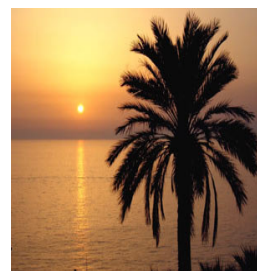


# **Zon, Zee, Wonen en Zorg**

## **Grensoverschrijdend en Facilitair bekeken**



**RC Zevenhoven**

# **Zon, Zee, Wonen en Zorg**

## **Grensoverschrijdend en Facilitair bekeken**

Haagse Hogeschool  
Sector Economie & Management  
Opleiding Facility Management  
Johanna Westerdijkplein 75  
2521 EN, Den Haag, Nederland

Docent begeleider: Mw. Drs. A. van Gent

Mede beoordelaar: Dhr. Dr. R.H.J. van Wezel

Opdrachtgever: Azivo Zorgverzekeraars  
Oude Haagweg 128  
2552 GS Den Haag

Bedrijfsmentor: Dhr. Drs. A. de Groot

Periode onderzoek: november 2005 – mei 2007

## Auteursreferaat

In dit rapport is er een **kwalitatiefonderzoek** gedaan naar de relatie tussen de **ontwikkelingen** op het gebied van **woonzorgcomplexen** in het **buitenland** en de mogelijkheden voor de cliënten van de Nederlandse zorgverzekeraars om hiervan gebruik te maken. Randvoorwaarde hierbij is dat het complex moet voldoen aan de door de Nederlandse zorgverzekeraars gestelde eisen en dat de complexen moeten voldoen aan de in Nederland geldende **normen**. Welke rol de facilitair managers hierbij zouden kunnen vervullen alsmede de invloed van deze ontwikkeling op de **rol** van de **facilitaire organisatie** is de rode draad in dit onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd in samenspraak met Nederlandse zorgverzekeraar Azivo en de resultaten zijn bereikt door middel van **interviews** met aanbieders en exploitanten van reeds bestaande of momenteel in ontwikkeling zijnde woonzorgcomplexen in **zuidoost Spanje**.

Doel van het onderzoek is tweeledig: ten eerste zal voor de opdrachtgever inzichtelijk worden gemaakt welke **ontwikkeling** te verwachten is op het gebied van **woonzorgcomplexen** in **Spanje**. Hiermee wordt een handreiking geven hoe de **zorgverzekeraar** op deze ontwikkeling kan inspelen door haar verzekerden gebruik te laten maken van dergelijke complexen bijvoorbeeld middels aanvullende verzekeringen.

Ten tweede zal geanalyseerd worden hoe de rol van een **facilitair manager** beïnvloed wordt door deze **trend**.

In de bijlagen: uitwerkingen interviews, organogrammen van de organisatie Azivo, uitwerkingen Swot-analyse en scenarioplanning, financiële paragraaf en de achtergrond informatie bij de Nederlandse zorgwetgeving.

### *Indexreferaat:*

Facilitair management, scriptie, kwalitatiefonderzoek, scenarioplanning, trend, wonen, zorg welzijn, ontwikkelingen, woonzorgcomplexen, buitenland, Spanje, normen, rol facilitaire organisatie, zorgverzekeraar, interviews.

## Voorwoord

In het kader van mijn studie aan de opleiding Facility Management van de Haagse Hogeschool heb ik mijn afstudeeropdracht verricht in samenspraak met de Nederlandse Zorgverzekeraar Azivo uit Den Haag. Aanleiding voor dit onderzoek is een haalbaarheidsstudie geweest voor het opzetten van medisch kuuroord in zuidoost Spanje. In combinatie met de veranderde regelgeving met betrekking tot de zorgverzekeringen met ingang van 1 januari 2006 zijn de Nederlandse zorgverzekeraars meer geïnteresseerd geraakt in de mogelijkheden van dergelijke medische kuuroorden c.q. woonzorgcomplexen.

Het tot stand komen van deze scriptie is mede mogelijk gebleken door de kennis en ervaring die is opgedaan gedurende de opleiding alsmede de kansen die zijn ontstaan door nauwlettend de trend van de ontwikkeling van woonzorgcomplexen te volgen in Spanje zelf.

Voor het volbrengen van deze laatste fase van mijn studie ben ik een aantal mensen zeer dankbaar voor de steun en de mogelijkheden die zij mij hebben gegeven.

Als eerste gaat mijn dank uit naar de medewerkers van zorgverzekeraar Azivo. In het bijzonder dank ik de heer Aad de Groot die bereid is geweest, in een voor zijn organisatie Azivo hectische periode van wisselende wetgeving, mij vanuit de visie van zijn organisatie dit onderzoek te laten verrichten. Alsmede heeft hij garant gestaan voor het verkrijgen van alle benodigde informatie, in vele gevallen vertrouwelijke informatie. Zijn contacten, vertrouwen en steun zijn een drijvende motivatie geweest voor het afronden van dit onderzoek in een voor mij persoonlijk toch wel uitzonderlijke en complexe positie.

Tevens gaat mijn dank uit naar mijn docent begeleider, mw. Drs. A. van Gent, die door het feit dat ik vanuit het buitenland dit onderzoek heb gedaan, alle geduld heeft moeten opbrengen om in deze uitzonderlijke situatie mij te willen en kunnen begeleiden.

Daarnaast wil ik alle mensen bedanken die bereid zijn geweest hun medewerking te verlenen aan het interview. Deze mensen hebben tijd vrij gemaakt om open te praten over hun visie ten aanzien van de trend wonen, zorg en welzijn. Hun visie en mening vormt een belangrijk onderdeel van deze opdracht.

Als laatste wil ik al mijn familieleden bedanken voor hun steun en hulp tijdens mijn gehele studie. In het bijzonder wil ik Sabine, Robin en Nikki bedanken. Hun onvoorwaardelijk vertrouwen en geduld hoop ik niet geschaad te hebben en zal ik proberen ruimschoots goed te maken.

Allen zeer bedankt!!!!

Richard Zevenhoven  
Puerto Lumbreras 21 mei 2007

## Samenvatting

Azivo Zorgverzekeraars uit Den Haag doorloopt woelige tijden middels de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet in Nederland januari 2006. Tot op de dag van vandaag zijn de exacte consequenties voor de organisatie van Azivo van het invoeren van deze nieuwe zorgverzekeringswet nog niet in te schatten. Desalniettemin heeft men geacht te beoordelen welke mogelijkheden er zijn op het gebied van nieuwe producten alsmede nieuwe verzekerden.

Azivo kan een completer aanbod van producten krijgen door het aanbieden van een collectieve verzekering voor in het buitenland woonachtige verzekerden. Daarnaast kunnen verzekerden worden uitgezonden naar het buitenland voor kortstondige verblijven of het ondergaan van behandelingen. Door deze mogelijkheden te bieden creëert men een sterkere marktpositie en een innovatieve uitstraling. Hiermee zal ook de inkoop van zorg in het buitenland een belangrijk onderdeel gaan worden voor de zorgverzekeraar. Zorgaanbieders in het buitenland worden daarmee aantrekkelijk en staan daar zeker open voor om tegen lagere kosten vergelijkbare of zelfs kwalitatief betere producten aan te bieden. Voor beiden ontstaan hierdoor win-win situaties. Zelfstandig een dergelijk complex exploiteren is zeker een mogelijkheid. Azivo volgt deze trend nauwlettend, echter is de strategische keuze op dit gebied niet gemaakt en is mede afhankelijk van mogelijke overnames of fusies. Wel zou vroegtijdig inspelen op deze trend de marktpositie van Azivo sterk veranderen voor mogelijke fusiepartners.

Een aspect die inkopen van zorg in het buitenland aantrekkelijk maakt voor Azivo is de prijs/kwaliteit verhouding. Doordat de zorg in het buitenland sterke raakvlakken heeft met welzijn zullen zorgkosten lager uitvallen. Daarnaast is de zorg qua kosten/kwaliteit verhouding goedkoper in Spanje, mede door lagere huisvestingskosten.

Op basis van het onderzoek is duidelijk geworden dat de drie hoofdaspecten wonen, zorg en welzijn nauw met elkaar verbonden zijn. De vraag is hoe gaat een dergelijke instelling om met toekomstige verschuiving van de wensen van de doelgroep. Uiteindelijk zal een bewoner die voor een bepaald concept gekozen heeft geconfronteerd worden met een verandering van vraag verschuivend van wellicht welzijn naar zorg en uiteindelijk zelfs verpleging. De missie en visie van de instelling zullen vertaald worden naar doelstellingen, onder ander voor de facilitaire organisatie. Deze zal operationeel invulling geven aan de flexibele- en maatwerkvraag ten aanzien van de welzijn- en zorgaspecten alsmede de huisvestingstaken. De facilitaire organisatie zal ondersteunend zijn aan het primaire proces en afhankelijk van de opzet van de organisatie zelfs verantwoordelijk voor delen van het primaire proces middels de Contingente maatorganisatie en daardoor een tactische maar ook strategische rol vervullen in de organisatie.

Zoals gezegd heeft de facilitaire organisatie een duidelijke rol bij de exploitatie van het complex. Onderdelen als huisvesting, onderhoud, administratie maar ook 24-uurs beschikbaarheid en hotel faciliteiten middels loket functie zullen aanwezig moeten zijn om in te spelen op de toekomstige vraag vanuit de markt. Ook kan een rol zijn weggelegd bij de inkoop van zorg op de lokale markt en zijn er extra services om de klant te ondersteunen in het buitenland. Hoe exact de zorg, in de zin van medische zorg, organisatorisch wordt ingevuld zal altijd separaat moeten worden beoordeeld. Gezien de specifieke aspecten is de aanwezigheid in de organisatie van een zorgmanager met kennis van zaken daarbij onontbeerlijk om de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

# Inhoudsopgave

|                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Inleiding.....</b>                                                | <b>3</b>  |
| <b>1 Methoden van Onderzoek.....</b>                                 | <b>5</b>  |
| 1.1 Het onderzoeksplan.....                                          | 5         |
| 1.2 Planning & Dataverzamelingmethoden.....                          | 8         |
| 1.3 Interview.....                                                   | 9         |
| 1.4 Analyse door middel van labels.....                              | 10        |
| 1.5 Analyse van gegevens.....                                        | 11        |
| <b>2 De organisatie Azivo.....</b>                                   | <b>12</b> |
| 2.1 Geschiedenis van Azivo Zorgverzekeraars, verleden tot heden..... | 12        |
| 2.2 Profiel van organisatie Azivo Zorgverzekeraars.....              | 13        |
| 2.3 Organisatorische en juridische structuur.....                    | 13        |
| 2.4 Missie en Visie en doelstellingen Azivo Zorgverzekeraars.....    | 14        |
| 2.5 Huidige markt en marktontwikkelingen voor Azivo.....             | 14        |
| Samenvatting Azivo.....                                              | 16        |
| <b>3 De trend Wonen, Zorg en Welzijn.....</b>                        | <b>17</b> |
| 3.1 Woon, zorg en welzijn concepten.....                             | 17        |
| 3.2 De Nederlandse zorgwetgeving.....                                | 24        |
| 3.3 Nieuw zorgstelsel.....                                           | 24        |
| 3.4 De consequenties van invoeren nieuwe zorgverzekeringswet.....    | 26        |
| 3.5 Financiële analyse.....                                          | 27        |
| 3.6 Facilitaire diensten in de zorgsector.....                       | 28        |
| 3.7 De toekomstige facilitaire organisatie.....                      | 33        |
| Samenvatting de trend Wonen, Zorg en Welzijn.....                    | 35        |
| <b>4 Resultaten onderzoek.....</b>                                   | <b>36</b> |
| 4.1 Samenvatting Wonen, Zorg en Welzijn.....                         | 36        |
| 4.2 Samenvatting interviews.....                                     | 37        |
| 4.3 Resultaten kernlabel wonen.....                                  | 37        |
| 4.4 Resultaten kernlabel zorg.....                                   | 38        |
| 4.5 Resultaten kernlabel welzijn.....                                | 38        |
| 4.6 Inrichten van facilitaire organisatie.....                       | 39        |
| 4.7 Mogelijkheden voor Azivo.....                                    |           |
| <b>5 Conclusies, aanbevelingen en implementatie.....</b>             | <b>40</b> |
| <b>Literatuurlijst.....</b>                                          | <b>44</b> |
| <b>Bijlagen separaat.</b>                                            |           |

## Inleiding

Met ingang van 1 januari 2006 is in Nederland de nieuwe Zorgverzekeringswet (ZvW) ingevoerd. De invoering hiervan alsmede de invoerings- en aanpassingswet heeft veel stof doen op waaien in Nederland zelf maar zeker net zoveel in de landen waar Nederlanders gevestigd zijn, onder andere in Spanje.

Met name was, en is er nog steeds, verontrusting bij de betrokkenen of men aanspraak kan maken op een goede zorgverzekering en zorgverlening tegenover een redelijke vaste maandelijkse vergoeding zoals men gewend was.

Eind 2005 werd druk gespeculeerd over hoe het nieuwe zorgstelsel zal uitpakken. Artsen waren bezorgd over de aantasting van hun professionele autonomie en de vrije artskenning. Zij vrezen de macht van de verzekeraars, de administratieve rompslomp en teruggang van kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Ook al is de verzekering verplicht, de verzekeraar mag wanbetalers na drie maanden de verzekering uitzetten. Politieke partijen en zorgleveranciers vreesden dat daardoor zo'n 800.000 Nederlanders onverzekerd zouden zijn. Daarom werd voor een noodfonds gepleit waaruit de kosten voor onverzekerde kunnen worden betaald. Kortom: niet alleen het initiatief met betrekking tot zorgverzekeringen zou weer bij de burger worden neergelegd maar ook de verantwoordelijkheid wordt wederom teruggegeven.

Wonen voor senioren is momenteel volop in beweging. Wonen en zorg worden in toenemende mate gezien als afzonderlijke onderdelen van iemands leven. De woonwensen van ouderen veranderen en de technische mogelijkheden nemen toe. Het aantal ouderen in zowel Nederland als de rest van Europa zal de komende jaren sterk stijgen, evenals de koopkracht van senioren doordat steeds meer mensen een aanvullend pensioen krijgen. Feit is dat een toenemend aantal Nederlanders, met name ouderen, naar het buitenland trekt. Wat daar de exacte reden voor is, is voor dit onderzoek niet relevant. Feit is wel dat met name de invoering van de nieuwe ZvW een invloed heeft op deze ontwikkeling.

Beide bovenstaande aspecten zijn uiteraard bekend bij zowel de Nederlandse overheid als de Nederlandse zorgverzekeraars.

De kans dat er een markt ontstaat voor mensen die zullen kiezen voor een persoonlijke aanvullende verzekering met aanspraak op wonen en zorg in het buitenland is relatief groot aangezien er enerzijds sprake is van vergrijzing in Nederland en anderzijds de groep 55-plussers steeds betere financiële posities hebben vanwege betere pensioenen. Deze ontwikkeling is niet alleen zichtbaar in Nederland maar ook in andere Europese landen.

De trend op het gebied van woon-zorgcomplexen in het buitenland is derhalve een logische ontwikkeling. Zeker in een land als Spanje, het Florida van Europa. De vraag is welke belangen de zorgverzekeraars zullen hebben bij dergelijke woonzorg complexen en de aldaar gevraagde faciliteiten. Onderstaand een citaat uit een artikel met betrekking tot dit onderwerp.

### ***Zorg met zon, een nieuwe markt***

*“Er is een nieuwe markt voor Nederlandse zorgaanbieders nu steeds meer senioren hun oude dag in warmere oorden willen doorbrengen, bijvoorbeeld onder de Spaanse zon. Ook tijdelijk verblijf in het buitenland kan aantrekkelijk zijn voor Nederlandse zorgvragers, bijvoorbeeld om te herstellen van een operatie of als vakantie. Naast de Mediterrane landen worden andere landen genoemd als kansrijk: bijvoorbeeld Suriname, Marokko, Turkije en Polen”.*<sup>1</sup>

Zorgverzekeraars hebben belang bij dergelijke projecten vanwege:

1. bestaande klanten die in Nederland wonen en zorg kunnen vragen die in Spanje kan worden opgenomen;
2. verzekerden die in Spanje wonen en via Nederland verzekerd zijn.

---

<sup>1</sup> Zadoks, J., *Zorgeloos ondernemen in het buitenland*, p.1.

Echter, de nieuwe Zorgverzekeringswet stelt andere eisen sinds de invoering in januari 2006. Iemand is pas verzekerd als hij ingezetene is in Nederland. Dit geldt dus niet voor mensen die langer dan 90 dagen in het buitenland verblijven. Zij zullen dan ook een extra verzekering moeten sluiten. Momenteel zijn een aantal zorgverzekeraars al heel actief met betrekking tot aanvullende verzekeringen op dit gebied. Ook is het niet ondenkbaar dat dergelijke voorzieningen ook volledig via Spanje gaan lopen. Op dit moment is deze ontwikkeling moeilijk in te schatten en derhalve voor de Nederlandse zorgverzekeraars wellicht een interessante markt.

Het zal in eerste instantie voor de zorgverzekeraar financieel aantrekkelijk moeten zijn. Meerkosten moeten worden gecompenseerd door lagere zorgkosten en eventuele eigen betalingen. Door Azivo zorgverzekeraars is derhalve gevraagd vanuit bovenstaand kader een onderzoek te verrichten welke uiteindelijk een eindproduct zou moeten opleveren welke het voor Azivo zorgverzekeraars duidelijk maakt of het aantrekkelijk is deel te nemen en/of aanvullende verzekeringen aan te bieden in relatie met wonen c.q. herstellen door gebruikmakend van woonzorgcomplexen in Spanje.

Bovenstaande samenvattend zal het eindproduct van onderhavig document vanuit het volgende kader bekeken moeten worden:

1. Commercie: nieuwe verzekerden, service en nieuwe producten;
2. Financieel: stichtingskosten opzet woonzorgcomplex, facilitaire kosten
3. Wetgeving: veranderde zorgwetgeving Nederland, consequenties voor zorgverzekeraars

Op basis van deze aanleiding is de volgende probleemstelling geformuleerd;

*“Op welke wijze dient een woonzorgcomplex cq medisch kuuroord in zuid-oost Spanje en haar facilitaire organisatie te worden opgezet om te voldoen aan de wensen en eisen van Nederlands zorgverzekeraars om haar klanten van de gewenste zorg te kunnen voorzien met als uitgangspunt de nieuwe Nederlandse zorgverzekeringswet?”*

In dit onderzoek wordt er gewerkt naar een antwoord op deze probleemstelling. Om dit te kunnen bereiken is het rapport verdeeld in een aantal hoofdstukken.

Hoofdstuk één is een toelichting op de gekozen methode van onderzoek die uiteindelijk de basis zal zijn voor de beantwoording van de probleemstelling.

In het tweede hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de organisatie Azivo Zorgverzekeraars beschreven alsmede haar missie en doelstellingen.

De uitwerking van de gebruikte en onderzochte literatuur met betrekking tot de zorgwetgeving, definities van de verschillende woonzorg vormen alsmede de financiële en facilitaire achtergronden staan vermeld in hoofdstuk drie van het rapport.

Hoofdstuk vier geeft de resultaten en verwerkingen van het zowel het literatuuronderzoek als de analyse van de interviews waarna de conclusies, aanbevelingen en implementatie beschreven zullen worden en daarmee het antwoord op de geformuleerde probleemstelling. Het rapport wordt afgesloten met de literaturopgave en de bijlagen.

# 1. Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek uitgewerkt. Er wordt een beschrijving gegeven van het onderzoeksplan met probleemstelling en deelvragen in paragraaf 1.1. Aansluitend worden de planning en dataverzamelingmethoden uiteengezet waarna in paragraaf 1.3 het interview wordt toegelicht. Paragraaf 1.4 en 1.5 van dit hoofdstuk geven een beschrijving van de analysetechnieken die zijn toegepast.

## 1.1 Het onderzoeksplan

Op basis van de zoals in de inleiding geformuleerde, aanleiding is de volgende doelstelling van het onderzoek te benoemen.

*Het inzichtelijk maken van de stichtingskosten alsmede de facilitaire kosten van een nieuw te realiseren Woon-Zorg-Gezondheidscentrum in zuid-oost Spanje.*

*Het kader zal derhalve zijn:*

- *Commercie: nieuwe verzekerden, service en nieuwe producten;*
- *Financieel: ramingskosten opzet woonzorgcomplex, facilitaire kosten;*
- *Wetgeving: veranderde zorgwetgeving Nederland, consequenties voor zorgverzekeraar.*

Deze scriptie wil ik als basis en uitgangspunt nemen om uiteindelijk vanuit de benadering van het primaire proces de eisen aan de opzet van een dergelijk complex helder te formuleren en een vertaling te maken naar de facilitaire invulling en bijbehorende kosten. Het doel is om de eerder genoemde haalbaarheidstudie te vertalen naar een project dat daadwerkelijk in aanmerking komt voor realisatie. Beide documenten zouden gebruikt kunnen worden om een basis te leggen op de Europese markt financiers te vinden om toe te werken naar realisatie en ingebruikname van een complex. Er zal derhalve een advies volgen ten aanzien van de locatie, benodigde opzet faciliteiten en de bijbehorende kostenaspecten van zowel accommodatie als de aanvullende facilitaire diensten. Het eindproduct zal derhalve mede inzichtelijk moeten maken of op basis van de uitkomsten het voor de zorgverzekeraar aantrekkelijk is te participeren in de opzet c.q. haar klanten gebruik te laten maken van woonzorgcomplexen in het buitenland.

Naar aanleiding van de doelstelling is een probleemstelling geformuleerd. De probleemstelling is de basis van het onderzoek en luidt als volgt:

*Op welke wijze dient een woonzorgcomplex en medisch kuuroord in zuidoost Spanje en haar facilitaire organisatie te worden opgezet om te voldoen aan de wensen en eisen van Nederlands zorgverzekeraars om haar klanten van de gewenste zorg te kunnen voorzien met als uitgangspunt de nieuwe Nederlandse zorgverzekeringswet?*

Om optimaal antwoord te kunnen geven zijn er ter ondersteuning van de probleemstelling ook subprobleemstellingen geformuleerd<sup>2</sup>. Elke subprobleemstelling vormt een aspect van de probleemstelling. De geformuleerde deelvragen luiden:

1. Wat is de invloed en welke mogelijkheden biedt de nieuwe Zorgverzekeringswet, met ingang van 1 januari 2006, op zorgaanspraken in het buitenland voor Nederlandse verzekerden?
2. Wat is een woonzorgcomplex en medisch kuuroord, welke faciliteiten dienen daarbij aanwezig te zijn en welke eisen worden door de Nederlandse zorgverzekeraars aan dergelijke accommodaties gesteld?
3. Welke eisen worden gesteld aan een facilitaire afdeling van een woonzorgcomplex om ondersteuning te geven aan de continuïteit van een dergelijke organisatie?
4. Wat zijn de stichtingskosten van een dergelijk woonzorgcomplex alsmede de facilitaire kosten van een noodzakelijke facilitaire organisatie per jaar op basis van de NEN 2748?

---

<sup>2</sup> Genet, C.M., *Methode van onderzoek en de markt*, pp. 24.

## Onderzoeksopzet

Bij de opzet van een onderzoek zijn er twee hoofdvormen te onderscheiden, te weten: *theoretisch* en *empirisch* onderzoek. Bij het theoretisch onderzoek wordt gebruik gemaakt van bestaande informatie. Bij het empirisch onderzoek daarentegen wordt informatie verkregen aan de hand van vragen en/of observaties.

Omdat de meningen van de geïnterviewden een belangrijke graadmeter is voor de te verwachten ontwikkelingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn in Spanje en invloed op de eventueel aanwezige facilitaire organisaties, is het belangrijk dat hun mening ten aanzien van de huidige en de toekomstige situatie wordt achterhaald. De onderzochte literatuur kan ideeën aandragen die voorzien in mogelijke oplossingen voor de toekomst van facilitaire organisaties.

Derhalve is er in dit rapport sprake van een mix van zowel het empirisch als het theoretisch onderzoek. Echter de nadruk in het rapport zal liggen op het empirisch onderzoek, dat wordt ondersteund en getoetst door de theorie van het literatuuronderzoek.

Bij de onderzoeksmethode kan een keuze worden gemaakt uit: *kwantitatief* en *kwalitatief* onderzoek. Bij kwantitatief onderzoek ligt de nadruk op getallen, een representatieve steekproef moet leiden tot betrouwbare aannames.

Bij kwalitatief onderzoek ligt het accent op probleemoplossende vraagstukken van gebeurtenissen waar personen bij betrokken zijn. De beleving staat centraal.

Baarda en de Goede omschrijven in hun Basisboek Kwalitatief Onderzoek<sup>3</sup> een kwalitatief onderzoek als: “onderzoek waarmee je overwegend gebruik maakt van gegevens van kwalitatieve aard en dat als doel heeft een onderzoeksprobleem in of van situaties, gebeurtenissen en personen te beschrijven en te interpreteren”.

De keuze voor kwalitatief of kwantitatief onderzoek bepaald uiteindelijk welk soort gegevens verzameld zullen worden maar ook de manier waarop de uiteindelijk gebruikte analysetechniek voor de gegenereerde gegevens.

Nadat het type onderzoek is vastgesteld dient het onderzoeksontwerp van het onderzoek te worden vastgesteld. Er kan daarbij een keuze worden gemaakt uit een aantal grondvormen<sup>4</sup>: *deskresearch*, een *experiment*, *casestudy* en een *survey-onderzoek*.

Bij deskresearch gaat het om het systematisch verzamelen van bestaande informatie.

Een experiment draait om het aantonen van een causaal (oorzaak en gevolg) verband tussen twee kenmerken. Casestudy is gedurende een lange periode een onderzoeksobject bestuderen. Van een survey-onderzoek daarentegen, is sprake wanneer je informatie van of over veel personen of objecten wilt hebben en die verzamelt met vragenlijsten en/of observatie.

