 50% van ZZP 4 geëxtramuraliseerd. De mensen die thuis blijven wonen, kunnen een beroep doen op een nieuwe aanspraak thuisverpleging. Deze is bedoeld om mensen die voorheen een zwaarder zorgzwaartepakket zouden hebben gekregen, langer thuis te laten wonen. Zij krijgen recht op een integraal pakket van verpleging, persoonlijke verzorging en begeleiding. Dit recht blijft beschikbaar in de AWBZ en later in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze maatregel biedt meer perspectief voor zorgorganisaties om samen met de cliënt en zijn of haar omgeving passende zorg te kunnen leveren, thuis óf in een geclusterde woonvorm.*
- ♦ *In de gehandicaptenzorg blijft VG ZZP 4 volledig in de kern-AWBZ en VG ZZP 3 voor de helft. De zorg voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking en (zware) gedragsproblemen blijft volledig in de kern-AWBZ (LVG ZZP 1 t/m 5 en ZZP SGLVG1). Ook de zwaardere zorg voor lichamelijk, auditief en visueel gehandicapten (ZZP LG2 en 4) blijft onder de kern-AWBZ vallen; ZZP 3 wordt geëxtramuraliseerd.*
- ♦ *In de geestelijke gezondheidszorg zal het voornemen om GGZ ZZP 3 te extramuraliseren geen doorgang vinden. Dit heeft als consequentie dat deze zorg ook overgaat naar de Zvw.*
- ♦ *In 2014 zal de dagbesteding en persoonlijke verzorging behouden blijven, in tegenstelling tot wat daarover in het Regeerakkoord was opgenomen.*

Decentralisatie extramurale zorg

Om invulling te geven aan de decentralisatie van de extramurale zorg heeft de overheid twee programma's gecombineerd: Welzijn Nieuwe Stijl en De Kanteling.

De decentralisatie van begeleiding naar de WMO biedt kansen om op lokaal (gemeentelijk) niveau deze ondersteuning bij zelfredzaamheid en participatie dichterbij de burger te organiseren. Gemeenten zijn in staat de eigen kracht en mogelijkheden van burgers en hun sociale netwerk aan te spreken en maatwerk in de directe omgeving te realiseren. Hierbij wordt afscheid genomen van recht op zorg, naar een nieuw beginsel, nl. het compensatiebeginsel. Gemeenten gaan compenseren daar waar mensen met een beperking tegenaan lopen als ze mee willen blijven doen in de maatschappij [De Kanteling].

Er worden andere samenwerkingsvormen aangemoedigd om nieuwe verhoudingen te creëren in het lokale sociale domein en om nieuwe vormen van dienstverlening te realiseren. Denk aan het leggen van verbindingen met andere Wmo-voorzieningen en aanpalende beleidsterreinen, zoals sport, onderwijs, volkshuisvesting, re-integratie, de wet Werk en bijstand. Burgers, professionals, instellingen en gemeenten zullen meer gaan samenwerken in een coalitieaanpak om de maatschappelijke ondersteuning anders en beter te organiseren: beter beantwoordend aan de vraag, meer gericht op het behalen van resultaten en efficiënter in de aanpak. Zo wordt de extramurale (zorg)begeleiding meer doelmatig en meer effectief georganiseerd (Welzijn Nieuwe Stijl).

De 8 bakens in Welzijn Nieuwe Stijl:



De Kanteling:



Op de website www.invoeringwmo.nl staat uitgebreidere informatie over de begeleiding van gemeenten naar de nieuwe situatie inclusief de nieuwe prestatievelden van de gemeenten.



Intramurale vastgoedfinanciering

Vastgoedfinanciering

Binnen het oude financieringsstelsel was zorgvastgoed een relatief veilige investering. Er werden contracten afgesloten voor circa 20 jaar. De kapitaallasten voor het zorgvastgoed werden volledig betaald door de overheid, waardoor zowel de zorgorganisaties als de corporaties geen risico liepen.

Door de invoering van scheiden en zorg komt ook een nieuw financieringsstelsel van de grond, dat stapsgewijs van 2012 tot 2018 wordt ingevoerd.

De Wet Toegelaten Zorgorganisaties (WTZi) creëert meer vrijheid en verantwoordelijkheid voor de zorgorganisaties door minder overheidsbemoeienis met de capaciteit en de bouw van zorgorganisaties. De wet die met ingang van 1 januari 2006 in werking is getreden, vereist een toelating voor zorgpartijen om zorg in het kader van de AWBZ te mogen leveren. De tarieven voor zorg en huisvesting worden gekoppeld aan zorgzwaarte pakketten. Werd voorheen de huisvestingscomponent geheel gefinancierd (dus ook bij leegstand), straks (na een overgangsregeling vanaf 2018 volledig) wordt het in één integraal tarief betaald. De hoogte van de normatieve huisvestingscomponent (het bedrag dat in de integrale kostprijs wordt opgenomen voor de huisvestingscomponent) is beschreven in de [Beleidsregel CA-300-507](#). Daarnaast is al vanaf 1-1-2013 van kracht dat de lichtere ZZP's (ZZP 1 en 2) geen verblijfsindicatie meer krijgen met als gevolg dat daar het scheiden van wonen en zorg wordt doorgevoerd.

Sinds 1 januari 2009 is het budget van AWBZ-gefinancierde zorgorganisaties afhankelijk van de zorgzwaarte van hun cliënten. Deze zorgzwaarte wordt voor iedere cliënt door middel van een zorgzwaartepakket (ZZP) toegekend door het CIZ in haar indicatiebesluit. Doordat de ZZP's voortaan de basis voor de zorgvergoeding zullen vormen verschuift de vergoeding van een capaciteitgebonden vergoeding naar een cliëntgebonden vergoeding.

Het is de bedoeling dat de uiteindelijke ZZP's integrale tarieven zijn waarin alle kosten, en dus ook de kosten voor huisvesting, zijn verwerkt. Vanaf 2012 maken de huisvestingskosten integraal onderdeel uit van de ZZP's. Deze huisvestingscomponent wordt aangeduid met Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) die gedurende een overgangsperiode van 2012 tot 2018 stapsgewijs* wordt ingevoerd. Een NHC is een onderdeel van de totale productprijs die instellingen in staat moet stellen om in gebouwen te investeren wanneer dat redelijkerwijs nodig is en deze vervolgens in goede conditie te kunnen houden gedurende de gebruiksduur die in de sector passend wordt geacht.

Deze NHC dekt de volgende kosten: kapitaallasten (rente en aflossing over grond en gebouw), instandhoudingsonderhoud (groot en klein onderhoud), leegstand (3%)

De kosten voor beheer, verzekeringen, heffingen en de onroerende zaak belasting (OZB) maken geen onderdeel uit van de NHC maar worden elders vanuit de ZZP's vergoed.

(Bron: [Rapport Zorgfinanciering door Trevin en Kenniscentrum Wonen-Zorg, juni 2011 en CA-300-507 'Beleidsregel invoering en tarieven normatieve huisvestingscomponent \(NHC\) en inventaris nieuwe zorgaanbieders.'](#))

* Hier de staffel van het overgangsmodel
Overgangsmodel:*

Jaar:	A-vergoeding huidige systematiek	B-vergoeding nieuwe systematiek
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018 e.v.	0%	100%

* De definitief vast te stellen fasering kan hiervan afwijken.



Voor verdere informatie over de invoering van de normatieve huisvestingscomponent (NHC) voor bestaande zorgaanbieders zie beleidsregel CA-300-564 van de Nederlandse Zorgautoriteit via deze link: <http://www.nza.nl/137706/137709/CA-300-564.pdf>

Huurcontract in combinatie met zorg

Om het scheiden van wonen en zorg administratief mogelijk te maken heeft het KCWZ een voorbeeldcontract laten ontwikkelen, dat vooral bruikbaar is bij (ver)huur van intramurale huisvesting. Corporaties en zorgaanbieders kunnen gezamenlijk besluiten over het benutten van (onderdelen van) de voorbeeld-huurovereenkomst bij het vastleggen van hun afspraken.

Het Kenniscentrum heeft voorbeeld huurcontracten beschikbaar voor koppeling van wonen en zorg. www.kcwz.nl/dossiers/regelgeving_wonen/koppelbeding_voor_wonen_en_zorg

Een koppeling van het huurcontract aan een zorgcontract c.q. zorgleverancier staat op gespannen voet met het uitgangspunt dat een cliënt bij het scheiden van wonen en zorg een keuzevrijheid heeft welke zorgaanbieder de zorg levert. Op basis van de politiek en regelgeving staat keuzevrijheid voorop, hetgeen zich eigenlijk niet verdraagt met een koppeling.

Er kunnen, in algemene zin, redenen zijn om toch deze koppeling te wensen. Bijvoorbeeld omdat anders investeringen in de zorginfrastructuur die door de zorgorganisatie gedaan worden (b.v. door het huren van algemene ruimten) niet kunnen worden terugverdiend. Daarnaast kan onderbouwing van een verplichte zorgafname worden gebaseerd op de 'solidariteitsgedachte'. Dat wil zeggen dat bepaalde diensten onbetaalbaar zijn als niet alle huurders meedoen. Hierbij kan gedacht worden aan alarmering in woningen, het gebruik van een receptie, of andere zorgvoorzieningen, maar ook inzet van personeel. Geoordeeld zou kunnen worden dat deze voorzieningen slechts kunnen worden aangeboden als alle huurders hieraan meedoen en dat daarom een verplichte zorgafname bestaat. Het gaat dan vaak om voorzieningen die een relatie hebben met het wonen in het betreffende complex.