De keuze voor een vorm van dataverzameling legt de werkwijze van een onderzoek vast.

Bekende kwalitatieve onderzoeksvormen zijn:<sup>5</sup>

- Actie en handelingsonderzoek;
- Casestudy;
- Historisch onderzoek;
- Open interviews;
- Literatuuronderzoek.

Hieronder zal aan de hand van de eerder genoemde subprobleemstellingen de gevolgde onderzoekswerkwijze uiteen worden gezet.

- *Wat is de invloed en welke mogelijkheden biedt de nieuwe Zorgverzekeringswet, met ingang van 1 januari 2006, op zorgaanspraken in het buitenland voor Nederlandse verzekerden?*

Bij het analyseren van de oude alsmede de huidige situatie omtrent de nieuw Zorgverzekeringswet wordt met name van deskresearch aan de hand van internet alsmede informatie ter beschikking gesteld door de Nederlandse overheid gebruik gemaakt.

<sup>3</sup> Baarda, D.B. e.a., *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, pp. 19-21.

<sup>4</sup> Genet, C.M., *Methode van onderzoek en de markt*, p.28.

<sup>5</sup> Genet, C.M., *Methode van onderzoek en de markt*, p.69.

Een SWOT-analyse<sup>6</sup> zal inzicht geven in de kansen en mogelijkheden voor Nederlandse zorgverzekeraars die de invoering van de nieuwe zorgwetgeving hen geeft. Het nut van een dergelijke analyse is om voor een organisatie de belangrijkste sterke en zwakke punten of een product in een markt inzichtelijk te maken, tezamen met de mogelijk bijbehorende belangrijkste kansen en bedreigingen.

De antwoorden op deze subprobleemstelling zullen in hoofdstuk 3 aan bod komen.

- *Wat is een woonzorg complex en medisch kuuroord, welke faciliteiten dienen daarbij aanwezig te zijn en welke eisen worden door de Nederlandse zorgverzekeraars aan dergelijke accommodaties gesteld?*

Voor het beantwoorden van deze subprobleemstelling zal gebruik worden gemaakt van deskresearch in de vorm van vakbladen en internet. Daarnaast zal de opdrachtgever aangeven welke algemene eisen er gesteld worden aan de accommodaties.

De antwoorden op deze subprobleemstelling zullen in hoofdstuk 3 aan bod komen.

- *Welke eisen worden gesteld aan een facilitaire afdeling van woonzorg complex om ondersteuning te geven aan de continuïteit van een dergelijke organisatie?*
- *Wat zijn de stichtingskosten van een dergelijk woonzorg complex alsmede de facilitaire kosten van een noodzakelijke facilitaire organisatie per jaar op basis van de NEN 2748?*

Bij minimaal drie woonzorginstellingen zullen interviews worden gehouden over de wijze waarop zij hun dienstverlening momenteel aanbieden alsmede verwachten dit in de toekomst te zullen gaan doen, met name door de veranderde benadering van wonen, zorg en welzijn en de nieuwe zorgwetgeving. Daarnaast zal er een interview worden afgenomen bij een commerciële partij welke voornemens is concreet een complex te stichten in relatie tot wonen, zorg en welzijn. De interviewvragen, met als basis het eerder genoemde onderzoekskader, zullen zijn gericht op de verschillende aandachtsgebieden van het wonen, zorg en welzijn principe, zodat inzicht wordt gekregen in bestaande concepten alsmede de toekomstige situatie van dergelijke woon-zorg concepten kan worden geïnterpreteerd.

Uit de conclusies van de interviews met de zorginstellingen kunnen bepaalde aspecten naar voren komen die van belang zijn bij het opzetten en organiseren van de facilitaire dienstverlening bij dergelijke complexen maar ook de zorgverzekeraars inzicht geven in toekomstige woon-zorg vraag en derhalve nieuwe verzekering producten.

Aan de hand van een SWOT-analyse zullen de consequenties aan bod komen voor de facilitaire organisaties en het aansturen van het primaire proces voor dergelijke wonen-zorg en welzijn complexen. Dit SWOT-model wordt hier wederom toegepast omdat het een belangrijk onderdeel is van het strategisch facilitair plan. Het doel daarvan is om het facilitair beleid vanuit een duidelijke missie en visie van de organisatie te vertalen naar duidelijke doelstellingen om het facilitair beleid te concretiseren in activiteiten en programma's waarmee de (facilitaire) missie en doelstellingen worden gerealiseerd en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering wordt toegewezen. De SWOT-analyse zal aanleiding geven voor de scenarioplanning. Scenarioplanning is een wijze van strategievorming waarbij rekening wordt gehouden met de veranderlijkheid van externe factoren, zoals de economische groei, trends onder consumenten, politieke factoren en dergelijke. Deze vorm van strategisch planning is bijvoorbeeld geschikt voor bedrijven die opereren in een sterk veranderlijke markt.

De antwoorden op deze subprobleemstellingen, de belangrijkste conclusies uit de interviews, zullen in hoofdstuk drie en vier aan bod komen.

Op basis van de informatie die in de voorgaande hoofdstukken is verkregen zal een advies worden gegeven over de wijze waarop Azivo als zorgverzekeraar, een rol kan gaan spelen in de veranderende vraag naar woon-zorg en welzijnconcepten en op welke wijze een facilitaire organisatie ingericht zou kunnen zijn voor het op correcte wijze invullen en uitvoeren van haar ondersteunende werkzaamheden nu en in de toekomst.

---

<sup>6</sup> Zwart, A. de, *Zakboek facility management*, pp.295.

Een uitwerking van de antwoorden op voorgaande deelvragen zal uiteindelijk leiden naar een antwoord op de centrale probleemstelling en rekening houdend met deze aspecten zal literatuur (theorie) worden opgezocht die van toepassing kan komen bij het formuleren van aanbevelingen.

## 1.2 Planning & Dataverzamelingmethoden

Om gestructureerd te werken aan het onderzoek is er een planning opgesteld waarin beschreven staat in welke volgorde en hoe lang er aan de verschillende deelvragen gewerkt wordt. Dit wordt uitgewerkt in weken, op het moment dat het onderzoek gestart werd ging de eerste week in. Hiermee wordt het mogelijk in te zien wat het tijdsplan is van het onderzoek. Bewust is er niet gekozen voor de kalenderweken, omdat het rapport niet afhankelijk is van de periode in het jaar. De planning van het onderzoek wordt weergegeven in de onderstaande tabel. In de eerste kolom staat aangegeven welke volgorde er gehanteerd is. De tweede kolom geeft aan welke dataverzamelingmethoden er gebruikt zijn. De derde kolom geeft aan welk doel en de vierde welke deelvraag er beantwoord wordt. In de laatste kolom staat de planning.

|   | <b>Dataverzamelingmethode</b>       | <b>Doel</b>                                                                                                                                      | <b>Antwoord op onderzoeksvraag</b> | <b>Week</b> |
|---|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------|
| 1 | Deskresearch                        | Verzamelen van relevante literatuur en tevens actuele documenten, met name via internet en databases in relatie tot de gekozen onderwerpen.      |                                    | 1 t/m 20    |
| 2 | Literatuuronderzoek                 | Inlezen in relevante literatuur. Hierdoor inzicht krijgen in huidige situaties, wetgeving, eisen zorgverzekeraars, organisatie van opdrachtgever | 1,2,3, en 4                        | 8 t/m 20    |
| 3 | Voorbereiden interviews             | Voorbereiden en opzetten van interviews                                                                                                          |                                    | 14 t/m 25   |
| 4 | Afnemen van interviews              |                                                                                                                                                  | 1,2,3 en 4                         | 26 t/m 34   |
| 5 | Analyse van de verkregen gegevens   | Data analyse middels labeling (zie informatie hierover in paragraaf 1.4)                                                                         | 1,2,3 en 4                         | 32 t/m 36   |
| 6 | Verwerken van de verkregen gegevens | Aan de hand van de analyseresultaten ordening aanbrengen in de gegevens om informatie te genereren                                               | 1,2,3 en 4                         | 34 t/m 39   |
| 7 | Conclusies en aanbevelingen         | Uit de verkregen informatie worden conclusies opgesteld en volgen uiteindelijk een aantal aanbevelingen voor de opdrachtgever                    | Probleemstelling                   | 40 t/m 44   |

Als achtergrondinformatie bij de voorgaande tabel volgt hier een toelichting met betrekking tot de gebruikte dataverzamelingmethoden<sup>7</sup>.

- Literatuurstudie, hiermee is kennis opgedaan over de verschillende theoretische stukken. Hierbij gaat het om literatuur in relatie met alle relevante onderwerpen;
- Interviews, open interviews met direct betrokken medewerkers alsmede medewerkers van bestaande organisaties in Spanje die werkzaam zijn op het gebied van woon, zorg en welzijn. Het formuleren van aanleiding alsmede toekomstige trends zijn hierdoor mogelijk geworden;
- Observatie, onder andere door een rondleiding in de betrokken organisaties heeft bijgedragen in het beschrijven van zowel de huidige als de toekomstige situatie;
- Deskresearch, heeft bijgedragen aan de beschikbaarheid van informatie uit stukken als jaarverslagen, jaarplannen, procesbeschrijvingen, internet, etc.

Duidelijk wordt dat bijna alle onderzoeksvragen nauw gerelateerd zijn aan elkaar. Hierdoor zullen met name de af te nemen interviews informatie moeten genereren die van essentieel belang zijn voor dit onderzoek om een reëel inzicht te geven in de toekomstige ontwikkelingen van wonen, zorg en welzijn. Gezien het feit dat het interview van groot belang is wordt in de volgende paragraaf extra aandacht geschonken aan de achtergrondinformatie bij het interview.

<sup>7</sup> Genet, C.M., *Methode van onderzoek en de markt*, pp. 26-27.

### 1.3 Interview

Zoals aangegeven is het interview voor dit onderzoek een cruciaal onderdeel. Voor het opstellen van een goed interview is in eerste instantie inzicht noodzakelijk in allerlei theoretische achtergronden als bestaande situaties en ontwikkelingen. Deze zullen vertaald moeten worden naar duidelijk en heldere vragen die mogelijkheid bieden voor het achterhalen van gegevens en de uiteindelijk gewenste informatie. In het belang van de nauwe relatie met het interview nogmaals de belangrijkste onderzoeksmethoden voor dit onderzoek toegelicht.

#### *Literatuur onderzoek en deskresearch*

Om inzicht te krijgen in het wonen-zorg-welzijn concept in het buitenland alsmede de invloed van de ontwikkeling op de facilitaire organisaties, wordt eerst literatuuronderzoek en deskresearch gedaan naar invloeden van de nieuwe zorgwetgeving op deze trend, de verschillende typen woonconcepten in relatie met zorg en welzijn alsmede de financiële achtergronden. Binnen het literatuuronderzoek wordt nagegaan welke theoretische inzichten en beschrijvende informatie al in de literatuur aanwezig zijn over dit onderwerp. Dit voorkomt dat bekende gegevens worden verzameld of dat het onderzoek wordt opgezet met achterhaalde denkbeelden. Dit zal leiden tot een beschrijvend deel, opgebouwd uit reeds bestaande feiten om de basis en de afbakening helder te krijgen voor het kwalitatief onderzoek.

#### *Kwalitatief onderzoek*

In bestaande literatuur is nog weinig geschreven over wonen-zorg-welzijn concept in het buitenland alsmede de invloed van de ontwikkeling op de facilitaire organisaties. Een kwalitatief (explorerend) onderzoek naar dit onderwerp is daarom van belang, omdat op deze wijze wordt uitgegaan van het perspectief van de betrokkenen (professionals die werkzaam zijn op dit gebied). Binnen dit onderzoek is daarom meer ruimte voor nieuwe inzichten. Kwalitatief onderzoek gaat niet om meten, maar om het verkennen van dingen; het gaat om het verkrijgen van inzicht. Met andere woorden: het gaat hier niet om cijfers, maar om denkwijzen, opvattingen en visies. Kwalitatieve onderzoeken werken onder andere middels diepte-cq expert interviews. Een nadeel van kwalitatief onderzoek is dat de vaak beperkte omvang van de onderzoeksgroep generalisatie in mindere mate mogelijk maakt. De onderzoeksresultaten van de interviews zullen derhalve in dit licht moeten worden geïnterpreteerd.

Voor het verkrijgen van relevante informatie voor dit onderzoek is gekozen voor het afnemen van het interview en met name voor het diepte interview cq expertinterview. Een diepte-interview is een intensief gesprek tussen één respondent en de interviewer. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een gesprekspuntenlijst, duurt doorgaans ongeveer een uur en kan op diverse locaties plaatsvinden. Voor dit onderzoek is gekozen om voor, voor zover mogelijk, de onderzoekslocatie te kiezen aangezien gelijktijdig de observatie kan plaatsvinden. Tevens is ervoor gekozen het gesprek op te nemen zodat de gegevens achteraf opgevraagd c.q nageluisterd kunnen worden.<sup>8</sup>

Diepte-interviews bieden, afhankelijk van de onderzoeksvraag, grofweg de volgende voordelen:

- Het is mogelijk om met een individu diep in te gaan op het onderwerp. Hierdoor is het mogelijk voortdurend door te vragen waardoor meer de dieper liggende informatie kan worden vergaard om uiteindelijk inzicht te krijgen in bijvoorbeeld toekomstige trends.
- De respondent kan zich meer op zijn/haar gemak voelen, aangezien een diepte-interview in de vertrouwde omgeving kan worden afgenomen.
- Van minder welbespraakte mensen worden eveneens bruikbare antwoorden verkregen, in tegenstelling tot wanneer men dezelfde vragen zou stellen in groepsverband. In groepsdiscussies komen deze mensen veelal alleen 'geholpen' aan het woord, dit wil zeggen als de gespreksleider deze mensen er bewust bij betreft.
- Deze interviewmethode is ook gebruikt omdat personen zijn geïnterviewd die over een meer dan gemiddelde kennis van de woon, zorg en welzijn trend beschikken, het zogenaamde expertinterview.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Dekker, H. e.a., *Werken aan Kennis, Methoden voor het creëren, delen en toepassen van kennis*, p. 48-50.

<sup>9</sup> Dekker, H. e.a., *Werken aan Kennis, Methoden voor het creëren, delen en toepassen van kennis*, p. 48-50.

Nadeel is dat bijvoorbeeld, in vergelijking, enquêtes minder diep “graven” en een oppervlakkiger beeld geven van opvattingen en meningen. Maar daar tegenover staat dat deze vaak wel representatiever zijn voor een grote groep, omdat er sprake kan zijn van een grotere reeks van interviews.

De interviews die gehouden zijn, zijn toegespitst op het specifieke gebied waarin de respondenten werkzaam zijn. De interviews zijn uitgevoerd op basis van Deze interviews zijn van groot belang voor dit onderzoek om een beeld te schetsen van de heersende opvattingen en te verwachte trends in relatie met wonen, zorg en welzijn in relatie met faciliteiten die continuïteit waarborgen.

#### 1.4 Analyse door middel van labels

Op basis van het onderzoek zijn er veel variabelen beschikbaar. Echter niet alle variabelen zijn relevant in het kader van de probleemstelling. Kernlabels zijn de variabelen die gebruikt worden bij het formuleren van de adviezen en de beantwoording van de probleemstelling en de deelvragen<sup>10</sup> Dit zijn de variabelen die geanalyseerd en bekeken worden in het onderzoek. Deze labels worden geformuleerd met de probleemstelling als uitgangspunt samen met de deelvragen, in het bijzonder de informatie op basis van het literatuuronderzoek. Bij het formuleren van de labels dient er vermeld te worden waarom er voor dit label gekozen is. Op deze manier komen er alleen labels die relevant zijn in relatie met de probleemstelling aan de orde.

##### De gekozen labels

Op basis van de interviews zijn er veel variabelen beschikbaar. Het is niet relevant om deze allemaal te analyseren en te verwerken. Hoe werkt labelen en wat is het exacte doel?. Met labelen wordt aan een tekstfragment een naam gehangen / gelabeld. Belangrijk is dat de wijze van labeling relevant moet zijn voor het beantwoorden van de vraagstelling.

Aandachtspunten bij labelen zijn:<sup>11</sup>

- a) Hang niet teveel labels aan een tekstfragment, maximaal zes labels. De labeling moet namelijk tot een zinvolle reductie van het onderzoeksmateriaal leiden.
- b) Labels vormen een kenmerk van de geïnterviewde, de situatie, groepen of processen;
- c) Labels moeten aansluiten bij de probleemstelling en zijn kenmerken van de onderzoekseenheden;
- d) Het labelen moet doorgaan totdat je geen nieuwe labels meer hebt.

Aandacht hierbij moet worden geschonken aan het wellicht gebruiken van synoniemen. Daarna zullen de labels geordend en gereduceerd worden. De tekstfragmenten die gelabeld zijn zullen opnieuw worden bekijken en beoordeeld. Van alle labels wordt één label uitgekozen die het meest kenmerkend voor het fragment is. Dit wordt de kernlabel van dat stuk tekst. De overige labels moeten de richting en dimensie geven aan de kernlabel. Ook zal de hoofdclading worden aangegeven van de kernlabel.

De stappen bij ordening en reductie:

- a) nalopen van alle fragmenten en per fragment de label onderstrepen dat het meest kenmerkend is voor dat fragment;
- b) onder elkaar zetten van de labels (wellicht zijn overlappingen mogelijk en is het mogelijk dat kernlabels elkaar overlappen en ongeveer dezelfde dimensies hebben. Als dit het geval is, de labels onder één label brengen. Er wordt begonnen met labels die één keer voorkomen);

<sup>10</sup> Baarde, D.B. e.a., *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, pp. 318.

<sup>11</sup> Genet, C.M., *Methode van onderzoek en de markt*, pp 120.

- c) Als de kernlabels nogmaals worden nagelopen, nagaan of de labels wel relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvraag cq probleemstelling;
- d) Nagaan of de labels een beschrijvend, dan wel een verklarend karakter hebben.

Gezien de beperkte afname van interviews is het haast onmogelijk de geldigheid van het labelingsysteem te controleren. Wel is het mogelijk na het analyseren van het eerste afgenomen interview het labelingsysteem te controleren door het te vergelijken met de analyse van het tweede interview. Hierdoor kan worden gecontroleerd of men bijvoorbeeld dezelfde begrippen of definities hanteert. Indien dit niet het geval is zal het labelingsysteem worden aangepast. Het is niet de bedoeling tot generaliserende uitspraken te komen dus de noodzaak hiervan is ondergeschikt.

Alle kernlabels zullen worden omschreven zodat een willekeurige andere onderzoeker bij het lezen van de omschrijving direct inzicht krijgt tot de kern van het fragment. Daarnaast zal niet alleen de omschrijving worden gegeven van de begrippen maar zullen ook de context en het belang van deze begrippen worden aangegeven. Het belang wordt afgeleid uit de ladingen van de begrippen. De lading kan worden verkregen uit de context van de beschrijving (positief of negatief)<sup>12</sup>.

Mede op basis van het literatuuronderzoek is gekozen om op basis van een template, Baarda en de Goede beschrijven dit als de templatebenadering<sup>13</sup>. Hierdoor wordt op basis van thema's een verdeling gemaakt in de onderwerpen die uiteindelijk nader geanalyseerd zullen worden.

De drie thema's c.q. kernlabels zijn:

- Wonen;
- Zorg;
- Welzijn.

Daarnaast zal tijdens de interviews verder worden ingegaan op de materie middels de volgende kernwoorden: prijs en kwaliteit / producten en diensten / facilitair / financieel.

Uitwerking van de interviews op basis van de genoemde kernlabels is opgenomen als bijlage 6.

## 1.5 Analyse van gegevens

Uiteindelijk zullen de gegevens geanalyseerd worden. De stappen van data-analyse zijn:

### 1. Informatie selecteren op relevantie:

- De relevante gegevens uit de verkregen gegevens als informatie markeren;
- Uit deze stukken een keuze maken wat voor het onderzoek relevant ten aanzien van de onderzoeksvragen;
- De onderzoeksvraag specificeren naar de geselecteerde fragmenten;
- Indien nodig zal het selecteren van relevante fragmenten moeten worden herhaald.

### 2. Relevante tekst opsplitsen in fragmenten:

De geselecteerde tekst zal worden opgesplitst in verschillende fragmenten die uiteindelijk informatie geven over één onderwerp. Belangrijke aandachtspunten bij het fragmenteren:

- De geselecteerde fragmenten moeten, los van het geheel en buiten de oorspronkelijke context, ook op later tijdstip begrijpbaar zijn;
- Fragmenten kunnen elkaar overlappen. Het einde van een fragment kan het begin van een nieuw fragment zijn;
- Fragmenten moeten niet te klein worden gemaakt, anders wordt de interpretatie van het fragment lastig doordat het teveel uit zijn verband raakt.

Na de te gebruiken onderzoeksmethode uiteengezet te hebben wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan op de organisatie van de opdrachtgever, Azivo Zorgverzekeraars.

<sup>12</sup> Baarda, D.B. e.a., *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, pp. 320.

<sup>13</sup> Baarda, D.B. e.a., *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*, pp. 319.

## 2. De organisatie Azivo

Voordat wordt ingegaan op de theorie en de achtergronden rondom woonzorgcomplexen is het noodzakelijk een beeld te krijgen van de opzet en organisatie van Azivo zorgverzekeraars. Dit om aan te geven welke visie en beleid er momenteel gehanteerd worden binnen Azivo met het doel inzichtelijk te krijgen welke mogelijkheden en kansen er liggen voor de zorgverzekeraar op het gebied van aanvullende verzekeringen.

Daarnaast worden de kenmerken van de markt beschreven die er momenteel gaande zijn op het gebied van aanvullende verzekeringen.

### 2.1 Geschiedenis van Azivo Zorgverzekeraars, verleden tot heden

Een van de bekendste gebouwen in Den Haag aan de Grote Markt is dat van het Algemeen Ziekenfonds De Volharding uit 1927-1928 van de architect Jan Buijs. Het ziekenfonds is door de jaren heen van naam veranderd, mede door invoering van de nieuwe zorgwetgeving in 2006, en staat inmiddels bekend als Azivo Zorgverzekeraars (verder te noemen Azivo). Maar ooit was Azivo begonnen als een arbeiderscoöperatie die in eigen winkels aan leden voedingsmiddelen verkocht<sup>14</sup>.



Gebouw Azivo aan de Grote Markt, Den Haag  
bron: [www.azivo.nl](http://www.azivo.nl)

In het verleden zijn er een aantal boeken geschreven over het ontstaan en de geschiedenis van Azivo zorgverzekeraars. Azivo zorgverzekeraars is in 1893 begonnen als Coöperatie de Volharding, een coöperatieve vereniging voor en door arbeiders, later is hier Azivo uit ontstaan, **Algemeen Ziekenfonds de Volharding**.

Het ziekenfonds had als doel de leden de beste zorg te verlenen. Zo gezegd werd er zorg verleend van de wieg tot het graf en van de tenen tot het haar. Dit betekende dat Azivo eigen artsen, ziekenhuis, kraamkliniek, uitvaartvereniging, tandartsen etcetera had. Deze mensen waren in loondienst van Azivo mede omdat destijds zorg niet commercieel gedreven mocht zijn<sup>15</sup>. Echter was destijds al het innovatieve denken en handelen binnen de organisatie van Azivo zichtbaar.

Mede gezien de regelgeving en de nadere eisen omtrent kwaliteit heeft door de jaren heen de Overheid deze eigen instellingen langzamerhand verboden. Ze zijn dus ook bijna geheel verdwenen. Bij Azivo is het enige onderdeel wat kon en mocht blijven bestaan de eigen Azivo apotheek. Momenteel is dit de grootste particuliere apotheek van west europa. Naast deze apotheek heeft Azivo een eigen thuiszorgwinkel, een importbedrijf en een groothandel in medische instrumenten.

Azivo zorgverzekeraars is altijd zelfstandig gebleven. In de afgelopen 20 jaar is het verzekerdenaantal gegroeid van 75.000 naar 150.000.

Overigens is de laatste jaren wederom zichtbaar dat vanuit de overheid de eigen instellingen weer worden gepromoot. Er zijn weer zorgverzekeraars die privé-instellingen exploiteren of deelnemingen daarin hebben. Andere zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld net als Azivo weer apotheken gaan exploiteren.

<sup>14</sup> <http://www.xs4all.nl/~anemaa/ges/straten/stran.htm>

<sup>15</sup> <http://www.kippfest.com/spul/laptektst.htm>

## 2.2 Profiel van organisatie Azivo Zorgverzekeraars<sup>16</sup>

Azivo Algemeen Ziekenfonds De Volharding UA spant zich primair maximaal in om de aanspraken op tijdige, kwalitatief goede zorg voor haar verzekerden te garanderen. Alle activiteiten staan dan ook ten dienste van het onderhouden van een goede relatie met de zorgverleners om gezamenlijk de voor haar verzekerden essentiële prestatieafspraken te realiseren. Tevens is een uitstekende service en dienstverlening aan haar verzekerden van het grootste belang.

In combinatie met de OWM Fonds Verstrekkingen Gezondheidszorg Azivo UA, verder te noemen Verstrekkingenfonds, wordt de Ziekenfondswet en de aanvullende verzekering uitgevoerd. Met ingang van 1 januari 2006, de invoeringsdatum van de Zorgverzekeringswet heeft Azivo de volgende producten in haar pakket:

- Combinatiepolis basisverzekering;
- Aanvullende verzekering Top;
- Aanvullende verzekering Basis;
- Collectieve contracten.

Collectieve contracten worden afhankelijk van de soort contractant op maat gesneden. Veelal betreft dit een opbouw van de combinatiepolis, de aanvullende verzekering Top aangevuld met van toepassing zijnde modules. Speerpunt zijn organisaties in de zorgsector en sociale diensten.