Uiteraard moet de "koppeling" dan ook zijn overeengekomen. Van belang is dat de verhuurder ook een samenwerkingsovereenkomst met de zorgaanbieder heeft. Omdat de huurovereenkomst en de zorgovereenkomst aan elkaar gekoppeld zijn, zou de huurder ook de verhuurder kunnen aanspreken op elementen uit de zorgovereenkomst. In verband hiermee is het van belang dat de verhuurder en de zorgaanbieder afspraken maken hoe de zorg zal worden geleverd en hoe de verantwoordelijkheden over en weer zijn. Uitgangspunt daarbij zal moeten zijn dat de zorgverlening de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder is, net zoals het beheer van de woning de verantwoordelijkheid van de verhuurder is.

Los van de hierboven genoemde argumenten, die meer vanuit huurrecht beschreven zijn, kan koppeling in strijd zijn met de mededingingsregels. Een zorgorganisatie en een woningcorporatie vallen onder mededingingswet. In hun handelen zullen ze dus rekening moeten houden met deze wet. Beperking van de mededinging is in principe niet gewenst maar kan soms toelaatbaar zijn, mits er voldoende restconcurrentie overblijft.

Op de site www.acm.nl/nl van de Autoriteit Consument & Markt (voorheen de NMA) is hierover informatie te lezen, ook in de brochure over marktwerking (wat mag wel en wat niet) van frieslab www.frieslab.nl is meer informatie, evenals op de site van het KCWZ.

Al met al kan geconcludeerd worden:

Waar het voorheen te omschrijven valt als "*het mag niet....tenzij*", is het nu, mits redelijk, logisch en onderbouwd "*het mag wel....mits*".

Vooraf toetsing op de juridische haalbaarheid is aan te raden.



Huurcontract en verdeling verantwoordelijkheden

Het is soms niet voor iedereen duidelijk hoe om te gaan met de verdeling van verantwoordelijkheden tussen huurder en verhuurder van zorgvastgoed.

Er zijn geen uniforme parameters bij beheersafspraken en bij de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen huurder en verhuurder. Ook in het nieuwe regime van de zorg en het zorgvastgoed zal dat zo zijn.

Het huurcontract is de basis, met daarbij een gangbare bijlage: de onderhoudsverdeling. In zijn algemeenheid kan daarom gesteld worden dat het van belang is om de volgende zaken in de huurovereenkomst vast te leggen:

- ◆ Huurprijberekeningen, stichtingskosten, exploitatiemodel
- ◆ Bijkomende kosten in de huur
- ◆ Onderhoudsverplichtingen: verdeling verhuurder-huurder
- ◆ Lange Termijn Vastgoedplannen
- ◆ Regeling bij voortijdige huuropzegging
- ◆ Beheersovereenkomst.

Een gebouw moet voldoen aan de eisen van de wet- en regelgeving. Ten tijde van de oplevering van het gebouw c.q. het aangaan van een huurovereenkomst zal dit zeker het geval zijn. In het oude regime, waarin de kapitaalslasten van zorgvastgoed volledig werden vergoed, was er een regeling die bekend stond als “de verkorte procedure”. Zorgorganisaties konden hier een beroep op doen bij renovaties, transformaties en grootschalige ingrepen. Deze werden dan, via deze procedure, vergoed.

Bij het scheiden van wonen en zorg is er geen sprake meer van de verkorte procedure, maar is de huisvestingscomponent onderdeel van het integrale tarief. De huisvestingscomponent in deze is meer dan sec de maandelijkse huur, maar behelst ook het onderhoud en de instandhoudings- en vervangingsinvesteringen.

Algemeen kan gesteld worden dat er bij de invoering van het scheiden van wonen en zorgen er voor de relatie huurder-verhuurder in principe niet zoveel veranderd, het huurcontract en de afspraken die daarin gemaakt zijn over het onderhoud zijn leidend.

In zijn algemeenheid is in het huurcontract overeen gekomen dat het gehuurde in de staat van oplevering gehuurd wordt, en dat er in de huur geen component is opgenomen voor instandhoudings- en vervangingsinvesteringen.

In dit geval komen deze kosten, conform het huurcontract, niet voor rekening van de verhuurder. Hierin is wel sprake een grijs gebied, wat hoort bij instandhouding, en wat bij regulier onderhoud.

Er komen huurcontracten voor waarin, in afwijking van het bovenstaande, afwijkende afspraken zijn vastgelegd. In dat geval is het huurcontract leidend.