Zoals eerder genoemd exploiteert Azivo tevens de Azivo apotheek. Niet alleen ten behoeve van de eigen verzekerden maar ook aan verzekerden van andere zorgverzekeraars wordt de farmaceutische hulp verzorgd.

### *Belangrijkste geografische werkgebieden*

Tot 1 januari 2006 was het werkgebied statutair beperkt tot Den Haag en omstreken. Azivo werkt per 1 januari 2006 landelijk. Daarbij is het primaire werkgebied de provincie Zuid-Holland. Als gevolg van het in het verleden gevoerde beleid woont 95% van het verzekerdenbestand in Den Haag en omstreken.

### *Processen binnen de organisatie met betrekking tot de dienstverlening*

Alle processen binnen de organisatie zijn gericht op een tijdige en juiste afwikkeling van alle handelingen ten behoeve van een kwalitatief hoogstaande dienstverlening. Daarvoor zijn strenge normen vastgesteld. Daarbij moet gedacht worden aan activiteiten op het gebied van zorgbemiddeling, informatieafhandeling, polisverwerking en declaratieafhandeling. Azivo draagt er zorg voor dat (potentiële) cliënten goed worden geïnformeerd. Alle externe uitingen worden intern, middels een op kwaliteit gerichte procedure, op juistheid beoordeeld. Daarnaast houdt de Raad van Bestuur ten behoeve van (potentiële) verzekerden een spreekuur. Tevens hanteert Azivo een adequate klachtenprocedure middels een klantcontactinformatiesysteem waarmee het serviceniveau naar de klant toe hoog moet blijven.

## 2.3 Organisatorische en juridische structuur

De statutaire organisatie van Azivo Ziekenfonds bestaat uit de Ledenraad, Raad van Toezicht en Raad van Bestuur. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn in de statuten vastgelegd. De rechtsvorm van Azivo Ziekenfonds (inclusief de Azivo apotheek) is die van een Onderlinge Waarborgmaatschappij waarop het structuurregime van toepassing is. Zowel voor Azivo Ziekenfonds als voor het Verstrekkingenfonds, is er eenheid van leiding.

Een onderlinge waarborgmaatschappij is een bij notariële akte als onderlinge waarborgmaatschappij opgerichte vereniging die zich met verzekeren bezig houden. Zij moet met haar leden verzekeringsovereenkomsten sluiten of leden verzekerd houden, een en ander in het verzekeringsbedrijf dat zij uitoefent.

---

<sup>16</sup> Azivo, Publicksverslag 2005.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld verenigingen mogen zij winst onder hun leden verdelen<sup>17</sup>. De bedoeling van een structuurregime is de zeggenschap in grote ondernemingen te verdelen. Belangrijke bevoegdheden zijn niet meer in handen van één van de belanghebbenden, de aandeelhouders, maar zijn in handen gekomen van een autonoom orgaan, de raad van commissarissen. Deze heeft tot taak de verschillende belangen, die bij een grote onderneming nu eenmaal in het geding zijn, te behartigen. Aandeelhouders en werknemers kunnen door het recht van aanbeveling en door het recht van bezwaar invloed uitoefenen op de samenstelling van de raad van commissarissen<sup>18</sup>. De rol en samenstelling van de verschillende organen is inzichtelijk gemaakt in het Publieksverslag welke is te downloaden via de website van Azivo<sup>19</sup>.

## 2.4 Missie en Visie en doelstellingen Azivo Zorgverzekeraars

Voor een juiste interpretering van de mogelijkheden voor Azivo op het gebied van productontwikkeling is het noodzakelijk te kijken hoe deze producten aansluiten bij de door de organisatie gehanteerde doelstellingen, op basis van de missie en visie van de organisatie. De missie en visie zijn de pijlers waar de organisatie op is gefundeerd en bepalend zijn voor het gevoerde beleid. De missie en visie van Azivo zijn geformuleerd in het Publieksverslag 2005 van Ziekenfonds Azivo. Deze is zoals eerder aangegeven te downloaden via de website van Azivo. De organisatiestructuur is uitgewerkt in organogrammen welke zijn opgenomen in bijlage 1.

Uit de missie en visie van Azivo zijn de strategische doelstellingen bepaald die resulteren in een aantal inspanningen. Uiteraard is kwaliteit een aspect maar zorginkoop ook. Met name worden genoemd: differentiatie in zorgaanbod als strategische middel, innovatieve zorgproducten ter bevordering van snelheid van zorgverlening, en kostenvergelijking van de verschillende vormen van zorgaanbod. Deze inspanning sluit in alle opzichten aan bij de mogelijkheden die woonzorgcomplexen in Spanje en de aldaar aanwezige faciliteiten kunnen bieden.

## 2.5 Huidige markt en marktontwikkelingen voor Azivo

Voor de opdrachtgever is een belangrijk aspect van dit onderzoek inzicht te verkrijgen in de huidige marktpositie en de effecten van de toekomstige ontwikkelingen op de organisatie. Deze ontwikkelingen kunnen leiden tot nieuwe verzekerden, nieuwe producten en een service die beter aansluit bij de wensen van de klanten.

Een middel hierbij is het uitvoeren van een SWOT-analyse. SWOT-analyse staat voor *strengths, weaknesses, opportunities and threats*. In een SWOT-analyse zet men de mogelijkheden van de organisatie tegenover de krachten uit de omgeving. Ook wordt de huidige situatie daarin meegenomen. Naast een beschrijving van de sterke en zwakke punten van de organisatie beschrijft men hoe wordt ingesprongen op kansen in de omgeving en hoe men bedreigingen kan voorkomen<sup>20</sup>.

Hetgeen in dit hoofdstuk reeds in ogenschouw is genomen alsmede de ontwikkelingen op het gebied van de veranderde zorgwetgeving, zijn er voor Azivo een aantal feiten zichtbaar geworden.

Men kan wel vaststellen dat de positie van Azivo, ondanks de toegenomen concurrentie, de afgelopen jaren redelijk stabiel is geweest. Wel wordt een verzekerendaling verwacht als gevolg van de collectivisering van de markt. Deze collectivisering baart Azivo vooral zorgen maar geeft ook kansen. De voorwaarden waaronder collectieve contracten door kapitaalkrachtige zorgverzekeraars worden aangeboden om zodoende grote groepen te kopen door middel van kruissubsidiëring zijn voor Azivo momenteel niet haalbaar.

<sup>17</sup> <http://www.kvk.nl/artikel/artikel.asp?artikelID=39409&SectieID=59>

<sup>18</sup> <http://corpgov.nl/page/downloads/Kemperink>

<sup>19</sup> Publieksverslag 2005 te downloaden via [www.azivo.nl](http://www.azivo.nl).

<sup>20</sup> Zwart, A. de, *Zakboek facility management*, p.295.

Door middel van kruissubsidiëring kunnen bijvoorbeeld dure producten toch worden verkocht omdat het verlies dat de aanbieder daarop leidt wordt goedgemaakt door de hogere winsten op producten die wel goed lopen: bv de kortingen voor collectief verzekerden die verhaald gaan worden op individueel verzekerden. Daarom is het van het grootste belang aantrekkelijk te blijven voor individueel verzekerden en zal Azivo haar beleid daar op moeten gaan afstemmen. Inspelen op individuele aanvullende verzekeringen is daarbij een instrument.

### **Strenghts, weaknesses, opportunities and threats**

Uit het beoordelen van de Publieksverslagen van de afgelopen jaren, gesprekken met medewerkers, literatuurstudie alsmede het bestuderen van diverse vakliteratuur is informatie verkregen over de huidige interne situatie van zorgverzekeraar Azivo. Maar ook zijn allerlei factoren die in de omgeving van Azivo zichtbaar zijn, en op dit moment spelen, naar voren gekomen. Deze factoren kunnen kansen of bedreigingen vormen voor de toekomst van Azivo. Hieronder is een opsomming gemaakt van de punten die naar voren zijn gekomen:

De sterke kanten van Azivo, in een drietal subcategorieën ondergebracht:

#### *1. Algemeen*

- Duidelijke en stabiele organisatie structuur;
- Producten op maat;
- Ruimte voor innovativiteit;
- Zorgvisie die goed aansluit bij wonen-zorg en welzijn;
- Lage interne kosten beheerapparaat.

#### *2. Medewerkers*

- Goede kennis en deskundigheid;
- Collegialiteit.

#### *3. Cliënten*

- Hoge tevredenheid dienstverlening;
- Uiten van wensen en eisen.

De zwakke kanten van Azivo verdeeld in dezelfde subcategorieën:

#### *1. Algemeen*

- Kleine organisatie / regionale functie;
- Cultuuromslag (meer commercialisering);
- Aanbodgestuurde organisatie;
- Relatie cliënt en leverancier niet gelijkwaardig;
- Op grote schaal collectieve verzekeringen.

#### *2. Medewerkers*

- Onrust wegens onduidelijkheid toekomstplannen.

#### *3. Cliënten*

- afwijkende samenstelling verzekerden bestand t.o.v. grote steden / 90% modaal inkomen;
- cliënten met name regio Den Haag.

Kansen: De positieve factoren voor Azivo in de toekomst zijn :

- Collectieve buitenland verzekeringen / innovatieve uitstraling;
- Wonen-zorg en welzijn buitenland inkopen;
- Vergrijzing in verzekerden bestand;
- Tekort aan zorgplaatsen in Nederland;
- Structureel te hoge kosten voor ziekenhuisverpleging;
- Niche benadering / regio benadering.

Bedreigingen: De negatieve factoren waar Azivo in de toekomst mee te maken kan krijgen zijn:

- Fusie perikelen /blijven ca 4 grote verzekeraars over / collectiviteit;
- Hierdoor verlies marktwerking in publieke sector (Goed toezicht door bv MMA);
- Differentiatie / overname buitenlandse verzekeraars;
- Bezuinigingen / uitkleden subsidiering door overheden;
- Macht bij zorgverzekeraars.

## SAMENVATTING AZIVO

In de komende jaren staat Azivo zorgverzekeraars een aantal uitdagingen te wachten. Er zijn externe factoren waar zowel kansen als bedreigingen liggen voor Azivo. De SWOT-analyse geeft dit ook aan. Onder andere in eerste instantie de overheveling van de AWBZ zorg van het zorgkantoor naar Azivo te realiseren. Ook zal veel aandacht worden besteed aan de uitbouw van de samenwerking met mogelijke fusiepartners en de verdere verbetering van het serviceniveau. Een aspect waarop Azivo zich kan onderscheiden van de concurrentie is de kwaliteit van de geleverde service en dienstverlening. Hiervoor zijn allereerst de medewerkers van Azivo een kritische succesfactor. Een gemotiveerde, betrokken en tevreden medewerker zorgt automatisch voor een tevreden verzekerde. Daarnaast is hiervoor een hoge mate van operationele efficiency en effectiviteit noodzakelijk. Een hoogwaardig zorgproduct kan slechts geleverd worden indien er een directe relatie is met de zorgaanbieder. Dit is naar de visie van Azivo vooralsnog uitsluitend mogelijk vanuit een regionale benadering. Alleen met kennis van het zorgveld en in samenwerking met de zorgaanbieders kan sturing worden gegeven aan de zorg.

De invoering van de nieuwe zorgwetgeving in 2006 heeft een aantal zaken doen veranderen. Ten eerste zorgen fusies bij zorgverzekeraars ervoor dat kleine regionale verzekeraars worden overgenomen en dat in de lijn der verwachting ligt dat er uiteindelijk een viertal grotere zorgverzekeraars overblijven. De verwachting is dat er meer collectieve zorgcontracten zullen worden gaan afgesloten. Er zal een nieuwe balans ontstaan tussen de prijzen gehanteerd door de zorgverzekeraars. Momenteel is er sprake van prijsconcurrentie maar de verwachting is dat de premies van de ziektekostenverzekeringen omhoog zullen gaan. Destijds is dat bijvoorbeeld in Zwitserland ook gebeurd. Er zijn nu ook zorgverzekeraars die maandelijks verlies lijden door deze prijsconcurrentie. Met deze ontwikkelingen op het gebied van de marktwerking en schaalvergroting zal Azivo zeker de gevolgen in de toekomst gaan merken.

Maar wat zijn voordelen voor Azivo voor het aanbieden van wonen en zorg in het buitenland aan haar klanten?. Vooralsnog een completer aanbod en een mogelijkheid voor het aanbieden van een collectieve verzekering voor in het buitenland woonachtige verzekerden. Daarnaast kunnen verzekerden worden uitgezonden naar het buitenland voor snellere toegang bij wachttijden, kortstondige verblijven of het ondergaan van behandelingen. Door deze mogelijkheden aan te bieden creëert men een sterkere marktpositie en een innovatieve uitstraling. In het verleden heeft Azivo eigen ziekenhuizen, huisartsen en dergelijken geëxploiteerd, wederom kan innovativiteit worden getoond door een eigen wonen-zorg- en welzijninstelling te exploiteren!.

Hiermee zal ook de inkoop van zorg in het buitenland een belangrijk onderdeel gaan worden voor Azivo. Zorgaanbieders in het buitenland worden daarmee aantrekkelijk.

Daarnaast ontkomen ook de kleinere regionale ziektekosten verzekeraars er niet aan ervaring op te doen met meer commerciële activiteiten, met name ziekenfondsen zullen toch commerciëler gaan werken gezien de vraag vanuit de markt. Dit zal impact hebben op de cultuur van de organisatie. Echter geeft het ook voor de medewerkers van Azivo nieuwe impulsen voor verdere ontwikkeling, mogelijkheden voor samenwerking in de opleiding en voor creatief personeelsbeleid (bijvoorbeeld tijdelijke uitzending naar het buitenland).

Nadelen zijn dat voor dergelijke initiatieven geen duidelijke stappenplannen aanwezig zijn. Voor een goede gedegen voorbereiding zal contact moeten worden gezocht met plaatselijke ondernemers en de plaatselijke autoriteiten.

Gezien het feit dat de focus van Azivo vooral op het primaire werkgebied ligt geeft aan dat de intentie om op korte termijn wonen en zorg in het buitenland in te kopen voor haar klanten laag is. Desalniettemin is de organisatie van Azivo zich sterk bewust van deze groeiende ontwikkeling en volgt zij deze nauwgezet. Wel zou vroegtijdig inspelen op deze trend de marktpositie van Azivo sterk veranderen voor mogelijke fusiepartners.

Nadat in dit hoofdstuk de organisatie van Azivo uiteen is gezet zal in het volgende hoofdstuk worden ingaan op de nieuwe zorgwetgeving, de woon-zorg en welzijn concepten alsmede de invloeden op facilitaire organisaties. Ook zal een financieel kader worden gegeven voor het opzetten en exploiteren van een woonzorgcomplex.

### 3 De trend Wonen, Zorg en Welzijn

In dit hoofdstuk is de literatuurstudie uitgewerkt. Er worden onder andere een aantal begrippen uitgewerkt in relatie met wonen, zorg en welzijn en de bijbehorende woonzorg concepten in paragraaf 3.1. Daarna zal in paragraaf 3.2 de oorsprong van de Nederlandse zorgwetgeving worden uiteengezet waarna aansluitend het Nieuwe zorgstelsel wordt behandeld in paragraaf 3.3. Paragraaf 3.4 zullen de consequenties van de nieuwe zorgverzekeringswet in relatie tot het buitenland worden behandeld.

De financiële analyse in paragraaf 3.5 geeft een houvast voor de vergelijking van zowel Stichtingskosten als Servicekosten van een woonzorgcomplex in Nederland als Spanje. In paragraaf 3.6 en 3.7 worden de facilitaire aspecten toegelicht en met name gekeken hoe in de toekomst een facilitaire organisatie moet zijn ingericht om het primaire proces te ondersteunen bij dergelijke complexen. Al deze aspecten zullen uiteindelijk achtereenvolgens worden samengevat.

#### 3.1 Woon, zorg en welzijn concepten

De wensen van bewoners en het overheidsbeleid leiden tot scheiding van wonen en zorg: wonen en zorg worden in de toekomst apart gefinancierd. In de toekomst huren of kopen bewoners hun woonruimte en krijgen ze de zorg afzonderlijk aangeboden. Veel bestaande verzorgingshuizen zullen verdwijnen, of worden omgebouwd tot woonzorgcomplex met zelfstandige woonruimte of tot verpleeghuis, waarschijnlijk in samenwerking met woningcorporaties.

Wonen, zorg en welzijn zijn drie componenten die onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen, is het noodzakelijk dat mensen gebruik kunnen maken van de door hun gewenste voorzieningen op al deze drie gebieden.

Onder de component 'welzijn' wordt een uiteenlopend pakket aan diensten en services verstaan, zoals maaltijden, alarmering, klussendienst, pedicure, kapper, alsmede activiteiten (zoals sport, ontspanning, educatie). Maar onder welzijn valt ook informatievoorziening, participatie, dagbesteding en mobiliteit. Zorgorganisaties, woningaanbieders en welzijnsorganisaties werken steeds vaker samen. Zij ontwikkelen nieuwe concepten en realiseren formules die in experimentele projecten hun waarde hebben bewezen. Het aanbod wordt steeds gevarieerder. Het oude verzorgingshuis is vervangen door woonzorgcomplex of woonzorgcentra. Het concept van de woonzorgzones wordt steeds vaker toegepast. Ook de facilitaire organisatie van de betreffende instellingen zullen binnen deze driehoek van wonen, zorg en welzijn moeten opereren en anticiperen op de marktvraag moeten opereren.

Met het toenemende aantal verschillende arrangementen van wonen, welzijn en zorg neemt ook de begripsverwarring toe. Per sector, per regeling, per project worden verschillende benamingen gehanteerd. Het Aedes-Actiz kenniscentrum<sup>21</sup> heeft getracht enige orde te scheppen met een begrippenlijst<sup>22</sup>, waarin zoveel mogelijk de terminologie wordt gevolgd uit de beleidsnota's van de Nederlandse overheid.

Er worden door Aedes-Actiz kenniscentrum drie vormen van wonen, zorg en welzijn, te weten:

- **gewoon wonen:** zelfstandig wonen zo nodig met zorg en dienstverlening op afspraak en woningaanpassingen. De bewoner kan zelf kiezen welke aanbieder de diensten levert. Woningaanpassingen zijn mogelijk via de Wet Voorzieningen gehandicapten (WvG);
- **verzorgd wonen:** bewoner woont in een verzorgingstehuis, woonzorgcomplex o.i.d. Dienstverlening en zorg op afspraak of afroep zijn desgewenst mee gearrangeerd met de woning, die bij voorkeur levensloopgeschikt is;
- **beschermd wonen:** bewoner woont in beschermde woonvorm, zoals een kleinschalige woonvoorziening. Dit is met meelevering van 24-uurs zorg met toezicht; wonen niet altijd zelfstandig en niet altijd gescheiden van zorg.

<sup>21</sup> Het Aedes-Actiz Kenniscentrum Wonen-Zorg is een informatiepunt voor kennis op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Het is onderdeel van Aedes vereniging van woningcorporaties en ActiZ, organisatie van zorgondernemers.

<sup>22</sup> <http://www.kcwz.nl/doc/trends/Begrippenlijst>

Duidelijk wordt dat binnen de drie genoemde vormen van wonen en een aantal verschillende concepten van woonvormen zijn. Welke bekende woonvormen beschrijft Aedes-Actiz die in combinatie met zorg en welzijn goed toepasbaar, en wellicht reeds worden toegepast, in het buitenland:

#### 1 *Levensloopbestendige woningen*

De eerste woonvorm is de 'Levensloopbestendige woning' (ook wel 'levensloopgeschikte woning' genoemd) en is het overkoepelende begrip voor woningen die geschikt zijn of eenvoudig geschikt zijn te maken voor bewoning tot op hoge leeftijd, ook in geval van fysieke handicaps of chronische ziekten van bewoners. Levensloopgeschikte woningen zijn er in verschillende gradaties en voor verschillende doelgroepen, bij nieuwbouw en verbouw.

De woningen kunnen al helemaal zijn aangepast voor individuele bewoners of een bepaalde doelgroep. De woningen kunnen ook aanpasbaar zijn gebouwd; ze zijn dan zo ontworpen dat aanpassingen eenvoudig mogelijk zijn wanneer de bewoner wordt geconfronteerd met een fysieke beperking. In aanpasbaar gebouwde woningen zullen vaak nog individuele aanpassingen nodig zijn om de woning helemaal geschikt te maken voor een bewoner met een handicap.

'Levensloopbestendig' is overigens een ongelukkige vertaling, omdat wordt gesuggereerd dat woningen bestand (bestendig) zijn tegen de levensloop van bewoners, terwijl juist wordt bedoeld dat woningen door aanpassingen flexibel moeten meegaan in de levensloop.

'Levensloopgeschikte woningen' is daarom een betere vertaling van 'Lifetime housing' de Engelse term voor dergelijke woningen waar het woonconcept is ontstaan. Het realiseren van levensloopgeschikte woningen is immers een toekomstgerichte en dynamische benadering van de woningbouw. In Duitsland gebruikt men de term 'Lebenslaufwohnen', in België 'Levenslang wonen'.

#### *Waar moet een dergelijke woning aan voldoen?*

In Nederland zijn de eisen voor levensloopgeschikte woningen vastgelegd in regelgeving, keurmerken, handboeken en eisenpakketten. Formele, voor alle woningen toepasbare, eisen worden alleen gesteld in het landelijk geldende Bouwbesluit (Op 1 juli 1997 werden vijf basiseisen van aanpasbaar bouwen opgenomen in het Bouwbesluit, dat geldt voor alle woningen in Nederland: lage drempels, brede deuren, rolstoelbezoekbaar toilet, bredere galerijen, ruimte reserveren voor een lift bij 2 tot 4 verdiepingen (daarboven is de lift al verplicht)).

Voor alle andere eisenpakketten geldt dat het opdrachtgevers vrij staat om ze al dan niet over te nemen. Wel moet aan bepaalde eisen worden voldaan om lokale subsidies voor levensloopgeschikte woningen te verkrijgen.

Een aantal corporaties en gemeenten ontwikkelden zowel voor nieuwbouw als voor verbouw eigen eisenpakketten, vaak gebaseerd op het Handboek voor toegankelijkheid en de eisen voor WoonKeur. Uitgangspunt was dat basiseisen die verband houden met fysieke handicaps standaard moeten worden toegepast, bijvoorbeeld bredere deuren, voldoende ruimte op strategische plaatsen en voorzieningen op de juiste hoogte. Daardoor zijn woningen direct al grotendeels bruikbaar voor mensen met een handicap. Met geringe investeringen kunnen ze verder worden aangepast aan veranderende fysieke mogelijkheden van de bewoners. Deze benadering maakt ingrijpende aanpassingen grotendeels overbodig.

Een aspect waar in dergelijke woningen mee wordt gewerkt zijn de elektronische toepassingen (domotica, telehuishouding), die bevorderen in combinatie met het levensloopgeschikt bouwen en verbouwen de mogelijkheden om langer zelfstandig te blijven wonen.

Branche organisatie Aedes definieert domotica daarom als volgt<sup>23</sup>. "Woninggebonden technologische toepassingen ter bevordering van kwaliteit van leven, in samenhang met zorg & diensten". Mogelijkheden van domotica zijn het op afstand bedienen van licht en verwarming, personenalarmering, inbraakalarmering, branddetectie en brandalarm en entertainment (zoals 'video on demand') en andere vormen van dienstverlening (bijv. boodschappen bestellen via tv of computer). Kenmerkend voor domotica is dat het gaat om samenhangende elementen en bediening op afstand.

<sup>23</sup> <http://www.kcwz.nl/doc/trends/Begrippenlijst>

Een centraal element koppelt de verschillende voorzieningen. Domotica wordt in de woningbouw nu nog op beperkte schaal toegepast, vaak in slechts enkele (proef)woningen.

## 2 De woonzorgzone

Een woonzorgzone is een (deel van een) wijk of dorp waarin optimale condities zijn geschapen voor wonen met zorg en welzijn, tot en met niet-planbare 24 uren zorg.

Kenmerken voor een woonzorgzone zijn:

- gewoon woongebied waarin de zorg beslist niet domineert;
- integrale zorg- en dienstverlening, georganiseerd in multifunctionele wijkcentra;
- levensloopbestendige woningen en woonomgeving met een goed voorzieningenniveau.

Het wijkservicecentrum is het 'hart van de woonzorgzone'. Het is het voorzieningencentrum voor wonen, zorg en welzijn. Vaak gecombineerd met andere functies zoals het eerstelijns gezondheidscentrum, kinderopvang en grand café.



bron: <http://www.kwcs.nl>

In het wijkservicecentrum is sprake van tweerichtingsverkeer van mensen die naar het centrum komen om diensten te halen en omgekeerd dient het centrum als uitvalsbasis om zorg en diensten naar de wijkbewoners te brengen. Het centrum heeft een verzorgingsgebied van 5.000 tot 15.000 inwoners en biedt potentieel ruimte aan de volgende functies:

- activiteitencentrum: ontmoeting, restaurant of grand café, recreatie, cultuur, sport, educatie;
- zorgcentrum: (integraal) wijkzorgteam, wijkziekenboeg en logeerkamers;
- dienstencentrum: informatie en advies, maaltijden, linnenservice, klussendienst, gemakswinkel;
- gezondheidscentrum: huisartsen, therapeuten, apotheek, ambulante GGZ;

De invulling van het wijkservicecentrum hangt af van de locatie, de omvang van de wijk en de aanwezigheid van andere functies. Ligt het winkelcentrum vlakbij dan zal een gemakswinkel niet nodig zijn. Een buurthuis in de directe nabijheid biedt de mogelijkheid om activiteiten te combineren. In een wijk van minder dan 5.000 inwoners zal misschien alleen een afhaalpunt voor medicijnen haalbaar zijn en geen apotheek.

Het concept woonzorgzone kwam in Nederland voor het eerst op in de plannen voor het nieuwe stadsdeel IJburg in Amsterdam, aan het begin van 1999<sup>24</sup>. Al snel volgt een verspreiding in Nederland en staan inmiddels rond de 60 woonzorgzones geregistreerd. Ongeveer 15 daarvan zijn in uitvoering, de overige in voorbereiding.