Wanneer er sprake is van een instandhoudings- en vervangingsinvesteringen waarvan zowel de huurder als de verhuurder van mening zijn dat deze wenselijk of noodzakelijk is, dan kan deze gefinancierd worden door de verhuurder en omgeslagen worden in de huur middels een huurverhoging.

Wat ook kan, is om het huurcontract zodanig aan te passen dat de instandhoudings- en vervangingsinvesteringen voor rekening komen van de verhuurder. In dat geval zal de verhuurder een hogere huur rekenen om deze toekomstige investeringen financieel af te dekken.



Keuzes voor zorgorganisaties en corporaties

Door de extramuralisering, scheiden van wonen en zorg, de gewijzigde financiering en de bezuinigingen ontstaat er een nieuwe tijd.

Een tijd waarin er fundamentele keuzes gemaakt moeten worden. Wanneer deze niet gemaakt worden, dan zorgt de markt wel voor deze keuzes.

“Normaal” wonen wordt het uitgangspunt!

Maar hoe maak je keuzes, wat brengt de toekomst, hoe spelen we in op gewijzigde klantwensen, wat voor soort organisatie ben je over 5 jaar.

Daarnaast: wat voor zorgvastgoed heb je in eigendom of huur je, hoe zien de demografische ontwikkelingen eruit, wat doen concollega's, etc. etc.

DE keus bestaat niet, iedere situatie is anders en vraagt om maatwerk.

Wat wel duidelijk is, is dat de vraag verschuift van een intramurale woonvorm waarbij via één financiering alles geregeld werd, naar langer zelfstandig wonen in een veilige omgeving met een wijkgerichte aanpak met aandacht voor het welbevinden.

Het advies is om één overall zorg-, diensten- en vastgoedstrategie op portefeuille- en concernniveau te maken, en deze, voor besluitvorming, te bespreken met belangrijke stakeholders om zo te zorgen voor maximaal draagvlak en de grootste kans op toekomstbestendigheid. Maak onderscheid tussen de korte en de lange termijn!

Keuzes m.b.t. vastgoed

Gezien de impact van alle veranderingen en het belang om tot goed afgewogen strategische keuzes te kunnen komen, gaan we hier nader op de strategievorming in.

Zorgorganisaties en corporaties zijn dus genoodzaakt strategische keuzes te maken met betrekking tot het vastgoed. Het gaat hierbij met name om dat vastgoed waarbij de extramuralisering het meest effect heeft. Dat geldt dus minder voor een verpleeghuis, waar veel mensen met een hogere ZZP verblijven, dan voor een verzorgingshuis.

Bij de verzorgingshuizen zijn de gevolgen het grootst, zeker wanneer deze nog niet zijn voorbereid op het scheiden van wonen en zorg, en er veel onrendabele algemene ruimtes zijn. Zeker bij de wat oudere gebouwen is dat vaak het geval, dat gaat vaak om functioneel verouderde gebouwen die niet aansluiten op de toekomstige vraag.

Voor 40% van de bijna 2000 verpleeg- en verzorgingshuislocaties dreigt sluiting, omdat het scheiden van wonen en zorg in deze locaties financieel niet rendabel is.

De kloof tussen kwaliteit en financiën is erg groot, is afscheid nemen van het complex de enige oplossing? Soms wellicht wel, ook vaak niet, want er zijn nu en straks mensen die niet volledig zelfstandig in hun huidige huis kunnen of willen wonen en geen geld hebben voor een duurdere particuliere plaats.

Hoe te komen tot goede en toekomstbestendige keuzes?

Het advies is om dit te doen vanuit een overall strategie, startend met een goede analyse, leidend tot een weloverwogen keuzes.

Goed onderscheid makend tussen doel en middel, en weg van alleen maar “oude” oplossingen.

Het gaat vooral om de inventarisatie rondom twee hoofdthema's: diensten en zorg enerzijds en vastgoed anderzijds.

Een strategisch stappenplan is hieronder beschreven, dit zal uiteraard naar de lokale situatie moeten worden aangepast, en kan zowel als organisatie afzonderlijk, als (deels) gezamenlijk worden gevolgd.



Strategisch stappenplan

1. Maak een goede organisatiestrategie
 - ◆ strategie, visie, missie van de organisatie(s)
 - ◆ welk aanbod (van welzijn en zorg, zowel extramuraal als intramuraal) wil ik daarvoor zelf, of i.r.t. met samenwerkingspartners, bieden, wat is hierbij de toegevoegde klantwaarde, waar en hoe wil ik dat doen
2. Maak een gedegen (vraag en aanbod) klant – en marktanalyse
 - ◆ wie zijn mijn huidige en toekomstige klanten, welke vragen en behoeften hebben zij nu en straks vanuit welke leefstijl
 - ◆ wat is de huidige en toekomstige markt
 - ◆ wie heeft welk aanbod hierin, hoe ziet de buurt eruit, wat zijn alternatieven
 - ◆ wat is de product-markt combinatie huisvesting-diensten-zorg nu en in de toekomst
3. Maak een omgevingsanalyse
 - ◆ intra- en extramurale concurrenten
 - ◆ aanbod wonen, diensten, zorg etc.
4. Intramuraal vastgoed: maak risicoanalyse en ontwikkel scenario's voor zorgvastgoed
 - ◆ op korte termijn minder vraag verzorgingshuisplaatsen, toename vraag wonen met (welzijn en) zorg
 - ◆ wat is de kwaliteit (oppervlakte, aantal kamers, keuken, douche/toilet) van de woningen en de algemene ruimten in het complex, en wat zijn mogelijke huurprijzen, kwantiteit, technische plus functionele kwaliteit, huidige ZZP-mix
 - ◆ wat is de potentiële wijk- en buurtfunctie (woningen en bewoners [leeftijd, behoefte aan extramurale zorg], andere voorzieningen, winkels openbaar vervoer)
 - ◆ welke wijkfunctie kan gebouw hebben, hoe, met wie
 - ◆ welke alternatieve aanwendbaarheid is er voor het vastgoed
 - ◆ welke scenario's zijn er
5. Bekijk de financiële en juridische context
 - ◆ hoe ziet huidige en toekomstige financiering eruit
 - ◆ concernbreed, financiële en financieringsmogelijkheden en behoeften
 - ◆ contractuele (on)mogelijkheden
6. Maak een stakeholdersstrategie
 - ◆ wie zijn (huidige en toekomstige) stakeholders
 - ◆ waar ben je zelf van, waar zijn anderen van
 - ◆ wat voor eisen stel je aan samenwerkingspartners, en welke vragen hebben zij
 - ◆ welke rol wil ik spelen in de WMO, en wat vraag ik hiervoor aan de Gemeente
 - ◆ hoe ga je om met de vastgoedeigenaren, vanuit gezamenlijke verantwoordelijkheid, of vanuit het contract en “ieder voor zich”
7. Ontwikkel gezamenlijke strategie
 - ◆ op toekomst, samenwerking, aanvulling, strategische en tactische keuzes
8. Maak keuzes en werk deze gedegen uit.

Mijn overtuiging is dat mono gebruik van organisaties en gebouwen voorbij is. Zowel vanuit inhoudelijke als financiële argumenten.

Een succesvolle toekomst ligt in samenwerking, multifunctioneel gebruik, stapeling doelgroepen en financiën, en ondersteuning van zelfstandigheid.

Om dit mogelijk te maken moeten muurtjes omver worden geworpen, en gaat het om grensverleggend handelen. Niet alleen van de ander, maar ook van jezelf en je eigen organisatie.



Vastgoed

Terug naar het vastgoed. Er zullen ook keuzes op complexniveau gemaakt moeten worden. Grofweg zijn hiervoor een aantal keuzemogelijkheden die afhankelijk zijn van een aantal variabelen, deze staan hieronder in de vastgoed keuzematrix, deze kan keuzes inzichtelijk maken en ondersteunen. Niet als losstaand gegeven, maar ingebed in de overall strategie.



We zien grofweg de volgende (combinaties van) strategieën voor verzorgingshuizen:

- ◆ Het alleen plaatsen van mensen met een hoge ZZP (mits het gebouw geschikt hiervoor is), en hierdoor opschuiven richting een verpleeghuis. Dit is vaak korte termijn beleid, het zorgkantoor werkt niet altijd mee, en macro lukt dat al helemaal niet, want er zijn nu eenmaal niet genoeg mensen met een hoge ZZP om alle oude verzorgingshuisplaatsen in te nemen.
- ◆ Het (al dan niet zelf) verhuren van de verzorgingshuisplaatsen als woningen, al dan niet met een koppeling van het huurcontract aan het zorgcontract, of het bieden van een “serviceflatconstructie”. Hierbij moet onder meer rekening gehouden worden met de richtlijnen van het BBSH (Besluit Beheer Sociale Huursector). Dat betekent dat wanneer een zorgorganisatie de verhuur van sociale huurwoningen voor haar rekening neemt, ze bepalingen uit het BBSH in acht moet nemen waaronder een maximale maandelijkse huurprijs (nu tot € 681,-), dat de huurprijs is bepaald op basis van de woningwaarderingpunten, dat nieuwe huurders een inkomen van maximaal €34.229,- per jaar (tenzij de nieuwe huurder een indicatie heeft) e.a.
Nog los van alle andere zaken zoals het zorgen voor aparte huisnummers, voordeuren, bellen, energiedoorrekeningen, huurachterstanden, woningtoewijzing, etc.
- ◆ Een ander concept als wonen met zorg en diensten, gekoppeld aan elkaar via verplichte afname, of all-inclusive.
- ◆ Het inkrimpen van het aantal intramurale plaatsen, hierdoor komen gebouwen geheel of gedeeltelijk leeg te staan en zal er een andere bestemming gevonden moeten worden voor deze kamers/woningen (waarbij gedacht kan worden aan beschermd en beschut wonen voor mensen met een beperking, en/of jongeren/studenten huisvesting).
- ◆ Het flexibeler maken van het gebouw, hierdoor krijgen de locaties (geheel of gedeeltelijk) een alternatieve aanwendbaarheid. Dit kan zowel op vaste basis, als flexibele basis die per bewoner kan verschillen.
- ◆ Het afstoten van vastgoed, door verkoop, opzeggen huurcontracten etc.