De oorsprong van het woonconcept woonzorgzone ligt in Scandinavië. Met name de Deense manier waarop wonen, welzijn en zorg georganiseerd zijn - op wijkniveau en met veel nadruk op het deel blijven nemen aan het gewone dagelijkse leven - spreekt in meerdere landen van Europa aan.

De drie eerder genoemde componenten (wonen, zorg en welzijn) worden in woonzorgzones verdeeld in de drie separate groepen dienstverlening. Daarnaast zijn binnen deze drie deling nog een aantal functies te onderscheiden op basis van STAGG (Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg), te weten:

- functies die worden gehaald door de gebruiker;
- functies die worden gebracht door de aanbieder;
- functies die intern worden geleverd.

<sup>24</sup> Singelenberg, J.P.J., Harkes, D. (2002), *Woonzorgzone IJburg: Een wijk zonder scheidslijnen*, pp. 1-2

Voorbeelden van ‘haalfuncties’ zijn boodschappen doen, recreatieve activiteiten, revalidatie en het onderhouden van sociale contacten.

‘Brengfuncties’ zijn zorgverlening, woningonderhoud, klussen in en om de woning, maaltijdservice, alarmering en boodschappendiensten.

Bij ‘interne levering’ bevinden aanbieder en klant zich op dezelfde plek. Deze vorm is geboden als de intensiteit en de frequentie van de te leveren dienst dat vereisen, zoals bijvoorbeeld bij langdurige intensieve zorg of 24-uurs toezicht. Wonen, zorg en dienstverlening moeten dan op dezelfde locatie worden ondergebracht.

Deze ontrafeling van wonen, zorg en dienstverlening in functies van verschillende aard vormt de basis voor het eerder genoemde model van de STAGG<sup>25</sup>. Wonen, zorg en dienstverlening kunnen nu in een wijk georganiseerd worden. Daarmee wordt de algemene doelstelling van Woonzorgzones helder: een middel om zorg en diensten meer in de woonwijken te brengen.

In principe zijn het gewone wijken bedoeld voor een doorsnee van de bevolking. Maar ook mensen die beperkingen hebben en daardoor meer zorg en dienstverlening nodig hebben, kunnen in deze wijken blijven wonen. Woonzorgzones creëren op wijkniveau betere voorwaarden voor het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen van mensen met een zorgbehoefte.

Echter is voor het concept van de woonzorgzone geen standaard opzet hanteerbaar gezien het feit dat het zeer afhankelijk is van de bestaande situatie in de wijk. Juist door dit flexibele karakter van het woonzorgzone concept is het lastig deze te realiseren juist omdat er geen specifieke initiatiefnemer is, er is geen standaard stappenplan voor het opzetten ervan maar vooral zijn er geen duidelijk meetbare doelstellingen. Met name is hier sprake van bij bestaande situaties. Echter voor het opzetten van nieuwe wijken/complexen kan hier middels een juist stappenplan vroegtijdig op te stellen stappenplan goed op ingespeeld worden op een passende dienstverlening en zo een juiste combinatie tussen wonen, zorg en welzijn creëren.

### 3 Tweedelijnszorgcentrum

Als aanvulling op en ter ondersteuning van de zorg in woonzorg arrangementen in de wijk en in woonzorgzones worden de functies expertisecentrum, verpleeghotel en een beperkte bijzondere verblijfsfunctie in een tweedelijnszorg-centrum georganiseerd en is toegankelijk voor bewoners van meerdere wijken.

Intensieve zorg wordt steeds vaker bij mensen thuis en in kleinschalige woonvormen in de wijk gegeven. Deze zorg in de woonzorg arrangementen moet ondersteund worden met expertise en indien nodig aangevuld kunnen worden met een tijdelijk verblijf in een verpleeghotel. Het tweedelijnszorgcentrum biedt de functies expertisecentrum en verpleeghotel. In uitzonderlijke gevallen zal het beter zijn buiten de wijk te wonen, dichtbij of in het Tweedelijnszorgcentrum. Het Tweedelijnszorgcentrum is toegankelijk voor diverse wijken en dus voor meerdere woonzorgzones beschikbaar.

Het tweedelijnszorgcentrum heeft drie functies:<sup>26</sup>

- *Expertisecentrum*; ondersteuning van de zorg in de eerste lijn aan cliënten en zorgverleners;
- *Zorghotel*; tijdelijk verblijf met zorg en behandeling;
- *Een beperkte residentiële functie*; het betreft wonen met intensieve zorg voor die mensen waarvoor de benodigde zorg niet in de eerste lijn geboden kan worden, bijvoorbeeld mensen met ernstige gedragsproblematiek.

De centrale functie van het Tweedelijnszorgcentrum is het expertisecentrum. Dit bestaat uit gespecialiseerde hulpverleners, die een ondersteunende en adviserende functie vervullen voor de eerste lijn en voor de andere functies van het tweedelijnszorg-centrum.

Onder expertise wordt verstaan kennis, kunde en vaardigheden ten aanzien van behandeling, verpleging en verzorging.

<sup>25</sup> Harkes, D., *Het Stagg-model*, pp. 1-6.

<sup>26</sup> Bolscher, A. e.a., *Tweedelijnszorg-centrum. Van concept naar praktijk*, pp. 1-3.

In een expertisecentrum kunnen de volgende deelfuncties worden ondergebracht:

- Observatie en diagnostiek;
- Behandeling;
- Informatie en advies;
- Deskundigheidsbevordering;
- Ontmoeten.

Een expertisecentrum zou kunnen worden opgezet als een polikliniek, maar ook als uitvalsbasis kunnen dienen voor ambulante medewerkers. In intensiever bewoonde gebieden kan er meer mate van specialisatie en taakverdeling tussen de diverse expertisecentra kunnen zijn waardoor de patiënt kan variëren al naar gelang de specialisatie van het desbetreffende expertisecentrum

#### 4 Woonzorgcomplex

Een woonzorgcomplex is een complex zelfstandige woningen. Bij de inrichting van het complex is rekening gehouden met veilig en beschut wonen. Er is een complexgewijs overeengekomen zorg- en servicearrangement maar wel met een consequente contractuele scheiding tussen wonen, zorg en service. De woningen voldoen aan eisen van aanpasbaar bouwen. In een woonzorgzone kan een woonzorgcomplex een functie vervullen als servicecentrum voor de wijk eromheen.



Woonzorgcomplex La Cigüena – Spanje

bron: <http://oud.tailormadebv.nl/>

Kort na 1987 ontstonden in Nederland de eerste woonzorgcomplexen voor ouderen, kenmerkend was de scheiding van wonen en zorg: bewoners huren een zelfstandige woning, waarbij per individu verschillende niveaus van zorg geleverd kunnen worden.

Vanaf 1990 is het woonzorgcomplex aan een opmars begonnen als een meer op de wensen van de moderne oudere toegesneden versie van de al bestaande woonvoorzieningen als aanleunwoning en serviceflat.

Woonzorgcomplexen voorzien in de behoefte aan zelfstandig te wonen met een zekere mate van veiligheid en beschutting en de garantie dat zorg indien nodig voorhanden is. In de praktijk zijn woonzorgcomplexen tot nu toe vrijwel altijd bestemd voor ouderen. In een aantal complexen wordt een combinatie gemaakt met woongroepen voor verstandelijk of lichamelijk gehandicapten.

Woonzorgcomplexen zijn momenteel zeer populair. In Nederland is er geen sprake van leegstand en in veel gevallen bestaan er lange wachtlijsten. In de afgelopen tien jaar zijn meer woonzorgcomplexen 24-uurszorggarantie gaan bieden en wonen er steeds vaker ouderen met een zwaardere zorgbehoefte. Woonzorgcomplexen schuiven meer en meer op de plek van verzorgingshuizen.

De meeste woonzorgcomplexen in Nederland worden in de sociale huursector ontwikkeld. In het buitenland is met name sprake van complexen met een combinatie van koop of dure huur. Gezien de populariteit van woonzorgcomplexen van zowel in Nederland als in het buitenland lijkt er zeker ruimte om meer complexen in het middensegment van de markt te ontwikkelen.

In de meeste woonzorgcomplexen zijn gemeenschappelijke ruimten en/of zorgruimten aanwezig; in 80 procent is er een recreatieruimte.

Bij ruim 70 procent van de complexen is een uitgebreid dienstenaanbod beschikbaar. Alarmering, maaltijdservice en recreatieve bezigheden komen het meest algemeen voor. Ook in 70 procent van de complexen wordt 24-uurs zorggarantie geboden. Meer dan de helft van de bewoners heeft behoefte aan zorg op afroep of 24-uurs zorg en begeleiding.

## 5 Zorghotel

Om te kunnen spreken van een zorghotel, dient er sprake te zijn van de kenmerken van een hotel in combinatie met zorg. Dat betekent:

- 1) de gast verblijft tijdelijk in het zorghotel en gaat in principe terug naar huis;
- 2) in het hotel is er de mogelijkheid van 24 uren zorg- en dienstverlening;
- 3) het verblijf is in een hotelachtige setting, wat inhoudt:
  - a) een servicegerichte organisatie;
  - b) met een comfortabele accommodatie en diverse faciliteiten.

### *Raakvlakken met andere concepten*

Er zijn woonzorglocaties die de naam zorghotel voeren, maar waar geen sprake is van tijdelijk verblijf. Het woord zorghotel wordt dan gebruikt om aan te geven dat men er kan wonen met een luxe pakket van zorg- en dienstverlening. Veelal gaat het hier om initiatieven waar aan bewoners een private financiering gevraagd wordt bovenop de publieke financiering van de zorg.

Een zorghotel kan onderdeel uitmaken van een tweedelijnszorgcentrum. Essentieel voor een tweedelijnszorgcentrum is een expertisecentrum. Daarnaast is als derde functie veelal een beperkte bijzondere verblijfsfunctie aanwezig. Het centrum is nodig als aanvulling op en ter ondersteuning van de zorg in woonzorgarrangementen in de wijk en in woonzorgzones

Er zijn meerdere varianten van zorghotels mogelijk, onder andere op basis van locatie (zelfstandig, als onderdeel van een ziekenhuis, als onderdeel van AWBZ instelling), voor een specifieke doelgroep (vb kraamhotels) en de zogenaamde herstellingsoorden.

In Nederland kennen we al langer herstellingsoorden. Dit zijn zorghotels waar mensen over het algemeen voor een periode van maximaal 6 weken verblijven. Indicaties voor opname zijn o.a.: postoperatief herstel, herstel van ziekte (al dan niet in combinatie met mentale overbelasting), time-out voor chronisch zieken, overbrugging naar verzorgings- of verpleeghuis. Gasten van de herstellingsoorden kunnen gebruik maken van AWBZ financiering. Tevens vergoeden de meeste ziektekostenverzekeraars een gedeelte van de dagprijs<sup>27</sup>.

Wat is nu de toegevoegde waarde van een zorghotel?. Zorghotels bieden een tussenstap tussen ziekenhuis en thuis waardoor mensen eerder het ziekenhuis kunnen verlaten. Dit is een duidelijk voordeel voor de klant die sneller het ziekenhuis kan verlaten en kan herstellen in een prettige omgeving. Tijdelijk verblijf in een zorghotel draagt ertoe bij dat mensen uiteindelijk langer thuis wonen en niet of later verhuizen naar een woonzorgomgeving. Naast deze kwaliteitswinst is er een kostenvoordeel. Ziekenhuiszorg is vanwege infrastructuur en kapitaallasten de duurste verblijfomgeving. De kosten liggen ongeveer vier en een half keer zo hoog als verpleging en verzorging. Een zorghotel kan er derhalve toe leiden dat mensen sneller uit een ziekenhuis gaan wat tot lagere kosten kan leiden.

Mogelijke redenen voor mensen om tijdelijk in een zorghotel te verblijven zijn:

- Na een ziekenhuisopname als tussenstap voordat men weer naar huis gaat, verblijft men enkele dagen tot enkele weken in een zorghotel. Het kan dan gaan om ziekenhuisverplaatste zorg of thuisverplaatste zorg, dat wil zeggen om zorg die anders geboden was in het ziekenhuis respectievelijk de thuissituatie;
- Het thuis wonen met (mantel)zorg is tijdelijk niet mogelijk, bijvoorbeeld bij tijdelijke toename van de zorgvraag, ziekte of overbelasting van de mantelzorger of om ziekte of overbelasting van de mantelzorger te voorkomen. Een tijdelijk verblijf in een zorghotel maakt dat het thuis wonen met (mantel)zorg daarna weer mogelijk is;

<sup>27</sup> <http://www.herstellingsoorden.nl/index.php>

- Vakantie in een aangepaste omgeving met de mogelijkheid van zorg (vergelijkbaar met thuiszorg).

Mogelijke secundaire functies van het zorghotel:

- Overbruggingszorg: bv naar een longstay voorziening als een verpleeghuis;
- Logeerfunctie: bv bij frequent polikliniekbezoek of i.p.v. opname;
- Logeerfunctie familie: vergelijkbaar met logeerhuizen voor familieleden van patiënten op ziekenhuisterreinen;
- Logeerfunctie voor medewerkers: logeerfunctie gecreëerd voor buitenlandse medewerkers of ten behoeve van een trainings- en opleidingsfunctie van de zorginstelling.

Er zijn zorghotels die ook terminale zorg bieden. Het is erg afhankelijk van de aard en sfeer van het zorghotel of deze functie te combineren is.

Bouwfonds is een internationale vastgoedonderneming en behoort tot de grootste vastgoedondernemingen van Nederland. In de publicatie Dossier 18<sup>28</sup> geeft het Bouwfonds de tien belangrijkste aandachtspunten voor integrale woongebieden van de toekomst aan. Naast flexibiliteit en ruimte zijn met name vergrijzing, voorzieningen, vragersmarkt, kwaliteit van leefomgeving en saamhorigheidsgevoel termen die daarin genoemd worden en die terug zijn te vinden in de eerder behandelde woonbehoefte.

Genoemd wordt ook het aspect gated community. Een gated community is een wijk of buurt met een uniforme bebouwing en strikte grenzen. Om de buurt staat een muur of hek en er is een centrale toegang. Een duidelijke afscheiding met de omgeving versterkt het privégevoel<sup>29</sup>. Daarnaast zijn er vaak eigen faciliteiten zoals golfbanen, tennisbanen, zwembad, fitnesscentra, binnenmeren, en natuurgebieden om te recreëren. Het bouwfonds geeft aan dat dergelijke concepten in Nederland niet zullen aanslaan maar dat met name het veiligheidsaspect aanspreekt. Dergelijke gated communities zijn in Spanje, weliswaar op kleine schaal, reeds aanwezig. Echter is bij de eerder genoemde woonvormen altijd het zorg aspect een essentieel onderdeel.

Duidelijk is dat de verschillende woonvormen allen raakvlakken hebben met elkaar. Deze raakvlakken liggen op het gebied van levensloopbestendig zijn van de woningen, luxe uitgerust middels domotica systemen, centraal gelegen met ruim aanbod aan faciliteiten nabij, veilige omgeving en leefomgeving alsmede saamhorigheid moet gewaarborgd zijn. Daarnaast moet zorg voorhanden zijn vanuit vraag van de klant. Deze kan in eerste instantie meer welzijn gericht zijn, doorgroeien naar zorg en uiteindelijk verpleging. Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen ligt in het verlengde van levensloopbestendig.

Aansluitend op de beschreven woonvormen zal in de volgende paragrafen worden ingegaan op de Nederlandse zorgwetgeving, het nieuwe zorgstelsel en de consequenties van het invoeren van de nieuwe zorgverzekeringswet.

---

<sup>28</sup> Bouwfonds, *Woonwijk van de toekomst*, pp. 1-9.

<sup>29</sup> Aalbers, M., *Gated communities. Opvattingen en misvattingen*, pp. 36-39.

### 3.2 De Nederlandse zorgwetgeving

Alvorens in te gaan op de veranderde regelgeving op het gebied van zorgwetgeving zal ten eerste een stukje geschiedenis van de zorgwetgeving worden samengevat waarna de vernieuwde wetgeving uiteengezet wordt en de mogelijke kansen en bedreigingen voor Nederlandse zorgverzekeraars op het gebied van aanvullende verzekeringen.

#### *Geschiedenis zorgverzekering*

De verplichte ziekenfondsverzekering heeft zijn vijfenzestigste verjaardag net niet gehaald. In november 1941 voert de Duitse bezetter het Ziekenfondsenbesluit in. De geschiedenis van de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars gaat echter veel verder terug in de tijd. De eerste fondsen dateren uit de achttiende eeuw maar hebben geen verplicht karakter. Dit heeft tot gevolg dat duizenden Nederlanders onverzekerd zijn en een beroep moeten doen op de armenzorg als ze de hoge uitgaven voor dokter, ziekenhuis of medicijnen niet zelf kunnen betalen<sup>30</sup>.

De geschiedenis van het oude zorgstelsel gaat ver terug in de tijd. Anders dan vaak wordt aangenomen, ontstaan de eerste fondsen niet uit vakbeweging of socialisme. Het eerste initiatief komt uit dezelfde sector die nu weer het heft in handen hebben: de commerciële verzekeraars. De oude ambachtsgilden hebben hun ziekenkassen ('gildebussen'), maar de eerste echte ziekenfondsen worden al opgericht omstreeks 1780. Met deze fondsen richten verzekeringsmaatschappijen en particulieren zich op de 'mindervermogende', mensen die onder de belastinggrens vallen en die bij ziekte een beroep moeten doen op stedelijke of kerkelijke armenfondsen.

De medici zijn niet altijd gelukkig met het beleid van de verzekeraars. Artsen en apothekers richten daarom in 1846 het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam op, dat zorgt voor een vrije artsenkeuze, betere honoraria en een inkomensgrens om voor de artsen de ziekenfonds- van de particuliere praktijk te scheiden. De inkomensgrens, die een hoofdrol speelt in het ziekenfondswezen, is dus al 160 jaar oud.

Timmerlieden uit die tijd zijn aangesloten bij het door dokters gerunde fonds 'AZA', en verzoeken in 1874 om de contributiegelden die ze aan AZA betalen te steken in de bouw van goedkopere arbeidswoningen.

De doktoren uit die tijd waren niet gediend van dit verzoek en gaven als antwoord 'dat de werklieden zich wat meer op hun werk, en wat minder op dagdieverij moesten toeleggen'. Dit gaf de doorslag tot de oprichting van Algemeen Onderling Ziekenfonds Door en Voor Werklieden. De Amsterdamse timmerlieden gaven zo de aanzet tot de oprichting van talloze fondsen in Nederland, waarmee de arbeidsbeweging het lot van de arbeiders wil verbeteren. Deze onderlinge verzekeringen van arbeiders en vakbonden vormen de eerste aanzet van het ziekenfondswezen. Hier ontstond de ziekenfondsverzekering voor de minder bedeelden.

Zoals eerder genoemd wordt tijdens de Tweede Wereldoorlog door de Duitsers het Ziekenfondsenbesluit ingevoerd. Na de Tweede wereldoorlog wordt besloten dit Ziekenfondsenbesluit te handhaven. Ziekenfondsen die de verplichte verzekering uitvoeren moeten door het departement van volksgezondheid worden erkend en toegelaten. Het Ziekenfondsenbesluit creëert een schot tussen verplicht en vrijwillig verzekerden. Met het nieuwe ziektekostenstelsel verdwijnt dit onderscheid: iedereen is verplicht verzekerd. De vrijwilligheid zit hem alleen in de aanvullende verzekeringen.

### 3.3 Nieuw zorgstelsel

Met ingang van 2006 zijn alle Nederlanders met een basisverzekering verplicht verzekerd tegen ziektekosten en verdwijnt het onderscheid tussen particulier- en ziekenfondsverzekerden. De overheid was al lange tijd bezig om tot zo'n volksverzekering te komen. In het Nationaal Archief zijn talloze documenten over de vele pogingen vanaf 1945 te vinden:

<sup>30</sup> <http://nl.wikipedia.org/wiki/Zorgverzekering>

Het lukte eerdere ministers niet. Minister Hoogervorst loodste het plan uiteindelijk door het parlement en iedereen is benieuwd wat uiteindelijk de gevolgen van de nieuwe verzekering zullen zijn.

De Nederlandse zorgverzekering is een wettelijke verzekering voor iedereen. Afhankelijk van het inkomen kan er een tegemoetkoming in de premiekosten worden verkregen, de zogenaamde 'zorgtoeslag'. De verzekering maakt deel uit van het nieuwe zorgstelsel dat op 1 januari 2006 is ingevoerd in Nederland. Vanaf die datum is er geen verschil meer tussen ziekenfonds en een particuliere verzekering<sup>31</sup>.

*Wat houdt de nieuwe zorgverzekering kort samengevat in?*<sup>32</sup>

- Een pakket voor iedereen, het basispakket. Dit pakket komt overeen met het voormalige ziekenfonds. De premie voor dit basispakket bestaat uit de nominale premie, die in 2006 ongeveer 85 euro per maand bedraagt. De zorgtoeslag kan een deel van deze kosten compenseren. Dit is een bijdrage van de overheid die helpt de kosten van de zorgverzekering te betalen;
- Zorgverzekeraars mogen de nominale premie niet differentieren op persoonskenmerken zoals leeftijd of geslacht;
- Daarnaast is er de inkomensafhankelijke premie, die voor werknemers door de werkgevers wordt vergoed. De werknemer betaalt wel inkomstenbelasting over deze vergoeding;
- Er is een verzekeringsplicht. Iedereen die in Nederland woont moet deze verzekering afsluiten;
- Door de acceptatieplicht zullen de zorgverzekeraars iedereen moeten accepteren. Zwaardere risico's worden gecompenseerd door het risicovereveningsmodel, deze hangt samen met de acceptatieplicht;
- Als er minder dan 255 euro zorgkosten zijn gemaakt krijgt men het verschil terug. Huisartsenzorg, verloskundige zorg en zorg aan kinderen (0 tot 18 jaar) tellen niet mee in de berekening van de no-claim teruggave. De regeling komt erop neer dat de premie 255 euro lager is en dat er een eigen risico geldt van 255 euro;
- Voor extra zorg kan men zich vrijwillig bijverzekeren;
- De premie voor het basispakket is afhankelijk van het gekozen eigen risico (tussen 0 en 500 euro). Het eigen risico volgt na de no-claim. Als de no-claim regeling wordt opgevat als eigen risico van 255 euro, dan gaat het hier om een extra eigen risico, dat ook geldt voor huisartsenzorg, enz.

Tevens kan er nu gebruik gemaakt worden van collectiviteiten via een belangenorganisatie. Eerst was dit enkel voor werknemers weggelegd waarvan de werkgever een contract had met een verzekeraar. De nieuwe collectiviteiten worden zogenaamde horizontale collectiviteiten genoemd. Het voordeel hiervan is dat je met een grote groep een verzekering afsluit. En daardoor bijvoorbeeld een premiekorting kan krijgen, of aangepaste aanvullende verzekeringen. Hierop wordt dus hoog ingezet door de grote zorgverzekeraars in Nederland. Zo heeft Azivo hierop ingespeeld door bijvoorbeeld afspraken te maken met de gemeente Zoetermeer voor het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima binnen de Gemeente Zoetermeer.

Andere voorbeelden van collectiviteiten verzekeringen zijn buitenland verzekeringen van zorgverzekeraar Trias. Deze heeft voor verzekerden die in het buitenland wonen en/of werken twee nieuwe polissen ontwikkeld<sup>33</sup>. Beiden kunnen uitsluitend worden afgesloten door mensen die geen verzekeringsplicht hebben op grond van de Zorgverzekeringswet en evenmin op grond van verdragsbepalingen aanspraak kunnen maken op medische zorg ten laste van Nederland (het zogeheten woonlandpakket). De Expat Polis richt zich op de collectieve markt en is bestemd voor in het buitenland werkzame medewerkers van Nederlandse bedrijven die een collectiviteit hebben afgesloten bij Trias.

<sup>31</sup> <http://www.nationaalarchief.nl/nieuws/nieuws/zorgverzekering.asp>

<sup>32</sup> <http://www.denieuwezorgverzekering.nl/Zorgverzekering>

<sup>33</sup> <http://www.trias.nl/consumenten/nieuws/13931?view=Standard>

Maar ook de Spaanse zorgverzekeraars spelen in op de ontwikkelingen van veranderende zorgwetgeving in Nederland. Sanitas S.A. en Bupa International hebben een aantal producten die inspelen op een zorgverzekering afgestemd op de behoeften van Nederlanders woonachtig in Spanje<sup>34</sup>. De inhoud van al deze polissen is te vergelijken met de huidige standaardverzekering, aangevuld met een uitgebreide aanvullende verzekering en een uitgebreide verzekering voor tandartskosten. Daarnaast worden er aanvullende producten ontwikkeld, dit betreffen aanvullende verzekeringen voor verzekerden in het buitenland die wel aanspraak kunnen maken op een woonlandverzekering en zich willen bijverzekeren om zo hun keuzevrijheid van zorgaanbieders te vergroten.

Met de ontwikkeling van deze polissen willen de verzekeraars de onrust onder verzekerden in het buitenland wegnemen. Door de invoering van het nieuwe zorgstelsel dreigden zij tussen wal en schip te raken omdat zij geen aanspraak (meer) konden maken op hun bestaande ziektekostenverzekering. Jaarlijks emigreren duizenden Nederlanders, allen een voorkeur hebbende bij een Nederlandse Zorgverzekeraar verzekerd te blijven en is er een duidelijke markt voor producten op dit gebied. Verzekeraars uit andere landen van Europa, zoals Duitsland, Engeland maar ook verzekeraars uit Spanje, zijn hier al op ingesprongen. In 2006 zijn circa 130.000 mensen vanuit Nederland geëmigreerd, circa 120.000 Nederlanders zijn inmiddels in Spanje gevestigd. In de afgelopen 10 jaren zijn circa 21.000 mensen naar Spanje geëmigreerd en dat is een stijgende lijn<sup>35</sup>.