- ◆ Het gebouw krijgt een nadrukkelijker wijkfunctie; WMO diensten, bredere doelgroepen en dienstverlening gericht op het ondersteunen van zelfstandig wonende buurtbewoners met haal- en brengdiensten. Het gaat dan om de algemene ruimtes in het verzorgingshuis. Een speciaal vraagstuk, het zijn vaak veel onrendabele ruimtes waar, wanneer er een onderhuurder inzit, geen kostendekkende huur tegenover staat.
Kan deze ruimte een andere bestemming krijgen? Is deze ook geschikt als multifunctionele wijkaccommodatie? Hoe aantrekkelijk is deze voor wijkbewoners? Kan er samenwerking met andere partijen gevonden worden? Zijn functies die bijdragen tot langer zelfstandig wonen hierin te plaatsen?
Los van de inhoudelijke keuzes zijn de financiële uitdagingen om hier een rendabel, of anderszins een financieel aantrekkelijk, toekomstbestendig concept voor te ontwikkelen.

Ontegengesteld ontstaan er grijze gebieden waarbij onduidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is, en hoe te organiseren en financieren, bijvoorbeeld:

- ◆ toegankelijkheid van de woning
- ◆ veiligheid (brand, inbraak, legionella, overlast)
- ◆ domotica
- ◆ zorginfrastructuur, en hoe financieren we andere ruimtes, diensten en functies (ook door het wegvallen van de financiële regeling zorginfrastructuur).

De klant

Wat zijn de gevolgen van alle wijzigingen en de keuzes die door zorgorganisaties gemaakt worden voor de huidige en toekomstige klant?

In principe zouden de gevolgen voor huidige intramurale cliënten beperkt zijn, immers ze houden hun indicatie, en daar mee hun rechten.

Echter, ook hier zien we al gevolgen bij het sluiten van verzorgingshuizen. Op zijn minst worden huidige cliënten daardoor gedwongen te verhuizen naar een ander verzorgingshuis, met alle gevolgen van dien.

In de toekomst zullen bewoners met een (huidige of toekomstige) lichte zorgvraag naar manieren zoeken om de zorg te krijgen in de eigen woonomgeving. Daarbij zullen voorzieningen op buurt- of wijkniveau en ontmoetingsplekken een belangrijke rol kunnen spelen, zeker bij het voorkomen van het beroep op zorg. Een plek voor ontmoeting, activiteiten en zingeving stelt de zorgvraag uit.

Op langere termijn zijn er onder meer gevolgen te verwachten op:

- ◆ Wensen en behoeften
 - ◆ ontmoeting, zingeving en voorkomen eenzaamheid
 - ◆ zorg uitstellen
- ◆ Keuzevrijheid
 - ◆ keuzevrijheid van wonen, service en diensten en zorg.
 - ◆ wat soms gedeeltelijk teniet gedaan wordt door een beperkt aantal gecontracteerde welzijn- en/of zorgaanbieders
- ◆ Variatie in woonvormen
 - ◆ meer variatie in woonvormen, van volledig zelfstandig naar wijkconcepten. Van coöperatieven van bewoners tot full-service woonvormen, en alles wat daar tussen in is.
 - ◆ de huidige verzorgingshuizen zullen zich ontwikkelen naar volledig zelfstandig wonen tot een basis service arrangement met veel additionele diensten (zelf te betalen) tot een full-service arrangement
- ◆ Gevolgen in een wijk
 - ◆ Doordat meer mensen langer thuis blijven wonen zijn er meer kansen voor initiatieven gericht voor of in de wijk