### 3.4 De consequenties van invoeren nieuwe zorgverzekeringswet (ZvW)

Voor de relevantie met dit onderzoek is het noodzakelijk inzicht te krijgen in de uitgangspunten van de nieuwe zorgverzekeringswet en de invloed die deze wet heeft op de Nederlanders die wonen in het buitenland, en met name Spanje, met betrekking tot wonen, zorg en welzijn. Wat zijn de exacte consequenties van de invoering van de ZvW ten opzichte van de tot dan ook in het buitenland gehanteerde AWBZ bijdragen en welke consequenties zal dit hebben voor mensen die resident zijn of willen worden in Spanje.

In deze paragraaf zal kort de conclusie worden weergegeven van de uiteenzetting over de praktische consequenties van de nieuwe ZvW die is opgenomen in bijlage 2. Aan de hand van een aantal voorbeelden zal daar duidelijk worden gemaakt op welke wijze zorgverzekeraars in kunnen gaan spelen op de behoefte die met de invoering van de nieuwe ZvW is ontstaan.

Zichtbaar wordt dat er een steeds verdere deregulering vanuit de overheid ontstaat. Als belangrijkste conclusie kan worden gezien dat door de wijzigingen op gebied van zorgwetgeving in Nederland de kosten van aanvullende zorg uiteindelijk door de afnemer zelf betaald zal moeten gaan worden. Onder andere de kosten van bijvoorbeeld de 'AWBZ-zorg' worden nu linksom of rechtsom grotendeels afgewenteld op de klant. Dit is minder erg dan het lijkt omdat verzekerden in het buitenland geld overhouden in vergelijking met Nederlandse verzekerden. Zij betalen namelijk geen AWBZ-premie en geen eigen bijdrage voor de AWBZ. Ook is de premie voor de basispolis van de ziektekostenverzekering lager omdat de mogelijkheid ontbreekt achteraf de no-claimkorting te verrekenen.

Bovendien betalen Nederlanders in het buitenland geen inkomensafhankelijke eigen bijdrage (maximaal 15% van het gezamenlijk verzamelinkomen). Daar tegenover staat dat zij mogelijk wel extra kosten zullen maken voor een aanvullende ziektekostenverzekering. Maar al met al hebben Nederlanders in het buitenland een aanzienlijk financieel voordeel ten opzichte van mensen die in Nederland blijven of naar Nederland terugkeren. Bovendien is de zorg in landen zoals Spanje of Turkije veel goedkoper dan de zorg in Nederland en vaak van vergelijkbare of zelfs betere kwaliteit. Dit biedt mogelijkheden om de benodigde zorg zélf in te kopen. Kortom, wie permanent in het buitenland verblijft zal particuliere zorg willen inkopen, al dan niet via een aanvullende verzekering. Ook zullen nieuwe buitenlandse woonzorg ontwikkelingen rekening moeten houden met een versobering van deze aanvullende financiering.

<sup>34</sup> <http://www.spanjepolis.nl>

<sup>35</sup> <http://www.cbs.nl>

Daarnaast blijkt dat vanaf 1-1-2006 een ziektekostenverzekering met buitenlanddekking in feite niet meer nodig is. Men kan immers in alle gevallen gebruik maken van het standaard pakket dat bijvoorbeeld de Spanjaarden zelf hebben, eventueel aangevuld met een aanvullende verzekering. Op woonparken of binnen woonzorgcomplexen heeft men bijvoorbeeld een Nederlandse huisarts en fysiotherapeut die ingeschreven zijn bij de Sociale Verzekering in Spanje, recht op poliklinische zorg en ziekenhuisopnames in een nabijgelegen ziekenhuis en daarnaast Nederlandse zorg in de eigen woning.

### 3.5 Financiële analyse

De financiële analyse is bedoeld op hoofdlijnen inzichtelijk te maken of er qua stichtingskosten van een woonzorgcomplex grote verschillen zijn tussen Nederland en Spanje, daarnaast wordt gekeken welke services en diensten er worden aangeboden op bestaande woonzorgcomplexen en hoe deze financieel zijn opgebouwd. De eindgebruiker zal dan voor zich zelf de kosten afweging maken tussen de premie besparing op verzekeringsgebied met daar tegenovergezet een bijdrage in servicekosten waar een pakket aan services en diensten tegenover staat, al dan niet met zorg. Commercieel gezien kan een verzekeraar hierop inspelen.

Feit is dat het zeer moeilijk is om met de verkregen informatie een betrouwbare financiële verantwoording te kunnen geven. In Nederland is veel informatie beschikbaar en is in het verleden reeds onderzoek gedaan naar bijvoorbeeld de financiering van woonzorg complexen<sup>36</sup>. In Spanje is daar geen informatie voor beschikbaar. Wel is onder andere contact gezocht met reeds bestaande woonzorgcomplexen of complexen die enigerlei wijze gerelateerd zijn aan wonen, zorg en welzijn in Spanje. Deze paragraaf geeft een weergave van de belangrijkste uitgangspunten alsmede een samenvatting van de uitkomsten.

#### *Vergelijking Stichtingskosten Nederland en Spanje*

Voor de nauwkeurige berekening van dit onderdeel verwijs ik u naar bijlage 3 alwaar de uitwerking is opgenomen. Onderstaande paragraaf is slechts de conclusie die uit de uitwerking wordt getrokken.

Voor het vergelijken van de bouwkosten tussen Spanje en Nederland ben ik in eerste instantie uitgegaan van de in Nederland gehanteerde opzet voor het berekenen van deze kosten gezien de belangen van de Nederlandse Zorgverzekeraars. Het College Bouw Zorginstellingen is daarbij het orgaan die jaarlijks kengetallen opstelt.

Als conclusie trekt het College bouw Zorginstellingen in haar bouwkostennota 2006 dat de bouwkostennormen per m2 Bruto vloeroppervlak voor AWBZ-voorzieningen categorie licht tussen de €1.086,- en €1.232,- per m2 wordt vastgesteld. Daarnaast wordt gesteld dat de in de gezondheidszorg gehanteerde uitgangspunten aansluiten bij het in andere bouwsectoren gehanteerde kostenniveau en daarmee hantering van deze kengetalen rechtvaardigd. De in het onderzoek geconstateerde hoge eenmalige kortingen van aannemers zullen in de nabije toekomst naar men verwacht minder voorkomen, gezien het aantrekken van de economie en de bouwmarkt. De genoemde stichtingskosten per m2 komen in Nederland uit op €1.800,- tot €1.900,- per m2. De kosten in Spanje liggen beduidend lager, tussen de €1.000,- en €1.100,- m2. Bij de hantering van de deze kosten moet in ogenschouw worden genomen dat infrastructuur en afwerking van omgeving niet is opgenomen.

Afgelopen jaar is de gemiddelde waarde van een Spaanse woning met circa 7% gestegen, de laagste stijging in de afgelopen jaren. De rente stijgt op dit moment ook langzaam wat zijn invloed heeft op de verkoop van woningen.

Qua locatie keuze voor dergelijk complexen is een goede bereikbaarheid en dichtbij faciliteiten van derden van groot belang. Dicht bij zee, golfbanen, maar ook medische voorzieningen op korte afstand zijn zaken die bij de locatie keuze moeten worden meegenomen. Dit zijn zowel de uitgangspunten van de zorgverzekeraars, exploitanten maar ook de eindgebruiker.

<sup>36</sup> Dalen, B. van, Stofberg, R. & Harkes, D., *Onderzoek Financiering woonzorgcomplexen. Eindrapportage*, pp.5-6.

### *Servicekosten*

Maar het zijn niet alleen de stichtingskosten die het financieel aantrekkelijk moeten maken maar met name ook de exploitatiekosten. In deze kosten zijn namelijk de faciliteiten terug te vinden die het welzijn aspect versterken maar waar ook indien aanwezig de zorg in kan zijn opgenomen.

Bij geen van de instellingen heb ik kunnen achterhalen of de servicekosten conform NEN rubricering zijn opgebouwd. Allen hebben een commerciële omschrijving van de servicekosten uiteengezet en deze worden in contractvorm met bewoners opgenomen.

Wel zijn in tabelvorm de verschillende servicekosten van de instellingen naast elkaar gezet. Zoals gezegd is er geen uitspraak te doen over de exacte verschillen. Wel is duidelijk geworden dat op alle parken vergelijkbare diensten en services worden aangeboden tegen behoorlijk verschillende tarieven. Met name de zorggarantie wordt op alle parken geleverd en maakt ongeveer voor een derde deel uit van de totale servicekosten. De commerciële partij overweegt geen zorggarantie af te geven aangezien zij willen gaan inspelen op een andere bewonersdoelgroep. Daarnaast overwegen ze wel een zorgloket c.q. servicepoint in te richten waar bewoners begeleid worden bij diverse zorg aspecten die ook op de ander parken worden geleverd.

De facilitaire voorzieningen zijn een productiemiddel voor een organisatie waarvan de kosten expliciet gestuurd moeten worden. Voor een goede sturing is adequate managementinformatie nodig en een correcte wijze van rubricering.

Middels de NEN 2748<sup>37</sup> (facilitaire rubricering) en de NEN 2632<sup>38</sup> (exploitatiekosten) kunnen de facilitaire en daarmee de servicekosten eenduidig worden geregistreerd en dit kan leiden tot kostenbeheersing. Bovendien helpt deze norm overeenkomsten te sluiten volgens de systematiek van de norm. Daarmee wordt sturing op uitbesteding vereenvoudigd en voor de toekomstige facilitaire organisatie is dit noodzakelijk.

De uitkomsten van de norm gebruikt men vervolgens voor interne kostenvergelijking, afwegingen die leiden tot koop of operational lease en externe kostenvergelijking c.q. benchmarking.

Echter een belangrijk aspect bij de interpretatie van de genoemde kosten zijn de verschillende wetgevingen heersend in beide landen.

Een te noemen voorbeeld hierbij is de verplicht ingevoerde Lange Termijn Huisvestings Plan<sup>39</sup> (LTHP) voor huisvesting in de gezondheidszorg in Nederland.

Nederlandse zorgorganisaties zijn met ingang van 2004 van overheidswege verplicht gesteld om een dergelijk huisvestingsplan op te stellen. Dit document stelt de zorgorganisatie in staat om de consequenties van het gekozen beleid te vertalen naar onder andere de benodigde huisvesting.

Echter, dergelijk LTHP biedt meer mogelijkheden dan allen maar gebruikt te worden als verplicht document. Het kan ook gebruikt worden als intern managementinstrument, bijvoorbeeld bij controle (ontwikkeling en uitvoering van) planprocessen.

Kortom, het Lang Termijn Huisvesting Plan is een beschrijving van de toekomstplannen van de zorginstelling. Beleid en zorgvisie zijn bepalend voor de continuïteit en de kwaliteitsgarantie. Beleid en zorgvisie bepalen dan ook de organisatievorm en huisvestingsvormen. Juist bij de ontwikkeling van nieuwe woon-zorg en welzijn concepten zal een Lange Termijn Huisvestings Plan steun en richting geven bij te nemen beslissingen en is een duidelijke rol weggelegd voor de facilitair manager van de exploiterende instelling.

## **3.6 Facilitaire diensten in de zorgsector**

De vraag naar facilitaire dienstverlening is de afgelopen jaren in de zorgsector fors toegenomen. De verwachting is dat deze vraag in de toekomst zal blijven stijgen. Vooral de extramurale vraag naar alarmering, maaltijden en aanvullende en volledige verzorgingshuiszorg zal toenemen<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Krimpen, J. van, *Facility Management in perspectief*, pp. 22.

<sup>38</sup> Es, W. van de & Groenevelt, B., *Accomodatiemangement* 3, pp. 38-45.

<sup>39</sup> NVZ, *Deregulerings WZV*, pp. 36-37.

<sup>40</sup> Wever, I. & Coolen, J., *Onderzoek naar verzorgingshuizen*, pp. 13.

Ook is deze trend zichtbaar bij de reeds bestaande en in ontwikkeling zijnde woon-zorgcomplexen in het buitenland waar diverse faciliteiten worden uitbesteed. Onder andere zal al vroegtijdig bij de conceptontwikkeling van woon-zorg-welzijncomplexen bij dit aspect moeten worden stilgestaan.

Facilitaire diensten zullen in moeten spelen op deze veranderende omgeving en vraag. Dit zal consequenties hebben voor de opzet en aansturing van het facilitaire diensten pakket.

In deze paragraaf zal een korte beschrijving worden gegeven van facilitaire organisaties zoals deze bij huidige Nederlandse zorginstellingen veel gehanteerd wordt en wordt tevens ingegaan welke organisatorische consequenties de veranderende omgeving heeft op de structuur van een facilitaire organisatie.

De organisatorische structuur van de facilitaire dienst wordt bepaald door twee dimensies.

Enerzijds door de afdelingsvorming, hoe kunnen de facilitaire processen gedifferentieerd worden, anderzijds door de keuze tussen centraal of decentraal aansturen van de diensten.

Deze twee dimensies hebben betrekking op de relatie met het primaire proces en de interne en externe structuur van de facilitaire dienst.

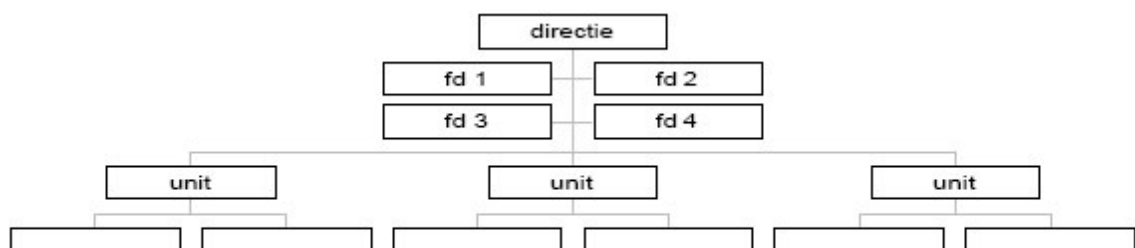
In de praktijk betekent (de)centraliteit in een facilitaire omgeving twee dingen die enerzijds verschillend zijn, maar tegelijkertijd ook samenhangen:

1. De mate waarin op operationeel niveau een afdeling relatief zelfstandig (inhoudelijk en veel verantwoordelijkheden) kan opereren, ten opzichte van een centrale facilitaire leiding;
2. De mate waarin de facilitaire dienst en/of producten daarvan centraal aan de primaire organisatie gekoppeld is of zijn.

Hieronder zullen twee facilitaire organisatiemodellen die in de praktijk veel voorkomen, het traditionele en het FM-model, beschouwd worden op basis van afdelingsvorming en centraliteit. Daarna zal een derde organisatiemodel, waarin beide dimensies gecombineerd zijn, beschreven worden.

### ***Het traditionele model***

Bij het traditionele model<sup>41</sup> is er sprake van min of meer los van elkaar staande, aparte facilitaire afdelingen per traditioneel-specialistisch facilitair deelproces. De divisies van het primaire proces, welke dat zijn is afhankelijk van de organisatie, communiceren rechtstreeks met de facilitaire afdelingen.



*Figuur 2: Traditionele facilitaire organisatie*

Nadelen van dit model:

- de coördinatie is matig; duidelijke regelgeving ontbreekt vaak in deze structuur, terwijl dit juist de coördinatie kan compenseren en kan laten leiden tot bureaucratie;
- er zijn weinig aanleidingen tot kostenbeheersing en kwaliteitszorg bij de facilitaire onderdelen, doordat de regelgeving en stimulans vanuit de top ontbreekt.

<sup>41</sup> Krimpen, J. van, *Facility management in perspectief*, pp. 108.

Voordelen van dit model:

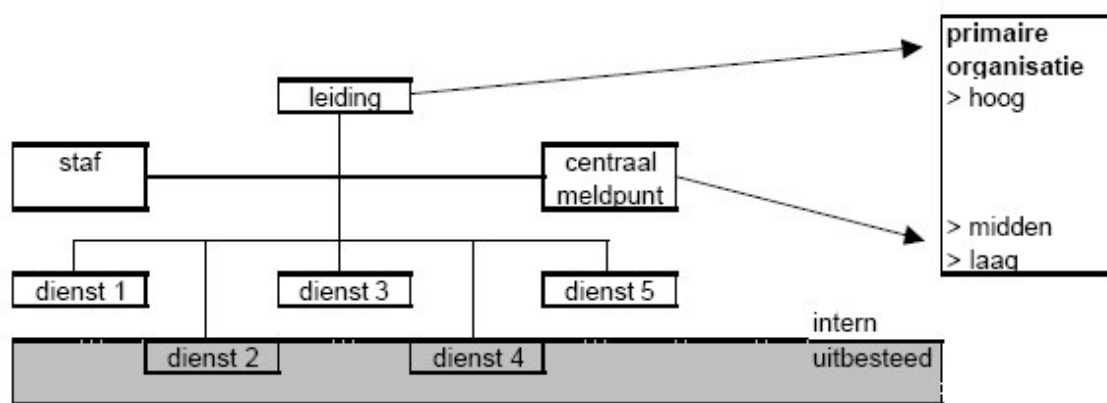
- Weinig facilitaire overhead; iedere afdeling is afzonderlijk en geen onderdeel van een facilitaire afdeling waaraan verantwoording zou moeten worden afgelegd;
- Door de betrekkelijke zelfstandigheid in het werk en de contacten met het primaire proces, zijn de arbeidstevredenheid en het verantwoordelijkheidsgevoel vaak groot.

### Het FM-model

Ten opzichte van het traditionele model zijn er alleen aanpassingen in de formele (top)structuur van het management. De belangrijkste daarvan zijn:

- Alle afdelingen zijn bijeengevoegd onder een eenhoofdig management, dat dicht onder het bestuur zit en nauw op is gehangen aan de primaire organisatie;
- Communicatie met het primaire proces is geheel of grotendeels gecentraliseerd;
- Er is vaker sprake van doorbelasting van de kosten van bepaalde facilitaire diensten en producten naar afnemende eenheden binnen het primaire proces;
- Er kan sprake zijn van uitbesteding van één of meer onderdelen, of soms van het gehele facilitaire pakket.

Dit model wordt ten opzichte van het traditionele model gekenmerkt door een aanzienlijk hogere mate van centraliteit, zowel intern als in relatie met de primaire organisatie.



*Figuur 3: Het FM-model*

Nadelen (ten opzichte van traditionele model):

- de facilitaire overheadkosten zijn hoog, ook in het geval van een hoge mate van uitbesteding; doordat iedere dienst verantwoording moet afleggen aan de leiding;
- er kunnen communicatiestoornissen en vertragingen optreden doordat er veel informatie voor het management en/of centraal meldpunt bestemd is.

Voordelen:

- bij grootschalige, complexe situaties kan het voor klant duidelijker en prettiger zijn om met één facilitair loket te werken;
- het management is direct betrokken bij ontwikkelingen en strategische besluitvorming in de primaire organisatie en kan daarop snel het facilitaire beleid op aansluiten;
- bij doorbelasting van facilitaire kosten ontstaan er prikkels voor kostenbeheersing en kwaliteit<sup>42</sup>.

### *De Contingente maatorganisatie*

De contingente organisatie benadering is ontstaan vanuit de ontwikkeling van diverse managementmodellen. Management goeroes van de gesloten systeembenadering waren Taylor en Fayol. Later is ook de open systeem benadering ontwikkeld.

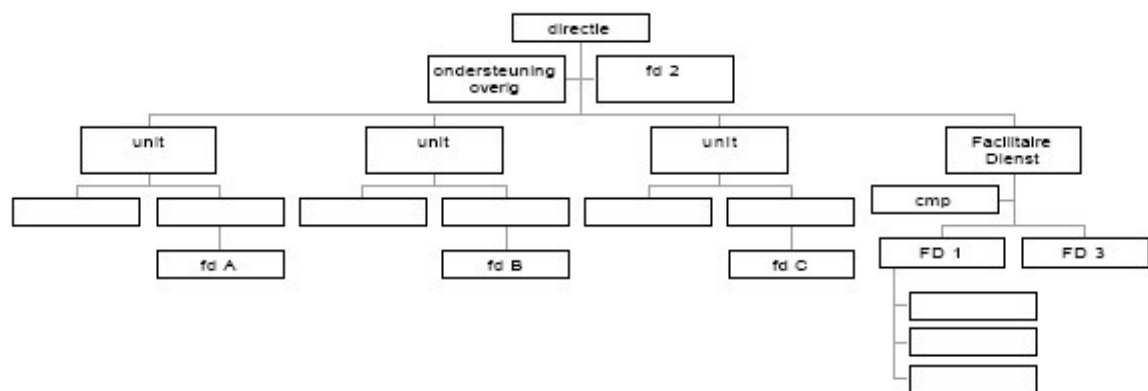
<sup>42</sup> Krimpen, J. van, *Facility Management in perspectief*, pp. 110.

De contingentiebenadering is een stroming die het verband tussen omgeving en interne organisatie onderzoekt. Dit betekent dat de effectiviteit van een organisatie afhankelijk is van de mate van aansluiting bij de omgeving. Het handelen van de organisatie, met name de managers, is afhankelijk van de factoren: omvang van de organisatie, technologie, omgeving en individuen<sup>43</sup>.

De kern van de contingente maatorganisatie voor de facilitaire organisatie van een instelling is dat per situatie en per facilitaire activiteit op grond van een analyse van de contingenties bewust en weloverwogen gekozen wordt voor:

- het (her)groeperen van deelactiviteiten (van een gegeven assortiment) tot zinvolle combinaties in afdelingen;
- het al dan niet gedifferentieerd structureren van de facilitaire eenheden is afhankelijk van de mate van centraliteit: zowel intern als ten opzichte van de primaire organisatie.

Dit kan leiden tot een mengvorm waarin sommige facilitaire activiteiten worden gehandhaafd bij een stafdienst, andere activiteiten worden ondergebracht in een centrale facilitaire dienst, maar waarin ook een aantal activiteiten verregaand wordt 'gedetacheerd' naar het primaire proces.



*Figuur 4: Contingente mix*

In de praktijk bestaat dit model nog niet of nauwelijks. Over de voor- en nadelen van dit model, kan gezegd worden dat, afhankelijk van de juiste invulling per situatie, de voordelen van de modellen één en twee worden verenigt en het in principe geen nadelen kent. Voor het topmanagement zouden de verschillende mengvormen op de dimensie centraal-decentraal wellicht in eerste instantie verward kunnen zijn. Er zal wel geïnvesteerd moeten worden in scholing van personeel voor de soms noodzakelijke bredere functies<sup>44</sup>.

### ***De toekomstige doelstelling***

Bij de huidige, in de meeste gevallen nog intramurale, verzorgingstehuizen is momenteel nog zichtbaar dat de huidige vraag en aanbod tussen klant en de facilitaire organisatie is gebaseerd op gedwongen winkelnering. Dat wil zeggen dat indien een klant met een zorgindicatie zorg nodig heeft, men veelal gedwongen is om het gehele dienstenpakket af te nemen bij de (zorg)instelling waar hij woonachtig is. Dit betreft naast zorg ook huisvesting en de facilitaire dienstverlening. Het aanbod wordt vaak bepaald door het budget wat door de organisatie voor de facilitaire diensten ter beschikking wordt gesteld. Uiteraard is er sprake van serviceverlening maar de servicegerichtheid beperkt tot de genoemde diensten en de taken van de dienstverleners zijn ingekaderd. Dit is terug te zien in de organisatiestructuur van de instellingen die veelal traditioneel zijn of van het FM-model zijn afgeleid.

Met name door de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg, overheidsbeleid en een meer vraaggestuurde markt, heeft de klant de mogelijkheden gekregen om zelf zorg in te kopen. De gedwongen winkelnering zal dus geleidelijk verdwijnen in deze zorgmarkt. Zeker in combinatie met een meer welzijn gestuurde vraag. Facilitaire diensten van zorginstellingen zullen hierdoor gedwongen worden om het aanbod aan diensten aan te passen aan deze veranderende markt en nog klantgerichter moeten gaan denken en werken.

<sup>43</sup> Quinn, R.E. e.a. (2004), *Handboek Managementvaardigheden*, pp.10-16.

<sup>44</sup> Krimpen, J. van, *Facility Management in perspectief*, pp. 125-126.

De doelstelling van een facilitaire organisatie bij wonen-zorg- en welzijninstellingen is het primaire proces te ondersteunen bij het uitvoeren van haar taak door het leveren van een optimale dienstverlening op het gebied van huisvestingsfaciliteiten, welzijnsfaciliteiten en ondersteuning bij de zorgdienstverlening. Daarbij moet binnen randvoorwaarden worden uitgegaan van een klantgerichte benadering die gebaseerd is op een marktgerichte en flexibele aanpak.

Wel zijn er een belangrijke aspecten te onderscheiden, de eerste is het personeel. Er worden hoge eisen gesteld aan de inzetbaarheid. Flexibiliteit en maatwerk vragen aanpassingsvermogen van de medewerkers. Ten eerste een complete dienstverlening uitgevoerd door medewerkers op lager niveau in de organisatie die direct kunnen onderhandelen en afstemmen met de klant vraagt een brede kennis van zaken. Flexibiliteit wordt gevraagd ten aanzien van de werktijden indien deze afwijken van de reguliere werktijden. Daarnaast is de flexibiliteit ook terug te herleiden naar de inhoud van de werkzaamheden en de wijze van invulling ervan. Breed opgeleide en inzetbare mensen, separaat functionerende afdelingen of zelfsturende teams zijn mogelijkheden in te spelen op separate diensten ter aanvulling van het primaire proces.

### ***Eigen beheer of uitbesteden***

In veel zorginstellingen wordt een deel van de facilitaire diensten uitbesteed. De keuze tussen het in eigen beheer houden of het uitbesteden van diensten hangt niet af van het soort zorg dat wordt aangeboden. Echter geeft de vraag vanuit de klant, de keuze om facilitaire diensten uit te besteden en geeft dit een andere invulling aan de structuur van de traditionele en FM organisatiestructuren. De contingente maatschappij is in dat opzicht veel flexibeler en er kan organisatorisch ingespeeld worden op de veranderende vraag vanuit de klant. Aanleidingen voor dergelijke “make or buy” beslissingen zijn: productontwikkeling, ontevreden over leveranciers, afzetveranderingen, kostenbeheersing en flexibiliteit en strategische heroverweging van kernactiviteiten<sup>45</sup>.

Er zijn enkele redenen op te noemen waarom een instelling zou kunnen gaan uitbesteden.

- Met uitbesteden van diensten zou een instelling financieel voordeel kunnen behalen. Het externe bedrijf zou goedkoper kunnen zijn door specialisatie, schaalvoordeel en de lagere salarissen van het personeel;
- Door de specialisatie van de externe zou de kwaliteit beter kunnen zijn;
- Doordat men bij uitbesteding weinig tot geen uitvoerend personeel meer in dienst heeft kan dit een ontlasting voor het management betekenen.

Als men besluit tot uitbesteding over te gaan, heeft men (wellicht) eigen personeel in dienst, dat bij uitbesteding overbodig wordt. Hier zijn een aantal juridische consequenties aan verbonden, evenals aan het afsluiten van contracten met externe leveranciers. Daarnaast kan uitbesteden enkele problemen met zich brengen:

- Verwachte werkdrukvermindering voor het management door minder personeel valt tegen door lastigere aansturing van de leidinggevenden van het externe bedrijf;
- Tevens kunnen er door het toenemen van het aantal partijen communicatiestoornissen ontstaan;
- Achterblijven van training, scholing en ontwikkeling van de medewerkers van uitbestede diensten kunnen leiden tot minder gemotiveerde krachten;
- Men dient er bij uitbesteding voor te waken dat men niet te afhankelijk wordt van de externe partijen.

Voor het in eigen beheer houden van diensten worden argumenten aangedragen als:

- Een betere kwaliteit;
- Meer zeggenschap;
- Bekendheid met de organisatie;
- Flexibeler in kunnen spelen op de behoeften.

<sup>45</sup> Gelderman, C.J. & Albronda, B.J., *Professioneel inkopen*, pp. 156.

Een instelling die zorg en facilitaire diensten intramuraal en extramuraal aanbiedt, zal een keuze moeten maken, in eigen beheer of juist diensten uitbesteden. De afweging zal gebaseerd moeten zijn op de benadering van de klant, de servicegerichtheid en de organisatiestructuur van de gehele organisatie alsmede de facilitaire organisatie. Maar met name de interdependentie van de diensten met het primaire proces van de organisatie.

### 3.7 De toekomstige facilitaire organisatie

Naast de eerder beschreven inzichten en theorieën van in de opzet van facilitaire organisaties is het tevens van belang te kijken naar de toekomst. We leven in een wereld die mede door technologieën snel veranderd en derhalve is het noodzakelijk stil te staan bij de invloeden vanuit de externe omgeving van facilitaire organisaties. Zoals eerder aangegeven zullen op basis van de SWOT-analyse alsmede Scenarioplanning<sup>46</sup> de conclusies worden getrokken op basis waarvan bepaald kan worden hoe de toekomstige facilitaire organisatie opgezet en ingericht kan worden om in te kunnen spelen en rekening te houden met veranderingen in de omgeving.

Uit zowel de literatuurstudie, de interviews en de ingevulde matrices is informatie verkregen over de algemene situatie van een facilitaire organisatie van een woonzorginstelling nu en eventueel voor de toekomst. Aan de hand van deze gegevens is een SWOT-analyse gedaan en kunnen een aantal conclusies worden getrokken over de sterke en zwakke kanten alsmede de kansen en bedreigingen voor de facilitaire organisatie. De SWOT-analyse bekijkt met name de huidige situatie. Echter met een bredere blik kijken naar toekomstige trends en ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op de organisatie is. Scenarioplanning een geschikt instrument. Derhalve zijn aan de hand van scenarioplanning de toekomstverwachtingen gescand. De SWOT-analyse is uitgewerkt in bijlage 4 en de scenarioplanning in bijlage 5. Hieronder worden van beide analyses de resultaten weergegeven.

#### ***Conclusie SWOT-analyse facilitaire organisatie woon-zorg- en welzijninstelling***

Uit de SWOT-analyse van de facilitaire diensten op basis van de theorie en de afgenomen interviews kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

1. De contingente facilitaire organisatie heeft de mogelijkheden eenvoudig in te spelen op de invulling van de secundaire proces binnen de organisatie en de veranderende vraag in de toekomst;
2. Bredere inzet van personeel en het bewustzijn van het primaire proces van de organisatie is daarbij zeer belangrijk en doorslaggevend voor de continuïteit van de organisatie;
3. De sterkte is direct de zwakte: flexibiliteit van personeel qua inzet en beschikbaarheid op flexibele werktijden zijn tegenstrijdig en zal belangrijk zijn bij het aannemen van het personeel.

#### ***Conclusie Scenarioplanning facilitaire organisatie woon-zorg-welzijninstelling***

Door het toepassen van Scenarioplanning wordt er voor de facilitaire organisatie een strategie bepaald, rekening houdend met de veranderlijkheid van macro factoren, zoals de economische groei, trends onder consumenten, politieke factoren en dergelijke<sup>47</sup>.

Zoals eerder aangegeven is scenarioplanning opgebouwd uit de volgende stappen:

- Definieer de scope & tijdsraam alsmede de belangrijkste stakeholders;
- Identificeer basis trends en onzekerheden van invloed op de scope vastgesteld in voorgaande stap;
- Construeer initiële scenario's;
- Check de robuustheid van de scenario's;
- Vertaal de scenario's naar huidige activiteiten en strategie.

<sup>46</sup> Dressens, D. & Oude Luttikhuis, S., *Scenarioplanning: een manier om uw strategie dynamischer te maken*, pp.1-10.

<sup>47</sup> Kotler, P. e.a., *Principes van Marketing. De Europese editie*, pp. 120-142.

Voor dit onderzoek is de scenarioplanning uitgewerkt in bijlage 5. Hierna volgen de vier belangrijkste conclusies van de scenarioplanning:

- Er moet worden uitgezocht welk concept men als aanbieder wil gaan nastreven op basis van de doelgroep/bewoners en hen te verwachten wensen en eisen ten aanzien van de drie concepten wonen, zorg en welzijn. Belangrijk aspect is het verdiepen en uitwerken van de huisvestingskosten met als specifieke onderdelen de exploitatiekosten, specifieke kosten en verzorgingskosten. Daarbij moet de exploitatiekosten leidend zijn bij de keuze van opzet in plaats van de stichtingskosten of investeringskosten;
- Zorg heeft wel degelijk een groot effect op ten eerste het woonconcept en de commerciële aspecten ervan. Als organisatie die welzijn aanbiedt zal men zich terdege bewust moeten zijn dat zorg uiteindelijk ook gevraagd zal worden. Maar ook de inrichting van de gehele organisatie is afhankelijk daarvan. De contingente maatorganisatie maakt het mogelijk zorg zodanig aan te bieden als onderdeel van het primaire proces, dat flexibel kan worden ingesprongen op de wensen en eisen van de klant. Dit geldt uiteraard ook voor de overige welzijnsdiensten;
- Vroegtijdig moet een strategie worden bepaald op welke wijze de organisatie zorg als maatwerk wil gaan aanbieden of dat samenwerkingsverbanden met derden kunnen worden opgezet. Dit moet bij de concept keuze worden verdiept en uitgewerkt;
- In de planvormingfase zal derhalve bewust rekening gehouden moet worden met de consequenties op huisvestingsniveau (woonvormen c.q. aanpassingsmogelijkheden) men verkiest te realiseren vanuit een haalbare exploitatie van woningen en faciliteiten rekening houdend met een (toekomstige) vraag naar zorg.

#### *Samenvatting de toekomstige facilitaire organisatie*

Door meer maatwerk op zowel huisvestingsgebied, welzijn en zorg is de breed georiënteerde organisatie in het voordeel. Vroegtijdig zich bewust zijn van strategische keuzes op basis van eenduidige financiële gegevens voorkomt missers in een vroeg stadium. De facilitaire organisatie kan hier ondersteuning bieden en vroegtijdig meedenken bij de opzet en uitwerking van dergelijke concepten waar duidelijk geen vaste stappenplannen voor zijn.

Daarnaast kan de facilitaire organisatie strategische keuzes vertalen naar helder geformuleerde doelstellingen en meetbare kengetallen op basis waarvan een gezonde exploitatie haalbaar is. Te denken hierbij valt aan beleidsvorming, conceptkeuze (aanpassing), ondersteuning bij bouwfasen, Lange Termijn Huisvestings Plannen, VVE oprichten, allen gerelateerd aan de uiteindelijke exploitatie die gedaan zal worden door deze organisatie met een brede visie die in kan spelen op een veranderende markt.

De facilitaire dienst zal bij instellingen, geënt op het welzijnsaspect, meer geïntegreerd zijn dan bij zorginstellingen zonder of met minder welzijnsvoorzieningen. Dit zal ook duidelijker omschreven moeten worden als zodanig. De facilitaire taken worden uitgevoerd door facilitaire medewerkers, die gedetacheerd ondergebracht zijn bij de diverse onderdelen van het primaire proces. Daarmee komt de contingente maatorganisatie naar voren. Deze inrichting van facilitaire organisatie versterkt de toegevoegde waarde van de facilitaire organisatie aangezien informatie aan het management kan worden verstrekt ten aanzien van het functioneren van de gehele organisatie en vingerwijzingen van een verandering in het primaire proces. Dit geeft mogelijkheden op correcte wijze te anticiperen en bij te sturen. Deze specifieke kennis bepaalt de toegevoegde waarde van de facilitaire organisatie en onderscheidt de gehele organisatie van de concurrenten.

De missie en visie ten aanzien van welzijn en zorg bepalen met name wanneer, wat en hoe diensten of services gedecentraliseerd opgezet gaan worden. Uiteraard vanuit de vraag van de bewoner. De rol van de facilitaire organisatie is ondersteunend op strategisch, tactisch en operationeel niveau, in de toekomst op een aantal aspecten direct onderdeel van het primaire proces.

## **Samenvatting de trend Wonen, Zorg en Welzijn.**

Duidelijk is dat de verschillende woonvormen allen raakvlakken hebben met elkaar. Deze raakvlakken liggen op het gebied van levensloopbestendig zijn van de woningen, luxe uitgerust middels domotica systemen, centraal gelegen met ruim aanbod aan faciliteiten nabij, veilige woon- en leefomgeving. Het sociale- en saamhorigheidsaspect wordt als zeer belangrijk ervaren en moet gewaarborgd zijn. Daarnaast wordt zorggarantie aangeboden of moet zorg dichtbij voorhanden, zowel vraag- als aanbodgestuurd. Zorg kan voortkomen uit welzijn, en uiteindelijk doorgroeien naar verpleging. Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen ligt in het verlengde van levensloopbestendig. Naast de genoemde raakvlakken kunnen de verschillende woonvormen ook naast elkaar voorkomen in wijkvormen of meer gesloten gemeenschappen.

Tevens is gekeken welke invloed de nieuwe zorgwet heeft op de Nederlanders die wonen in het buitenland, en met name Spanje. Deregulering van de Nederlandse overheid door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet heeft ingezet dat kosten van aanvullende zorg door de afnemer zelf betaalt zullen gaan worden. Verhoudingsgewijs houden de in het buitenland wonende verzekerden geld over ten opzichte van de in Nederland verblijvende verzekerden of terugkerende mensen, ondanks kosten van een aanvullende verzekering. Desalniettemin kan men wel gebruik maken van Nederlandse zorg in de eigen woning aangeboden op de wooncomplexen door in Spanje ingeschreven Nederlandse artsen en fysiotherapeuten. Bovendien is de zorg in Spanje veel goedkoper dan in Nederland en vaak van vergelijkbare of zelfs betere kwaliteit. Dit biedt mogelijkheden om de benodigde zorg zelf in te kopen. De groep Nederlanders woonachtig in Spanje is aanzienlijk en de verwachting is dat deze alleen maar toeneemt. In het buitenland wonen is besparen op nederlandse zorgpremies of zien als een compensatie van de servicekosten op een woonzorg park.

Vergelijken van de stichtingskosten blijkt lastig te zijn. Op basis van gegevens van het College bouw Zorginstellingen en deze doorvoerend naar de stichtingskosten laat zien dat de kosten per m<sup>2</sup> in Nederland uitkomt op €1.800,-- tot €1.900,-- per m<sup>2</sup>. De kosten in Spanje liggen beduidend lager, tussen de €1.000,-- en €1.100, -- m<sup>2</sup>.

Duidelijk is geworden dat er een behoorlijk onderscheid is in de opbouw en hoogte van de servicekosten. Geen van de instellingen hanteert vooralsnog een NEN 2748 opzet van de facilitaire voorzieningen kosten waarmee nauwkeurig vergelijken van de basisgegevens onmogelijk is. Wel worden alle kosten doorbelast aan de eindgebruikers en afgerekend op de daadwerkelijk gemaakte kosten. De zorggarantie is een klein onderdeel van de servicekosten maar wel een wezenlijk deel en belangrijk voor een bepaalde doelgroep of bewonersgroep die voor het woonconcept kiest. Keuze vrijheid in zorgafname wordt echter niet gegeven. Feitelijk kies je als eigenaar of gebruiker voor een woonconcept met de op het park aanwezige zorg, diensten en services.

Qua locatiekeuze voor dergelijk complexen is een goede bereikbaarheid en dichtbij faciliteiten van derden van groot belang. Dicht bij zee, golfbanen, maar ook medische voorzieningen op korte afstand zijn zaken die bij de locatie keuze moeten worden meegenomen.

Een instelling die zorg en facilitaire diensten aanbiedt, zal een keuze moeten maken, in eigen beheer of juist diensten uitbested. De afweging zal gebaseerd moeten zijn op de benadering van de klant, het primaire proces, de servicegerichtheid en de organisatiestructuur van de gehele organisatie alsmede de facilitaire organisatie.

De contingente facilitaire organisatie speelt hier op uitstekende wijze op in doordat door deze opzet de toegevoegde waarde van de facilitaire organisatie voor de organisatie wordt verstrekt. De mate van interdependentie met de kernprocessen zijn bepalend hoe de facilitaire organisatie wordt ingericht. Zowel de conclusies van de SWOT-analyse als de uitgevoerde scenarioplanning bevestigen dit alsmede de rol die het facilitair management kan vervullen op zowel strategisch, tactisch en operationeel niveau.

In het volgende hoofdstuk zullen de resultaten van het onderzoek uiteen worden gezet en de koppeling tussen theorie en de praktijk worden gemaakt.

## 4. Resultaten onderzoek

In dit hoofdstuk staan de verkregen resultaten van het onderzoek. De resultaten zijn verwerkt aan de hand van de in hoofdstuk één beschreven onderzoeksmethoden en leggen de link tussen de theorie en praktijk. Paragraaf 4.1 zal een samenvatting zijn van de literatuurstudie alsmede het theoretische kader. In paragraaf 4.2 worden de algemene resultaten van de interviews beschreven waarna in respectievelijk paragraaf 4.3, 4.4 en 4.5 de resultaten van de kernlabels wonen, zorg en welzijn worden weergegeven naar aanleiding van de afgenomen interviews. Paragraaf 4.6 en 4.7 geven respectievelijk inzicht in de toekomstige opzet van facilitaire organisatie en de mogelijkheden voor Azivo.

### 4.1 Samenvatting Wonen, Zorg en Welzijn

De trend moge duidelijk zijn, Europa vergrijst en zeker vanuit de Noord-europese landen is er vraag naar woningen c.q. resorts in Spanje waar in eerste instantie welzijn, eventueel met optie desgewenst zorg te verkrijgen. Duidelijk zichtbaar is dat er diverse woonzorgconcepten bestaan en dat in Spanje op bestaande, of in aanbouw zijnde, complexen verschillende woonvormen naast elkaar worden aangeboden op dezelfde locatie. De flexibiliteit en de diversiteit op een woonpark wordt hiermee vergroot. Alle woonvormen spelen in op de behoefte zo lang mogelijk zelfstandig wonen te realiseren, levensloopbestendig te zijn en comfort te bieden middels domotica systemen.

Wonen en zorg zullen steeds meer gesplitst gaan worden. De gedwongen samenhang tussen zorgbehoefte en een bepaalde woonvorm gaat verdwijnen. Er is een ontwikkeling van instelling naar gemeenschap en welzijn. Sociale contacten en zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen is het motto. Het gaat erom dat bij verschillende woonvormen een adequate afstemming mogelijk is met de zorg, nu of in de toekomst als de bewoner daarom vraagt.

Voor de zorgaanbieders liggen hier uitdagingen om door nieuwe samenwerkingsverbanden met bijvoorbeeld woningcorporaties een gevarieerd antwoord te kunnen bieden op de verschillende woon, zorg maar ook welzijnsvragen. De tendens om buitenlandse woonzorg parken op te richten is er daar één van. Juist ten aanzien van het welzijn dient er een minimum geformuleerd te worden en beschikbaar te zijn. Te meer omdat algemeen bekend is, dat als welzijn niet goed geregeld is, de zorgbehoefte toeneemt. Gemaksdiensten (ofwel diensten of services) die bijdragen aan het woongenot of persoonlijke dienstverlening zullen meer individueel geregeld gaan worden dan zorg. Hoe zorg aangeboden wordt is afhankelijk van de insteek van de uiteindelijke exploitant, de als doelgroep gekozen toekomstige bewoners, de verwachte veranderende zorgvraag en op welke wijze het complex commercieel in de markt wordt neergezet.

Maatwerk op het gebied van wonen, zorg en welzijn zal derhalve de vraag en de wens vanuit de markt gaan worden. Facilitaire organisaties van dergelijke complexen zullen organisatorisch zo moeten worden ingericht dat flexibiliteit en maatwerk inherent zijn aan het primaire proces binnen het complex en de organisatie. Afhankelijk van de verhouding van zorg en welzijn binnen alle mogelijke woonconcepten zal specifiek naar gekeken moeten worden wat de doelgroep aan faciliteiten vraagt, nu en in de toekomst. Zaak is dat bij de keuze van woonconcept nagedacht wordt over de inrichting van de organisatiestructuur en dat de raakvlakken met het primaire proces duidelijk worden geformuleerd. Keuzes van wat in eigen beheer te houden of uitbesteden zijn dan eenvoudig in te richten.

Er zijn geen standaard stappenplannen voorhanden voor het opzetten van dergelijke complexen. Het is belangrijk bij de conceptuitwerking rekening te houden met een haalbare exploitatie. Goede contacten met lokale partijen evenals vroegtijdig de facilitair manager betrekken, is derhalve noodzakelijk.

## 4.2 Samenvatting interviews

De interviews geven een duidelijke bevestiging van de trend op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Deze gaat een grote invloed gaan hebben op bestaande en nieuw te realiseren woon-zorg-welzijncomplexen. Dergelijke complexen zullen in Nederland, Spanje maar ook andere landen van Europa in toenemende mate gerealiseerd gaan worden gezien grote vraag alsmede een tekort aan dergelijke voorzieningen. Bestaande instellingen heroverwegen het bestaande woon-zorg- en welzijnconcept en/of overwegen een aanvullend concept op te zetten.

Er is een duidelijk verschil te zien tussen de concepten, de opzet en ontwikkelingsfase van de verschillende organisaties. Met name door de verschillen in gemiddelde leeftijd van bewoners, de doelgroep van de complexen. Derhalve zijn er ook duidelijk verschillen in de zienswijze van de ontwikkeling van de facilitaire organisaties in de toekomst bij dergelijke complexen.

Over het algemeen ziet men dat de opbouw van de bestaande organisatie is opgezet conform het FM-model zoals beschreven in paragraaf 3.6, wel zijn er grote verschillen in omvang. Bij de organisatie met de geringste omvang is de taakverdeling anders verdeeld en is de scheiding tussen zorg en welzijn in de praktijk duidelijker zichtbaar, vergelijkbaar met een verpleeghuis.

De duidelijke relatie tussen primaire proces (zorg) en secundaire proces (facilitair of services) is wel gesignaleerd, wel is bij allen de facilitaire dienst op hetzelfde niveau geplaatst als de zorg bij deze instellingen. Allen zien het aspect welzijn of het welzijnbevinden als primair proces voor de toekomst, voor één van de instellingen geldt dat momenteel al. De scheiding primair/secundair is voor de klant daar niet aanwezig. In de organisatiestructuur moet deze scheiding dan ook niet worden gemaakt. Op twee instellingen zijn duidelijk verschillende woonvormen naast elkaar aanwezig en het primaire proces is met name welzijngericht. De derde instelling overweegt momenteel een woonconcept naast het bestaande te realiseren.

Men is er allen van overtuigd dat de facilitaire organisatie rekening moet houden met een duidelijke vraagsturing van services en diensten. Bij geen van de organisaties komt een duidelijk antwoord of zienswijze naar voren welke consequenties dit heeft voor de facilitaire organisatie. De meningen zijn verdeeld ten aanzien van de welzijnsdiensten en of dit vraag c.q. aanbod gestuurd is. Aangegeven wordt dat de leeftijd van de doelgroep daar invloed op heeft. Men onderscheid zich als woon-zorg- en welzijnsinstelling door de diversiteit van het aanbod aan welzijnsdiensten en is daarmee bepalend voor de keuze van de uiteindelijk bewoner voor een bepaald concept. Kwaliteit van de aangeboden diensten en services en daaraan voldoen is een must. Bij alle organisaties worden servicekosten doorberekend aan de klant. Er zijn noemenswaardige hoogte verschillen. Vergelijkbaarheid van de gegevens is er niet aangezien er geen eenduidige opbouw is.

Wel is men het er over eens dat personeel en de bredere visie van het personeel van doorslaggevend belang is. Breed opgeleid en flexibel personeel is de keyfactor voor het leveren van de gewenste kwaliteit. De kwaliteit bepaald mede te keuze van de klant op een specifiek complex te wonen en men verwacht dat door de kwaliteit hoog te houden de klant niet zijn zorg of welzijnsdiensten elders zal inkopen, ondanks de (on)mogelijkheid dit op dit moment te kunnen doen. De zwakke plek van de facilitaire organisatie ten aanzien van deze flexibiliteit zijn de arbeidsvoorwaarden die gevraagd worden van het personeel ten aanzien van wisselende werktijden en kortstondige beschikbaarheid.

## 4.3 Resultaten kernlabel wonen

1. De wonen-zorg- en welzijncomplexen in Spanje zijn sterk in opkomst, zijn internationaal georiënteerd en bieden steeds meer meerdere woonconcepten naast elkaar;
2. De parken bieden bescherming, sociale contacten en een ruim aanbod aan faciliteiten;
3. Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen en met de voorzieningen die men van thuis gewend is, is de vraagmarkt en de woningen zijn dusdanig ingericht dat ze levensloopbestendig moeten zijn met domotica voorzieningen uitgerust.

#### 4.4 Resultaten kernlabel zorg

1. Overheidsfinanciering op zorg en verpleging lopen terug, zorgkosten zijn in Spanje lager dan in Nederland met kwalitatief vergelijkbare zorg;
2. Zorg wordt veelal gekenmerkt als primair proces, zorgdiensten zijn vaak opgenomen als vast onderdeel in servicekosten die een verplichte afname kennen;
3. De Zorgmanager speelt een belangrijke rol in de organisatie ten aanzien van beleid en kwaliteit maar ook de dagelijkse leiding van zorg;
4. De Zorg trend “wie betaalt bepaalt waar zorg wordt genoten” is nu nog tegenstrijdig met zorgopname in Servicekosten. De vraagsturing vraagt flexibele organisatiestructuur.

#### 4.5 Resultaten kernlabel welzijn

1. Er zal een verschuiving van primair proces plaatsvinden, van zorg naar welzijn. Hierdoor ontstaat meer vraagsturing in organisatie;
2. Daarbij worden voor de organisatie professionaliteit, servicegerichtheid van personeel en het personeelsbeleid van cruciaal belang geacht;
3. Aanpasbaarheid van de organisatie is noodzakelijk met vraagsturing vanuit de klant. Het aangeboden woon-zorg en welzijnconcept zal meegroeien met deze vraag. Maatwerk op de thema's wonen, zorg en welzijn wordt belangrijk;
4. Er is meningsverschil welzijn te zien als aanbodgestuurd. Dit is gerelateerd aan de leeftijd van bewoners van het complex. Ook hier ontstaat een verschuiving van een standaardpakket aanbieden naar meer maatwerk.

#### 4.6 Inrichten van facilitaire organisatie

De contingente facilitaire organisatie heeft de mogelijkheden eenvoudig in te spelen op de invulling van de secundaire proces binnen de organisatie en de veranderende vraag in de toekomst. Bredere inzet van personeel en het bewustzijn van het primaire proces van de organisatie is daarbij zeer belangrijk en doorslaggevend voor de continuïteit van de organisatie. De sterkte is direct de zwakte: flexibiliteit van personeel qua inzet en beschikbaarheid op flexibele werktijden zijn tegenstrijdig en zal belangrijk zijn bij het aannemen van het personeel.