- ◆ Variatie in service en diensten
 - ◆ verschillende aanbieders, verschillen in kwaliteit, aanbod en prijs
- ◆ Financiële gevolgen
 - ◆ meer zelf regelen, minder bestedingsruimte voor mensen met een laag inkomen
 - ◆ hogere eigen bijdragen
- ◆ Stapeling van effecten
 - ◆ ontegenzeggelijk, zeker voor mensen met een laag inkomen, een klein sociaal netwerk een lage zelfredzaamheid, is er sprake van een stapeling van effecten: veel zelf regelen, veel zelf betalen, bezuinigingen op begeleiding
 - ◆ hierdoor een risico dat kwetsbare mensen uit beeld raken

Uitdagingen voor zorgorganisaties met zorgvastgoed

Zorgorganisaties lopen tegen een aantal uitdagingen aan als gevolg van de veranderingen van het scheiden van wonen en zorg en in het financieringsstelsel.

Een aantal is hierboven geschetst, de belangrijkste is de vraag waar je er nu, maar vooral in de toekomst, voor bent en hoe je dat gaat realiseren.

Uitdagingen voor corporaties met zorgvastgoed

Het risicoprofiel van het intramurale zorgvastgoed in eigendom van corporaties verandert aanmerkelijk en dit risico neemt toe naarmate het zorgvastgoed in ouderdom toeneemt. De wereld van de corporaties verandert aanmerkelijk in de komende periode. Er is sprake van een versmalling van de kernactiviteiten van corporaties. De agenda van de “nieuwe” corporaties concentreert zich op:

- ◆ Bouw, instandhouding en verhuur van sociale huurwoningen
- ◆ Inzet en investeringen op gebied van maatschappelijk vastgoed en leefbaarheid direct gerelateerd aan het sociale woningbezit van corporaties.

Daarnaast speelt de eerder beschreven noodzakelijke scheiding tussen Daeb en niet-Daeb activiteiten een rol. Niet-Daeb activiteiten zijn toegestaan voor zover ze ten dienste staan van Daeb-activiteiten, zoals het realiseren van herstructurering in achterstandswijken en stads- en dorpsvernieuwing. De precieze afbakening van toegestane niet-DAEB activiteiten bij een administratieve scheiding zal worden vastgelegd in een AMvB.

Dit uitkomst is juist van betekenis voor de relatie van de corporaties met zorgvastgoed omdat het zorgvastgoed onderwerp van gesprek is bij de herdefiniëring van de administratieve scheiding.

Voor de corporaties met intramuraal bezit, wat zij verhuren aan een zorgorganisatie, zijn er diverse keuzes die zij kunnen maken. Dit indien de zorgorganisatie het huurcontract wil openbreken en wijzigen of opzeggen.

Er zijn uiteraard ook situaties waarbij dat niet het geval is. In dat geval verandert er, in ieder geval nu, niets voor het lopende contract.

Wanneer een zorgorganisatie aan de corporatie, als eigenaar van het zorgvastgoed, vraagt om het huurcontract op te zeggen (of grotendeels te wijzigen) dan staat zij grofweg voor twee keuzemogelijkheden:

- ◆ onverkort handhaven (en de zorgorganisatie aan het afgesloten huurcontract houden)
- ◆ in gesprek gaan over openbreken (zorgorganisatie en corporatie nemen een gezamenlijke verantwoordelijkheid: corporatie op basis van de BBSH, zorgorganisatie op basis van verandering in de AWBZ en onderzoeken de mogelijkheden om de exploitatie van het zorgvastgoed financieel dekkend te krijgen).

Vanuit de tweede variant, de gezamenlijke verantwoordelijkheid, zijn de (combinaties van) opties voorhanden zoals eerder beschreven is bij de strategieën voor verzorgingshuizen.

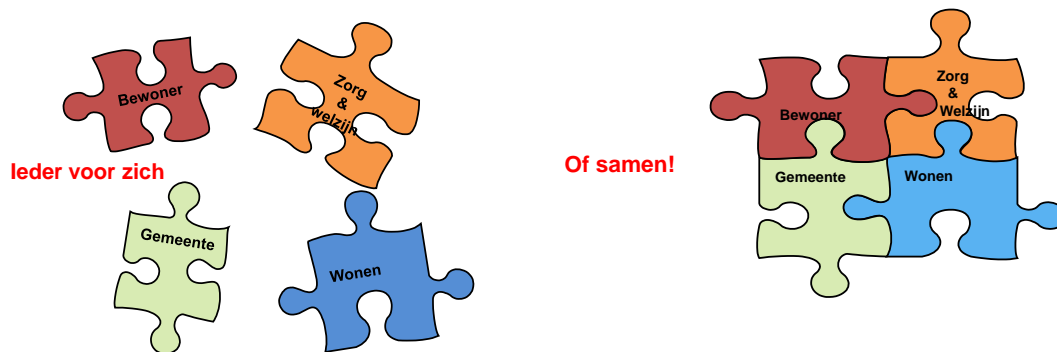
Alleen..... of samen ... de toekomst in

Het is een uitdagende tijd, diverse bedreigingen, minder geld, grote veranderingen. Mede daardoor ook een tijd van veel kansen.