Bij de op de Nederland geënte zorginstellingen in Spanje wordt de contingente maatorganisatie momenteel niet toegepast. Vanuit de optiek van servicegerichtheid, maatwerk en om in te spelen op de meer vraaggestuurde diensten is het opzetten van een organisatiestructuur middels de contingente maatorganisatie aan te bevelen. Vanuit missie en visie zullen de doelstellingen van de organisatie vertaald worden naar praktische invulling en opzet van de facilitaire organisatie. Daarnaast speelt de facilitaire organisatie een duidelijke rol bij de exploitatie van het complex. Ook het op een eenduidige manier opzetten van de exploitatie kosten en de huisvestingskosten zijn taken van de facilitaire dienst. Onderdelen als huisvesting, onderhoud, administratie maar ook 24 uren beschikbaarheid en hotel faciliteiten middels loket functie zullen aanwezig moeten zijn om in te spelen op de vraag vanuit de markt. De rol van de facilitaire organisatie is dus ondersteunend op strategisch, tactisch en operationeel niveau. Op een aantal aspecten zelfs leidend aan het primaire proces. Organisatie structuur conform contingente maatorganisatie vraagt gedeeltelijke decentralisatie maar maakt flexibiliteit en maatwerk mogelijk voor de doelgroep.

Een standaardopzet voor een dergelijke organisatie is er niet omdat er per organisatie en situatie grote verschillen zijn. Op basis van de beleidskeuze zal onderzocht en geanalyseerd moeten worden voor welke interne processen het nuttig is deze te koppelen cq te decentraliseren.

## 4.7 Mogelijkheden voor Azivo

Voor de Nederlandse zorgverzekeraars in het algemeen zijn er op het gebied van productontwikkeling in relatie tot het buitenland zeker kansen aanwezig. De afgelopen jaren was duidelijk dat de genoemde trend op wonen, zorg en welzijn werd ingezet echter hebben de Nederlandse zorgverzekeraars door de veranderende zorgwetgeving te weinig ingespeeld op de geboden mogelijkheden. Daarnaast zal op het gebied van zorgverzekeringen er steeds meer een marktwerking gaan ontstaan. De verwachting is dat in Nederland er uiteindelijk drie of vier grote partijen zullen overblijven. Het kwaliteit- en kostenaspect is derhalve zeer belangrijk en vanuit die optie is het inkopen van zorg of zorgplaatsen in het buitenland voor zorgverzekeraars zeker interessant.

Waar liggen de mogelijkheden voor Azivo?. Door deregulering zullen veel meer kosten rechtstreeks door de verzekerden betaalt moeten gaan worden.

Verzekerden willen dan wel zelf gaan bepalen bij wie ze zorg inkopen en zelfstandig hun budget willen beheren. Azivo kan hierop inspelen door dit mogelijk te maken. Ten eerste door het aanbieden van Buitenland verzekeringen, al dan niet collectief. Voorbeelden van dergelijke verzekeringen zijn al genoemd maar dergelijke producten staan nog in de kinderschoenen en zijn er met name voor reeds in het buitenland wonende verzekerden.

Ten tweede kan Azivo door samen te werken met andere Nederlandse zorgverzekeraars het aanbod van collectieve verzekeringen onder de loep nemen door hun in Nederland woonachtige klanten de mogelijkheid te bieden in het buitenland geopereerd te worden, te revalideren cq van zorgvakanties te genieten. Te denken valt hierbij ook aan collectieve verzekeringen voor patiënten verenigingen. Met name werd door de geïnterviewde partijen de groeiende groep dementerende ouderen genoemd in combinatie met het ontlasten van de partner.

Als derde kunnen zorgverzekeraars hun klanten aanbieden zorg in te kopen in het buitenland door middel van bijvoorbeeld zorgbeschikbaarheid contracten met Nederlandse zorginstellingen in het buitenland te sluiten en de aanwezige bewoners zelf ter plekke hun zorg te laten inkopen naar eigen goeddunken.

Dergelijke verzekeringen sluiten goed aan bij de missie en visie van Azivo maar zijn tegenstrijdig met de regionale benadering van Azivo. Beleidsmatig zal men hier een weloverwogen keuze moeten maken. Het zal in de lijn der verwachtingen liggen dat contact wordt gezocht met bestaande Nederlandse zorgaanbieders die op kleine schaal zorg of zorgplekken verkopen aan Nederlandse zorgverzekeraars. Ook met lokale partijen in Spanje kan contact worden gezocht om de mogelijkheden te bekijken voor het inkopen van zorg in combinatie met welzijn.

De kans is nihil dat Azivo zelfstandig een dergelijke woon-zorg-welzijnproject zal initiëren als zijnde ontwikkelaar. Wel zou aansluiting gezocht kunnen worden bij projectontwikkelaar en als exploiterende partij zorgdragen voor een passende exploitatie van de instelling. Dit ligt in de lijn van het innovatieve denken van de organisatie en sluit aan bij het verleden waarin Azivo ziekenhuizen geëxploiteerd heeft. Welke stappen zal Azivo daarvoor kunnen nemen?.

Door contact op te nemen met bestaande complexen of met ontwikkelaars van op handen zijnde wonen-zorg- en welzijnprojecten in Spanje en zodoende vroegtijdig meedenken in een conceptontwikkeling die aansluit bij de toekomstige wensen van haar verzekerden. Vanuit de markt blijkt terdege veel belangstelling te zijn voor dergelijke projecten.

Partijen die in dat stadium voor Azivo in beeld komen om contact mee op te nemen om een strategie te bepalen voor de toekomst ten aanzien van de productontwikkeling zijn:

- Nieuwe verzekerden vanuit Nederland;
- Nieuwe verzekerden woonachtig in Spanje;
- Nederlandse zorgverzekeraars die reeds gebruik maken van in Spanje gevestigde zorginstellingen;
- De in Spanje gevestigde zorginstellingen;
- In Spanje gevestigde partijen met kennis van lokale markt en regelgeving;
- In Spanje gevestigde partijen die wonen-zorg en welzijnconcepten ontwikkelen.

## 5. Conclusies en aanbevelingen

Nadat in hoofdstuk 4 de samenvattingen zijn gegeven van de literatuurstudie, de theorie alsmede van de interviews en de kernlabels, kan antwoord worden gegeven op de geformuleerde probleemstelling voor onderhavig onderzoek. De basis en aanleiding voor dit onderzoek is de geformuleerde probleemstelling;

*“Op welke wijze dient een woonzorgcomplex cq medisch kuuroord in zuid-oost Spanje en haar facilitaire organisatie te worden opgezet om te voldoen aan de wensen en eisen van Nederlands zorgverzekeraars om haar klanten van de gewenste zorg te kunnen voorzien met als uitgangspunt de nieuwe Nederlandse zorgverzekeringswet?”*

In het eerste gedeelte van dit hoofdstuk worden de conclusies naar aanleiding van het onderzoek weergegeven. Hierbij komen de geformuleerde labels naar voren maar ook de opzet van de toekomstige facilitaire organisatie alsmede de kansen en mogelijkheden voor de opdrachtgever in te spelen op deze markt vanuit het perspectief nieuwe markten en/of nieuwe producten. Aan het einde van dit hoofdstuk volgt de conclusie die antwoord geeft op de probleemstelling.

### **Label Wonen**

#### **Conclusie 1:**

Bij nieuw in ontwikkeling zijnde wonen-zorg- en welzijncomplexen is een diversiteit aan verschillende woonvormen en woningtypen naast elkaar aanwezig. De combinatie van wonen, zorg en welzijn in Spanje is zeer duidelijk in opkomst en internationaal georiënteerd. De parken bieden bescherming, sociale contacten en een ruim aanbod aan faciliteiten met kwaliteit en maatwerk als kernwoorden. Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, nabij luxe voorzieningen, levensloopbestendig en met domotica voorzieningen is de vraagmarkt. Stichtingskosten van dergelijke parken zijn beduidend lager dan in Nederland.

#### **Aanbeveling 1:**

- Bepaal duidelijk de bewonersgroep van het (op te richten) complex;
- Verricht specifiek onderzoek naar woonwensen doelgroep, de trend is duidelijk;
- Maak vertaalslag met betrokken partijen en de uiteindelijke exploitant van de woonwensen bewonersgroep naar geschikte woonconcepten op basis van commercieel en qua exploitatie haalbare combinaties.

### **Label Zorg**

#### **Conclusie 2:**

Het label zorg toont aan dat deregulering vanuit de Nederlandse overheid op zorg en verpleging gebied gaande is. Zorgkosten in Spanje zijn vooralsnog lager tegenover een gelijkwaardige kwaliteit. Zorg wordt in woon- zorg- en welzijnsinstellingen nog vaak gekenmerkt als primair proces, zorgdiensten zijn veelal opgenomen als vast onderdeel in servicekosten die een verplichte afname kennen. De zorgmanager speelt derhalve een belangrijke rol in de organisatie ten aanzien van beleid en kwaliteit en dagelijkse leiding over deze zorg. De zorg trend wie betaalt bepaalt waar zorg wordt genoten is tegenstrijdig met de vaste kosten van zorggarantie in de servicekosten. De vraag is wat de rol van zorg in de toekomst gaat doen bij dergelijke instellingen. Flexibiliteit op dit punt is dus een vereiste.

#### **Aanbeveling 2:**

- Bepaal duidelijk vanuit de missie en visie van de instelling de doelstelling van de organisatie met betrekking tot zorg, en met name medische zorg;
- Verricht specifiek onderzoek naar de invulling van de zorgwensen van de bewonersgroep, nu en in de toekomst;
- Houd organisatorisch rekening met trend dat bewonersgroep zelf zorg wil gaan inkopen in de toekomst (intern/extern).

### ***Label Welzijn***

#### **Conclusie 3:**

Er is geen eenduidigheid om welzijn te zien als aanbod-of vraaggestuurd. Dit kan te maken hebben met de leeftijdsverschillen van de bewoners en hun eerste behoeften. Dit geeft echter wel aan dat er verandering kunnen plaatsvinden binnen het primaire proces van de organisatie. Momenteel vindt er een verschuiving plaats naar meer welzijn gerichte vraag. Aanpasbaarheid van de organisatie wordt noodzakelijk met een verandering van de vraag vanuit de klant. Daarbij worden professionaliteit, servicegerichtheid van personeel en het personeelsbeleid van cruciaal belang geacht. De organisatie groeit mee met de vraag en maatwerk wordt belangrijk. Hier is een verschuiving zichtbaar van standaardpakket naar maatwerk.

#### **Aanbeveling 3:**

- Bepaal duidelijk vanuit de missie en visie van de instelling de doelstelling van de organisatie met betrekking tot welzijn;
- Verricht specifiek onderzoek naar de invulling van de welzijnswensen van de bewonersgroep, nu en in de toekomst;
- Maak vertaalslag met betrokken partijen en de uiteindelijke exploitant van de welzijnswensen bewonersgroep naar standaard invulling diensten op basis van commercieel en qua exploitatie haalbare combinaties;
- Houd organisatorisch rekening met feit dat de vraag welzijnsdiensten gaat veranderen naarmate bewonersgroep ouder wordt.

### ***De facilitaire organisatie***

#### **Conclusie 4:**

De contingente maatorganisatie is de organisatiestructuur voor de facilitaire organisatie die door selectief te decentraliseren flexibel in kan spelen op de klantgestuurde vraag. De missie en visie ten aanzien van welzijn en zorg bepalen met name wanneer, wat en hoe diensten of services gedecentraliseerd opgezet gaan worden. Uiteraard vanuit de vraag van de bewoner. Organisatiestructuur conform contingente maatorganisatie vraagt gedeeltelijke decentralisatie maar maakt flexibiliteit en maatwerk van diensten mogelijk voor de bewonersgroep. Daarnaast speelt de facilitaire organisatie een belangrijke rol bij de exploitatie van het complex. Stichtingskosten van dergelijke complexen zijn in Spanje beduidend lager dan in Nederland. De exploitatiekosten zullen conform NEN-norm moeten worden opgezet om benchmarking mogelijk te maken. Onderdelen als huisvesting, onderhoud, administratie maar ook 24-uurs beschikbaarheid en hotel faciliteiten middels loketfunctie zullen aanwezig moeten zijn op een complex om in te spelen op de vraag vanuit de markt. De rol van de facilitaire organisatie is ondersteunend op strategisch, tactisch en operationeel niveau, in de toekomst op een aantal aspecten zelfs het primaire proces.

#### **Aanbeveling 4:**

- Bij bestaande of nieuw op te richten wonen-zorg- en welzijnsinstellingen de contingente maatorganisatie hanteren bij opzet organisatie structuur;
- Maak vertaalslag met betrokken partijen en uiteindelijk exploitant van de woonwensen doelgroep naar geschikte woonconcepten op basis van commercie en exploitatie haalbare combinaties. Exploitatiekosten als onderdeel van huisvestingskosten zijn daarbij leidend;
- Onderdeel van de huisvestingskosten zijn specifieke kosten en kosten faciliteiten voor de gekozen doelgroep. Maak benchmarking mogelijk door te werken volgens NEN-normen;
- Interdependentie met zorg is afhankelijk van doelgroep, richt de organisatie daarop in.

## *De Nederlandse Zorgverzekeraar*

### Conclusie 5:

Doordat de stichtingskosten, exploitatiekosten alsmede de zorgkosten in Spanje lager zijn dan in Nederland zijn er mogelijkheden voor Azivo voor het ontwikkelen van nieuwe producten voor haar verzekerden. Er zijn in relatie met nieuwe verzekerden twee doelgroepen te onderscheiden voor Azivo. Ten eerste de Nederlanders die in Nederland woonachtig zijn en aldaar verzekerd zijn. Ten tweede de groep Nederlanders die in het buitenland wonen en bij voorkeur bij een Nederlandse zorgverzekeraar verzekerd zijn. Men zal op korte termijn moeten heroverwegen of en hoe men strategisch en beleidsmatig op deze markten wil gaan inspelen. De toekomstige klant wil zelf beslissen hoe, waar en bij wie men zijn zorgbudget besteedt. Dit zal het uitgangspunt van dergelijke producten moeten zijn. Al deze aspecten sluiten aan bij de innovatieve visie en het beleid van Azivo. Producten kunnen variëren van basisverzekering, collectieve verzekeringen tot zorgplekken inkopen bij woon-, zorg- en welzijncomplexen. Kansen om hier op in te spelen zijn er zeker.

Daarnaast zou het zelfstandig exploiteren van een wonen-zorg- men welzijninstelling prima passen in het door Azivo gevoerde beleid, het verleden heeft bewezen dat Azivo innovatief was door zelfstandig ziekenhuizen, etcetera te exploiteren.

### Aanbeveling5:

- Onder de eigen verzekerden alsmede verzekerden samenwerkende partners gericht onderzoek uitvoeren naar de wensen van de huidige klanten voor dergelijke producten;
- Contact opnemen met belangenorganisatie in Spanje / patiënten verenigingen in binnen en buitenland voor mogelijkheden van het aanbieden van dergelijke producten;
- Contacten leggen met reeds aanwezige buitenlandse instellingen en mogelijkheden voor coöperatie;
- Consequenties voor productgroepen, financiën en organisatie afwegen;
- Op basis van bovenstaande een beleidsmatige keuze en strategie ontwikkelen;
- Na het bepalen van de strategie met Spaanse lokale partijen contact opnemen en samenwerkingsverbanden opzetten. Binding met lokale partijen is essentieel.

## **Implementatie**

De implementatie van de aanbevelingen is tweeledig. Ten eerste zullen de aanbevelingen voor de opdrachtgever Azivo worden vertaald naar implementatie. Daarnaast zal een schets worden gegeven van de mogelijke opzet van de facilitaire organisatie bij een wonen-zorg- en welzijninstelling. De basis voor deze schets is de conclusies en de aanbevelingen van dit onderzoek. De organisatie is zo ingericht dat deze goed aan sluit op de beschreven trends van wonen, zorg en welzijn en de bijbehorende instellingen.

| <b>IMPLEMENTATIE</b>     | <b>AZIVO</b>                                                                             |                 |               |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------|
| <i>Verantwoordelijke</i> | <i>ACTIE</i>                                                                             | <i>TIJDPAD</i>  | <i>KOSTEN</i> |
| <b>Azivo / Directie</b>  |                                                                                          |                 |               |
| Aanbeveling 5:           | Gericht onderzoek onder huidige verzekerdenbestand                                       | Jul 07 – Dec 07 | € 5.000,--.   |
|                          | Gericht onderzoek in buitenland woonachtige verzekerden                                  | Jul 07 – Dec 07 | € 5.000,--.   |
|                          | Contact opnemen met belangenorganisaties, patiënten verenigingen in binnen en buitenland | Sep 07 – Dec 07 | €1.000,--     |
|                          | Productgroepen, financiën en organisatie / 40 uur intern vrijmaken / €50,-- p/u          | Jan 08 – Feb 08 | €2.000,--     |
|                          | Beleidskeuze en strategie ontwikkeling                                                   | Mrt 08 – Jun 08 | P.M.          |
|                          | Samenwerkingsverbanden opzetten                                                          |                 | P.M.          |

## Advies opzet en schets van Facilitair bedrijf Wonen-Zorg-Welzijninstelling

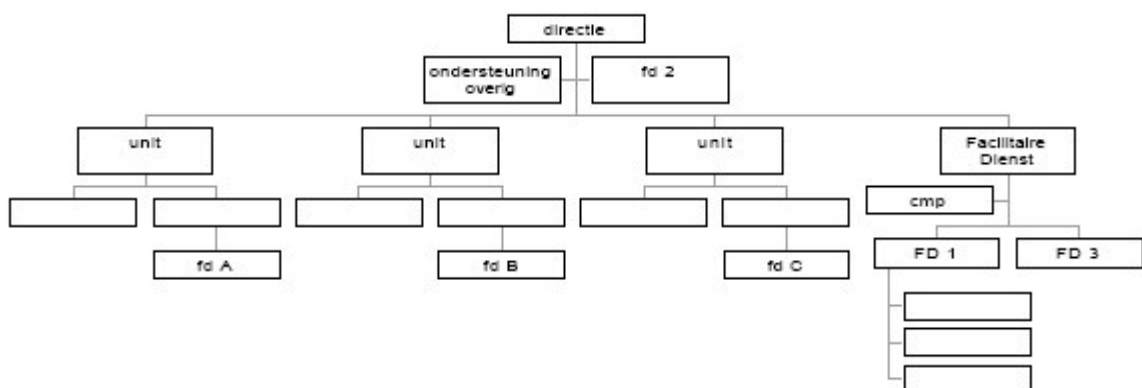
Zoals aangegeven in het onderzoeksplan in paragraaf 1.1 zal er een advies volgen ten aanzien van de locatie, benodigde opzet faciliteiten en de bijbehorende kostenaspecten van zowel accommodatie als de aanvullende facilitaire diensten.

### *Locatie en woonvorm:*

- Goede bereikbaarheid via lucht en weg / ruime openbaarvervoer infrastructuur;
- Dicht bij faciliteiten, niet afgelegen;
- Omringd door andere bebouwing hierdoor gebruik kunnen maken van lokale voorzieningen;
- Nabijheid van stedelijke voorzieningen / daardoor ook medische voorzieningen;
- Dicht bij zee en strand, golfbanen en sportfaciliteiten en achthavens;
- Bij voorkeur glooiende en groen opgezette omgeving / kwaliteit van leefomgeving;
- Ruimtelijk opgezet, minder dicht bebouwd dan huidige wijken;
- Verscheidenheid aan woonvormen / woning zien als pensioenvoorziening;
- Flexibele woonindeling en aanpasbaar aan de veranderende behoefte.

De opzet van de organisatie van het wonen-zorg en welzijncomplex van de toekomst zal ingericht zijn volgens de contingente maatschappijorganisatie.

- fd NRS: zelfstandige decentrale facilitaire eenheden bij onderdeel van primaire proces maar ook bij de als staf onder directie en centrale facilitaire dienst afhankelijk van grote organisatie;
- FD NRS: Centraal werkende afdeling met specialistische eenheden. Specifieke kennis en ondersteuning van de decentrale eenheden;
- CMP: centraal meldpunt is servicepoint/receptie/zorgloket waar de klant vragen cq klachten deponeren;
- Strategische taken: Beleidsplan FD, Huisvestingsbegroting, LTHP, planontwikkeling;
- Tactische taken: Opzet en inrichting FD, budgetteren(onderhoud), centraal inkopen, klanttevredenheidsonderzoeken, benchmarking, make or buy keuzes;
- Operationele taken: planning werkzaamheden, administratie doorbelastingen, controle op uitvoering) en sturing op management informatiesysteem.



*Figuur 4: Contingente mix*

Voor de opzet van een dergelijk wonen-zorg- en welzijncomplex in Spanje moet worden uitgegaan met stichtingskosten die liggen rond de €1.100.—per m<sup>2</sup>. Er dient rekening te worden gehouden met looptijden van initiatief tot ingebruikname van vier tot vijf jaar. De tussentijdse risico's zullen moeten worden ingeschat.

De servicekosten zullen conform NEN 2784 worden opgezet. Benchmarking wordt hiermee mogelijk. Tevens ontstaat duidelijk inzicht in de verschillende kosten onderdelen. Qua servicekosten zal rekening gehouden moeten worden met € 300,— per woning/per maand, afhankelijk van de aangeboden services en diensten. Middels een LTHP worden kosten voor groot onderhoud inzichtelijk, een wezenlijk onderdeel van de servicekosten.

## Literatuur

### Boeken en syllabi

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de & Teunissen, J. (2004). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*, Tweede herziende druk. Groningen: Stenfert Kroese.

Es, W. van de & Groenevelt, B. (2004). *Accomodatiemangement 3*. Versie 2003-2004. Den Haag.

Gelderman, C.J. & Albronda, B.J. (2003). *Professioneel inkopen*. Tweede druk. Groningen: Stenfert Kroese

Genet, C.M. (2004). *Methode van onderzoek en de markt*. Versie 2004 –2005. Den Haag.

Kotler, P. e.a. (1997). *Principes van Marketing. De Europese editie*. Eerste druk. Schoonhoven: Academic Service. 1997

Krimpen, J. van. (2003). *Facility Management in perspectief. Het organiseren van maatwerk in facilitaire dienstverlening*. Eerste druk. Alphen aan den Rijn: Kluwer.

Low, S. (2004). *Behind the gates. Life, security, and the pursuit of happiness in fortress America*, New York.

Wever, I., Coolen, J. (2000). *Onderzoek naar verzorgingshuizen, een verkenning van de zorgvraag en het zorgaanbod*, Eerste druk. Utrecht: NIZW 2000.

Quinn, R.E. e.a. (2004). *Handboek Managementvaardigheden*. Eerste druk. Den Haag: Academic Service

Zwart, A de. (2004). *Zakboek facility management*. Tweede druk. Doetinchem: Reed Business Information

### Internet

<http://www.azivo.nl>  
<http://www.bouwcollege.nl>  
<http://www.bouwfonds.nl>  
<http://www.cbs.nl>  
<http://www.corpgov.nl>  
<http://www.denieuwezorgverzekering.nl>  
<http://europa.eu.int>  
<http://www.herstellingsoorden.nl>  
<http://www.kcwz.nl>  
<http://www.kessels-smit.nl/>  
<http://www.kippfest.com>  
<http://www.managementsite.net>  
<http://www.nationaalarchief.nl>  
<http://www.spanjepolis.nl>  
<http://www.tailormade.nl>  
<http://www.trias.nl>  
<http://www.wikipedia.org>  
<http://www.xs4all.nl>

## Artikelen en Interne stukken

Aalbers, M. (2005). Gated communities. Opvattingen en misvattingen. *Geografie*, 7. pp. 36-39.

Azivo Zorgverzekeraars (2006). *Publieksverslag 2005*. april 2006, Den Haag.

Bolscher, A. e.a. (2003). Tweedelijnszorg-centrum. Van concept naar praktijk. *Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg*. pp. 1-3.

Dalen, B. van, Stofberg, R. & Harkes, D. (2001). Onderzoek Financiering woonzorgcomplexen Eindrapportage. *Innovatieprogramma Wonen en Zorg*. pp. 5-6.

Dekker, H. e.a.(2000). Werken aan Kennis, Methoden voor het creeren, delen en toepassen van kennis. *Kessels & Smit, The Learning Company*, pp. 48-50.

Dressens, D. & Oude Luttikhuis, S. (2003). Scenarioplanning: een manier om uw strategie dynamischer te maken. *ManagementSite*. pp.1-10.

Harkes, D. (2001). Het Stag-model. *Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg*. pp. 1-6.

NVZ (2002). Deregulering WVZ. *Technologie in de gezondheidszorg* 4. pp. 36-37.

Redactie Bouwfonds MAB Ontwikkeling. (2005), Woonwijk van de toekomst. *Dossier 18*. pp. 1-9.

Singelenberg, J.P.J., Harkes, D. (2002). Woonzorgzone IJburg: Een wijk zonder scheidslijnen. *Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg*. pp. 1-2.

Zadoks, J., (2006). Zorgeloos ondernemen in het buitenland. *Aedes-Arcares Kenniscentrum Wonen-Zorg*. pp. 1.