Ik schetste al eerder dat mijn visie is dat door samenwerking, niet alleen tussen de zorg en de corporaties, maar ook met aanpalende sectoren, de gemeente, onderwijs, commerciële dienstenorganisaties en lokale ondernemers de uitdagingen ook echt lokaal kunnen worden omgezet in toekomstbestendige keuzes.

Niet alleen voor het eigen voortbestaan, maar vooral voor de mensen waar zij het voor doen, de huidige en toekomstige klanten.

En... vooral voor de zwakkeren in de samenleving, voor hen die afhankelijk zijn van wat het aanbod is, omdat zij niet zelfstandig in hun vraagvervulling kunnen voorzien.



Er liggen voor iedereen grote uitdagingen.

Niet alleen voor het huidig, intramuraal, vastgoed, maar ook voor toekomstig vastgoed. Welke keuzes kun je maken, hoe kun je functies (en organisaties) combineren, hoe kun je mensen faciliteren in langer zelfstandig thuis wonen, hoe te komen tot multi functioneel ruimtegebruik, hoe kunnen beschikbare middelen (ook die van gemeenten), effectief en toekomstbestendig worden ingezet, welke gezamenlijke arrangementen kunnen ontwikkeld worden, etc.

Een van de oplossingen om in te spelen op de veranderingen is te kiezen voor een integrale oplossing, vanuit ketensamenwerking op het gebied van wonen, zorg en welzijn en vervolgens huisvesting bieden vanuit deze integrale benadering.

In alle gevallen waarin gezamenlijk op zoek gegaan wordt naar toekomstbestendige oplossingen is er naast een inhoudelijke discussie ook een grote financiële hobbel. Het is in 99 van de 100 situaties zo dat in iedere nieuwe inhoudelijke keus er een grote financiële hobbel te nemen is. Echter, deze is er ook indien er geen gezamenlijke keus gemaakt wordt!

Alleen ga je sneller, samen kom je verder!



Verantwoording

De wereld van wonen-welzijn-zorg is in verandering, mede daarom heeft dit stuk een beperkte houdbaarheid.

Daarnaast was het streven niet om alles in alle volledigheid te behandelen, maar om de hoofdlijnen aan te stippen en te verduidelijken. Hierin een verwevenheid van algemeen toegankelijke informatie met mijn visie en blik erover heen.

Deze rapportage is met de grootst mogelijke zorgvuldigheid samengesteld, waarbij Guido de Ruiter streeft naar het geven van correcte en actuele informatie. Aan de verstrekte informatie kunnen geen rechten ontleend worden.

Guido de Ruiter aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade die verband houdt met het gebruik van deze informatie. Guido de Ruiter is niet verantwoordelijk voor de inhoud van informatie en/of websites waarnaar wordt verwezen.

Bij het opstellen hiervan is gebruik gemaakt van diverse informatiebronnen, van de visie en kennis van verschillende opdrachtgevers (zowel corporaties, zorgorganisaties als gemeenten) die ik vanuit mijn adviespraktijk heb mogen ondersteunen, en van diverse netwerkpartners. Ik noem niemand bij naam, anders vergeet ik zeker iemand, maar aan allen: *dank daarvoor*.

Daarnaast is informatie van de volgende websites geraadpleegd:

- ◆ www.kcwz.nl
- ◆ www.aedes.nl
- ◆ www.actiz.nl
- ◆ www.rijksoverheid.nl
- ◆ www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws
- ◆ www.zorgvoorlater.nl
- ◆ www.toekomstvandezorg.nl
- ◆ www.invoeringwmo.nl
- ◆ www.tno.nl/huurmodel
- ◆ www.nza.nl
- ◆ www.invoorzorg.nl
- ◆ www.ing.nl
- ◆ www.skipr.nl
- ◆ www.vilans.nl
- ◆ www.bureauvijftig.nl
- ◆ www.bakas.nl
- ◆ www.veldacademie.nl
- ◆ www.acm.nl
- ◆ www.frieslab.nl
- ◆ www.vgn.nl

december 2013,



GUIDO DE RUITER

ADVIES & PROCESMANAGEMENT

◆ Guido de Ruiter

Auguste Renoirrade 16
2907 MR Capelle aan den IJssel
06 - 21869955
mail@guidoderuiter.nl
www.guidoderuiter.nl