**Tabel uitkomsten SWOT-analyse**

| <b>Strengths</b>                                                    | <b>Weaknesses</b>                              |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| ✓ Duidelijke stabiele organisatie                                   | ✗ Kleine organisatie                           |
| ✓ Ruimte voor innovativiteit                                        | ✗ Weinig commercieel                           |
| ✓ Klantvriendelijkheid / vraaggestuurd                              | ✗ Afwijkend verzekerden bestand                |
| ✓ Medewerkers / kennis                                              | ✗ Regionale benadering                         |
| <b>Opportunities</b>                                                | <b>Threats</b>                                 |
| ✓ Fusie met landelijke opererende zorgverzekeraar                   | ✗ "Ondersneeuwen" bij fusie / 4 grote partijen |
| ✓ Collectieve buitenlandverzekeringen                               | ✗ Verlies Marktwerving                         |
| ✓ Basisverzekering incl mogelijkheden voor bv herstel in buitenland | ✗ Macht bij zorgverzekeraars                   |
| ✓ Kwaliteit service en dienstverlening                              | ✗ Consequenties Zorgverzekering / AWBZ         |

**INVOEGEN OP LINKERPAGINA NAAST OVERZICHT SWOT (Op achterkant blz 16)**

## Tabel uitkomsten SWOT-analyse Facilitaire organisaties Woon-Zorg-Welzijn instellingen

| Strengths                                                 | Weaknesses                                              |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ✓ Servicegerichtheid                                      | ✗ Vaak traditioneel benaderd / doeners                  |
| ✓ Breed georiënteerd                                      | ✗ Eenzijdige benadering / ondersteunend                 |
| ✓ Flexibiliteit                                           | ✗ Vaak geen visie en beleid                             |
| ✓ Maatwerk                                                | ✗ Controle en goedkeuring                               |
| Opportunities                                             | Threats                                                 |
| ✓ Contingentie organisatieopzet                           | ✗ Te weinig draagvlak                                   |
| ✓ Klantbenadering - vraagmarkt                            | ✗ Rond krijgen exploitatie                              |
| ✓ Brede inzetbaarheid (Strategisch-Tactisch-Operationeel) | ✗ Wie betaalt bepaalt / Gedwongen winkelnering neemt af |
| ✓ Inkoopbeleid zorg - ondersteunend                       | ✗ Hoge eisen en beschikbaarheid personeel               |

### De sterke kanten van facilitaire organisatie:

- Servicegerichtheid
- Breed georiënteerd
- Maatwerk
- Flexibiliteit

### De zwakke kanten van een facilitaire organisatie:

- Vaak traditioneel benaderd / doeners
- Eenzijdige benadering / ondersteunend
- Moet heldere visie en beleidsplan zijn
- Controle en goedkeuring

### Kansen voor een facilitaire organisatie in de toekomst:

- Flexibele organisatie middels contingentiestructuur
- Klantbenadering – vraagmarkt
- Brede inzetbaarheid - strategisch tactisch en operationeel
- Evt betrokkenheid inkoop zorg, ook voor zorgondersteuning (samenwerking)

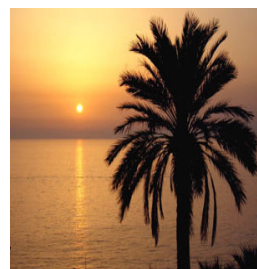
### Bedreigingen voor een facilitaire organisatie zijn:

- Te weinig draagvlak
- Rond krijgen exploitatie
- Wie betaalt bepaalt / gedwongen winkelnering neemt af
- Hoge eisen aan personeel / beschikbaarheid

# **BIJLAGEN**

## **Zon, Zee, Wonen en Zorg**

### **Grensoverschrijdend en Facilitair bekeken**

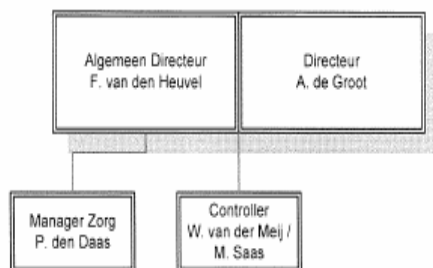


**RC Zevenhoven**

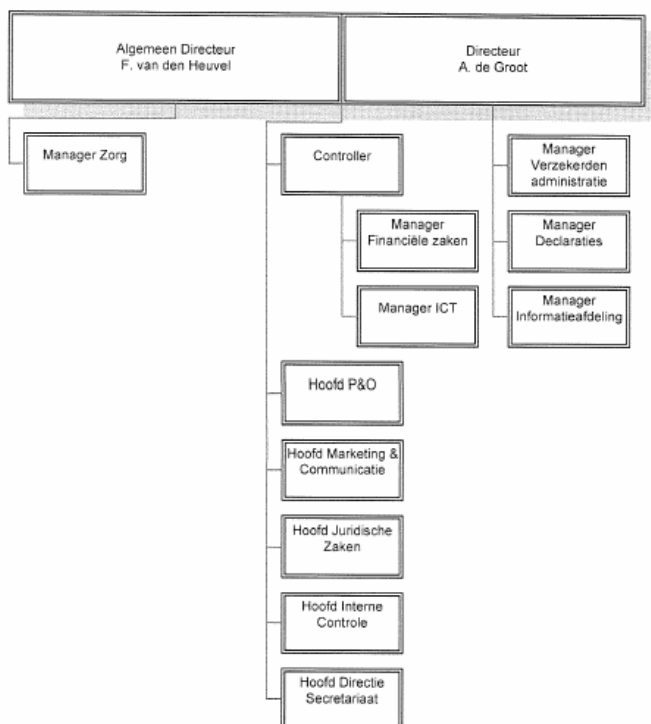
## **Bijlagen**

### **Voorblad**

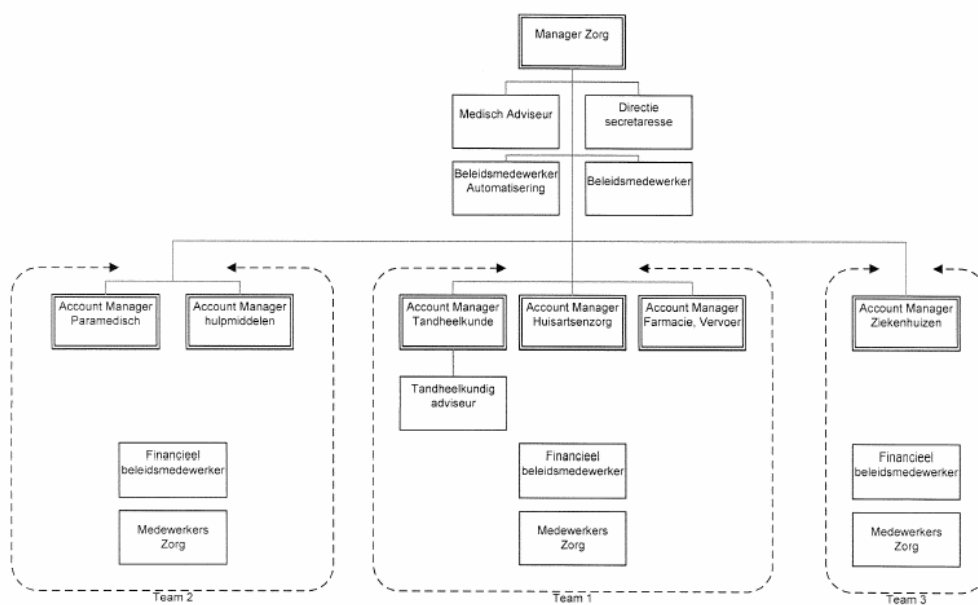
|          |                                                           |           |
|----------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>Azivo Zorgverzekeraars organogrammen</b>               | <b>3</b>  |
| <b>2</b> | <b>De Nederlandse Zorgwetgeving</b>                       | <b>6</b>  |
| <b>3</b> | <b>Berekening stichtingskosten en Servicekostenopbouw</b> | <b>10</b> |
| <b>4</b> | <b>SWOT-analyse toekomstige facilitaire organisatie</b>   | <b>16</b> |
| <b>5</b> | <b>Scenarioplanning facilitaire organisatie</b>           | <b>17</b> |
| <b>6</b> | <b>Uitwerkingen interviews en labeling</b>                | <b>23</b> |

**BIJLAGE 1 AZIVO ZORGVERZEKERAARS****ORGANOGRAMMEN****Directie Team**

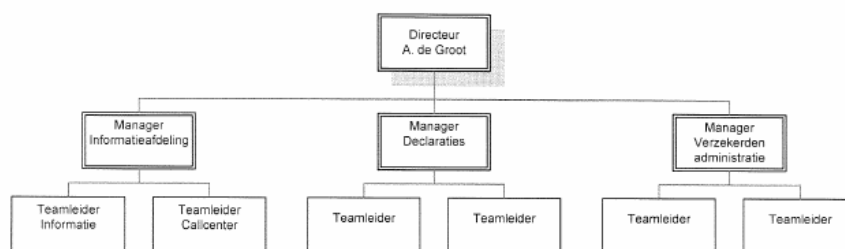
## Management Team



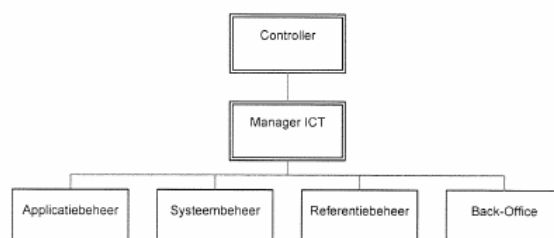
## Sector Zorg



## Front-office en Mid-office



## Financiën en ICT



## **BIJLAGE 2 DE NEDERLANDSE ZORGWETGEVING**

In Nederland is per 1 januari 2006 de nieuwe Zorgverzekering ingegaan. Hiermee zijn het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen verleden tijd. De verzekering wordt uitgevoerd door private instellingen (bevorderen van marktwerking), maar wel onder strikte regulering van de overheid (Zorgverzekeringswet en Maatregelen van Bestuur).

Iedereen die rechtmatig in Nederland woont of werkt is verplicht zich te verzekeren door bij een Nederlandse zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen die zich voor de verzekering aanmeldt, te accepteren. De overheid heeft een wettelijk standaardpakket samengesteld. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie. Voor de verplichte zorgverzekering kan niemand op grond van inkomen, leeftijd, gezondheid en dergelijke geweigerd worden. Voor aanvullende verzekeringen overigens wél, of tegen hogere premies (gezondheidskeuring). Men mag elk jaar van verzekeraar wisselen of wanneer de premie wordt gewijzigd. De verzekeraar mag dan niet dwingen om ook het aanvullende pakket te beëindigen en bij de andere verzekeraar onder te brengen. Die zou immers kunnen weigeren, hetgeen de marktwerking zou beperken.

Hoe is nu de relatie van de nieuwe zorgverzekeringswet met het buitenland?

- **De verplichte verzekering geldt ook voor Nederlanders die nu reeds wonen in een verdragsland van de EU / EER (zoals Spanje) of een bilateraal verdragsland, terwijl men tegelijkertijd inkomen uit werk in Nederland ontvangt.** Men heeft zich aangemeld bij een zorgverzekeraar naar keuze in Nederland en betaalt daar zijn/haar basispremie. De werkgever (of zelfstandige) betaalt daar bovenop een inkomensafhankelijke premie, waarover wel loonbelasting wordt betaald. Ook wordt de inkomensafhankelijke premie voor AWBZ ingehouden. Zodra de zorgverzekeraar de gegevens heeft verwerkt stuurt men het verdragsformulier (E) 106 op. Met dit formulier kan men zich aanmelden bij de verzekeringsinstelling van het desbetreffende woonland, bijvoorbeeld Spanje. Men heeft dan recht op de sociale gezondheidszorg zoals die daar geleverd wordt volgens "het woonlandpakket" (de gangbare zorg in dat land). Daarnaast heeft men recht op alle zorg uit de polis van de Nederlandse zorgverzekeraar, in het woonland of in Nederland. De vergoeding van deze zorg is naar Nederlandse maatstaven. Dit kan betekenen dat men niet de volledige kosten krijgt vergoed.
- **Wanneer men met inkomen uit (vervroegd) pensioen, VUT, AOW of een andere langlopende sociale uitkering of als gezinslid zonder eigen inkomen in een EU/EER- of bilateraal verdragsland woont** kan men zich niet aanmelden voor een Nederlandse basiszorgverzekering, maar was men verplicht om zich vóór 1 mei 2006 aan te melden bij de afdeling Buitenland van het College voor Zorgverzekeraars. Men heeft namelijk recht op de sociale gezondheidszorg zoals alle andere mensen in het woonland. Dat komt door de Europese Verordening Sociale Zekerheid die per 1 januari 2006 hierop van toepassing is geworden. Als men in Spanje woont en pensioen of uitkering zoals AOW uit Nederland ontvangt, valt men onder de bescherming van deze Verordening en is men "verdragsgerechtigde" ten laste van Nederland. Men moet zich met het verdragsformulier (E) 121 van het CVZ in Spanje inschrijven bij de sociale ziektekostenverzekeraar en men is een bijdrage verschuldigd aan het CVZ. De Nederlandse staat betaalt vervolgens alle kosten die noodzakelijk zijn voor het herstel. Men heeft recht op de zorg volgens het wettelijke verzekeringspakket van Spanje (het woonlandpakket).  
Wanneer men op reis gaat naar een ander EU/EER-land dient men bij de sociale ziektekostenverzekeraar in Spanje een Europese verzekeringskaart aan te vragen waarmee men recht hebt op de noodzakelijke medische hulp. Hetzelfde geldt voor alle gezinsleden.
- **Wanneer men zowel uit Nederland als uit een EU/EER- of bilateraal verdragsland een pensioen of inkomen ontvangt, is het van belang om te weten of men hierdoor verplicht is aangesloten bij de sociale ziektekostenverzekering in dat land.** In dat geval heeft men namelijk niets met de invoering van de Zorgverzekeringswet te maken. Men is verzekerd in het woonland (b.v. Spanje) en hoeft aan Nederland geen bijdrage te betalen. Men heeft recht op de sociale gezondheidsvoorzieningen aldaar, echter niet ten laste van Nederland maar van Spanje. Ook dan gaat het uiteraard om "het woonlandpakket".

Men dient zelf met een adviseur, gespecialiseerd in de Spaanse Sociale verzekeringen, te overleggen of dit het geval is. Of men belasting betaalt in Nederland of in Spanje is niet relevant. Belasting enerzijds en sociale zekerheid, waaronder medische zorg, anderzijds zijn in internationaal verband afzonderlijk en op verschillende wijze geregeld.

### De bijdrage in Spanje

Voor 40 landen, namelijk de Europese Unie en de bilaterale verdragslanden zijn 'woonlandfactoren' vastgelegd. Dit zijn de gemiddelde zorgkosten voor de sociale ziektekostenverzekering in het woonland, in relatie tot die gemiddelde zorgkosten in Nederland. De verhouding tussen deze twee getallen is per woonland verschillend en voor Spanje blijkt deze factor op 0,3557 uit te komen, gebaseerd op het peiljaar 2004 (de gemiddelde zorgkosten in Nederland en in Spanje voor dat jaar). Wel behoudt de Minister zich het recht deze factor elk jaar in november aan te passen, mede omdat er dan weer van een ander peiljaar uitgegaan wordt. Wat betekent dit nu concreet? Als men straks in Spanje woont en men heeft uitsluitend een inkomen uit Nederland (loon, pensioen, prepensioen, uitkeringen zoals VUT, AOW) of men is gezinslid zonder eigen inkomen, dan heeft men recht op het Spaanse gezondheidsstelsel ten laste van Nederland. U betaalt hiervoor aan het College voor Zorgverzekeringen een bedrag dat voortaan berekend wordt op basis van bovenstaande woonlandfactor.

Wat betekent dit nu concreet? Aan de hand van een rekenvoorbeeld geeft dit wellicht helderheid. Als men in Spanje woont en men heeft uitsluitend een inkomen uit Nederland (loon, pensioen, prepensioen, uitkeringen zoals VUT, AOW) of men is gezinslid zonder eigen inkomen, dan heeft men recht op het Spaanse gezondheidsstelsel ten laste van Nederland. Men betaalt hiervoor aan het College voor Zorgverzekeringen een bedrag dat voortaan berekend wordt op basis van bovenstaande woonlandfactor. Dit bedrag is  $0,3557 \times (A. \text{ de nominale bijdrage} + B. \text{ de inkomensafhankelijke bijdrage} + C. \text{ de AWBZ-bijdrage})$ . Hieronder worden deze bedragen nader toegelicht.

**De nominale bijdrage (A)** waar de minister in 2007 van uitgaat is € 1059. De inkomensafhankelijke bijdrage (B) kent twee percentages:

- Men betaalt 6,5% over bijvoorbeeld de AOW, over een VUT-uitkering die ingegaan is vóór 1 januari 2006 terwijl men in 2005 ziekenfondsverzekerd was, over een WAO-uitkering, over loon uit dienstbetrekking en over een nabestaandenpensioen dat wordt betaald door de Sociale Verzekerings Bank.
- Men betaalt echter 4,4% over bijvoorbeeld (aanvullend) pensioen, uitkering uit lijfrente, winst uit onderneming, resultaat uit overige werkzaamheden, nabestaandenpensioen dat men niet verkrijgt via de Sociale Verzekerings Bank en over een VUT-uitkering die ingegaan is vóór 1 januari 2006 terwijl men in 2005 niet-ziekenfonds verzekerd was, of die ingegaan is na 1 januari 2006.

De berekening van de **inkomensafhankelijke bijdrage** wordt maximaal gebaseerd op een inkomen van € 30.623 per persoon, met een maximum van € 1.990 over het percentage van 6,5% en een maximum van € 1.347 over het percentage van 4,4%.

Tenslotte de **AWBZ-bijdrage (C)**: hiervoor betaalt men in 2007 12,0% over het box-1 inkomen. Hierbij wordt uitgegaan van een maximum van € 31.122. Mogelijk geldt hier een tijdsevenredige aanpassing wanneer men in de loop van het jaar emigreert.

Een voorbeeld: stel iemand heeft een AOW inkomen van € 7.640 per jaar. Tevens beschikt men over een pensioen van € 22.360. Tezamen € 30.000 per jaar. De bijdrage is dan:

- A: nominale deel: € 1.059 per jaar.
- B: inkomensafhankelijk deel Zorgverzekeringswet 6,5% over € 7.640 (€ 497) + 4,4% over € 22.360 (€ 984) = € 1.481 per jaar.
- C. inkomensafhankelijk deel AWBZ: 12,0% = € 3.600 per jaar.

In Nederland is men dan in totaal € 6.140 kwijt. Maar de woonlandfactor voor Spanje is 0,3557. De verschuldigde bijdrage wordt dan:  $€ 6.140 \times 0,3557 = € 2.184$ .

Per jaar betaalt men hierdoor per persoon € 3.956 minder dan in Nederland. Heeft men als echtpaar elk deze inkomsten, dan is dat € 659 per maand: Men kan dat besparen of zien als een compensatie van bijvoorbeeld de servicekosten op een woonzorg park.!!!!

Steeds meer Nederlandse zorgaanbieders zijn actief in het buitenland, vooral in Spanje. Zij exploiteren woonzorgcentra, al dan niet samen met projectontwikkelaars, en bieden zorg. Hun doelgroep bestaat voornamelijk uit Nederlandse senioren die hun oude dag onder de Spaanse zon doorbrengen. Tot voor kort kon deze zorg gefinancierd worden vanuit de AWBZ, waardoor men zorg van Nederlandse kwaliteit kreeg in het buitenland. Met ingang van 1 januari 2006 veranderd dit: de AWBZ geldt niet langer voor het buitenland.

Naast de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn er dus per 1-1-2006 ook aanzienlijke veranderingen in de AWBZ gekomen. De AWBZ is een volksverzekering waarin de zogenaamde "onverzekerbare" zorg is ondergebracht. In Nederland is men daarvoor verplicht verzekerd. Maar niemand is in het buitenland nog AWBZ verzekerd, behalve wie inkomen uit werk in Nederland heeft. Hij of zij blijft wel AWBZ verzekerd en betaalt hiervoor premie. In Nederland heeft men vervolgens recht op alle zorg volgens de AWBZ, in het woonland op grond van "het woonlandpakket" (de gangbare zorg in het woonland). De AWBZ-vergoeding vanuit Nederland vervalt, behalve voor hen die al AWBZ-zorg kregen vóór 1 januari 2006. Deze zorg loopt door, op basis van een overgangsregeling. Vergoedingen die men nu krijgt (en noodzakelijke vervolgvergoedingen) mag men houden, ook al overschrijden zij het woonlandpakket.

Maar het is goed om te realiseren dat er ook in Nederland vergaande plannen zijn om de hele AWBZ te versoberen. Zo gaat naar verwachting op 1 juli 2006 de vergoeding voor huishoudelijke zorg uit de AWBZ en de bedoeling is dat daarna ook de ondersteunende begeleiding (zoals hulp bij dagbesteding) uit de AWBZ zal verdwijnen. Beide onderdelen worden mét hun financiering ondergebracht bij de Nederlandse gemeenten via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Dan zal de AWBZ in Nederland alléén nog bestaan uit chronische zorg en verpleging, zoals bij ernstige ziekten, handicaps en dementie. Ook gaan er inmiddels al stemmen op om de hele AWBZ op termijn af te schaffen en onder te brengen in de zorgverzekering en de WMO. Wie dus in het buitenland woont heeft dus pech en kan nergens aanspraak op maken.

*Wat betekent dit voor zorgaanbieders die in het buitenland actief zijn?*

Valt nu de financiële bodem onder hun activiteiten uit of zijn er alternatieven voor de financiering van AWBZ-zorg van Nederlandse kwaliteit in het buitenland?

Enkele Nederlandse zorgaanbieders beschikten al over toelating voor verblijfsplaatsen in Spanje zodat de volledige woon- en zorgkosten voor Nederlanders vergoed konden worden vanuit de AWBZ. Voor zorgaanbieders in het buitenland betekent dit dat eerder afgegeven toelatingen voor AWBZ functies in het buitenland weinig betekenis meer hebben, behalve voor reeds zittende bewoners. Dit geldt ook voor de toelatingen voor de functie verblijf in het buitenland die bijvoorbeeld in 2004 aan Royal Care Residences en in 2005 aan Residentia Patricia Ciudad zijn verleend.

Wat betekenen deze wijzingen nu voor bestaande zorgaanbieders die actief zijn of willen worden in het buitenland? In hoeverre kan er nog sprake zijn van AWBZ-zorg in het buitenland en hoe wordt deze gefinancierd?

AWBZ-zorg in het buitenland volgens Nederlandse maatstaven wordt nog wel vergoed als het gaat om tijdelijke zorg (in principe korter dan 6 maanden) en als het gaat om een voortzetting van AWBZ-zorg die voor 1 januari 2006 al werd afgenomen. Dan gelden de Nederlandse AWBZ-verstrekingen en dus ook de Nederlandse voorwaarden. Bij zorg voor mensen die permanent in het buitenland wonen en langdurige zorg nodig hebben maar buiten het overgangsregime vallen, ligt dit anders. Dit betekent niet dat het onmogelijk is om 'AWBZ-zorg' van Nederlandse kwaliteit te bieden, maar de financiering zal in een aantal gevallen anders zijn dan voorheen, namelijk niet vanuit de AWBZ.

Zorgaanbieders ontvangen van Nederland geen inkomsten voor de AWBZ-functies huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging, behandeling, ondersteunende en activerende begeleiding en verblijf. Voor zover deze zorg onder het pakket van het woonland valt, kunnen zorgaanbieders overeenkomsten afsluiten met het verzekeraars in het woonland zodat zij deze zorg mogen leveren en vergoed krijgen. Voor zover de gewenste zorg niet onder het woonlandpakket valt – en dit zal in veel landen grotendeels het geval zijn – moeten aanbieders andere, creatieve oplossingen zoeken

om de zorg gefinancierd te krijgen. Ook op dit onderdeel zouden Nederlandse zorgverzekeraars in kunnen spelen middels aanvullende verzekeringen.

Een aantal aspecten kan vertaald worden in een aantal algemene oplossingen:

- De functie huishoudelijk hulp zal in per 1 januari 2007 onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaan vallen. In het buitenland is deze hulp echter veel goedkoper dan Nederland. Een oplossing is dat Nederlanders in het buitenland deze hulp zelf betalen.
- De functie ondersteunende begeleiding (bijvoorbeeld hulp bij dagbesteding) kan mogelijk in de toekomst eveneens overgaan naar de Wmo. In veel gevallen bieden bestaande woonparken voor gepensioneerden zelf de nodige dagbestedingsmogelijkheden. Dit geldt in ieder geval voor een aantal luxe parken in Spanje, die dit financieren vanuit de huur en/of de servicekosten.
- De functies verzorging en verpleging die in Nederland onder de AWBZ vallen (Care) vallen in andere landen mogelijk deels onder de Cure. In Spanje lijkt dit het geval te zijn voor (delen van) de thuiszorg en verpleeg- en hulpmiddelen. Voor die zaken zou er dan tóch vergoeding kunnen plaatsvinden door de Nederlandse zorgverzekeraar of het CvZ. Zorgaanbieders zouden dan een toelating moeten krijgen van het woonland om deze zorg te mogen bieden. Wat precies onder het woonlandpakket valt en hoe dit geregeld is verschilt per land en soms zelfs per provincie of district. Het is niet mogelijk hier algemene uitspraken over te doen.

### **BIJLAGE 3 BEREKENINGEN STICHTINGSKOSTEN EN SERVICEKOSTEN**

Bij de opzet van de stichtingskosten ben ik uitgegaan van de door het College Bouw Zorginstellingen(CBZ) gehanteerde bouwkostennota 2006. De conclusie van bouwkostennota van 2006 is dat de in de gezondheidszorg gehanteerde uitgangspunten aansluiten bij het in andere bouwsectoren gehanteerde kostenniveau. De in het onderzoek geconstateerde hoge eenmalige kortingen van aannemers zullen in de nabije toekomst naar verwachting minder voorkomen, gezien het aantrekken van de economie en de bouwmarkt.

De opzet van berekening alsmede de uitkomsten zijn omgeslagen naar de situatie in Spanje. Desalniettemin zal ik kort aangeven de diverse kostenposten en de bijbehorende kosten onderdelen. Hiermee wordt een directe relatie gelegd naar de Berekening van de stichtingskosten die eenzelfde kostenposten verdeling hanteert.

De opbouw van de bouwkostennormen en de verdere kostenrichtlijnen zijn in deze bijlage opgenomen.

De kostenposten opgenomen in de Stichtingskosten zijn:

- Grondkosten:** De grondkosten omvatten de daadwerkelijke kosten voor de aankoop van de grond en de daarbij behorende verwervingskosten (zoals overdrachtsbelasting, notariskosten en kadastraalrecht), alsmede de kosten voor het bouwrijp maken en het ontsluiten van de locatie en het slopen van opstallen
- Bouwkosten:** bouwkostennormen per m2 bruto vloeroppervlakte op prijspeil 1 januari 2006
- Bijkomende kosten:** Tot de rubriek Bijkomende kosten behoren de overheidsheffingen, zoals leges en precario, de aansluit-kosten van de nutsbedrijven en de kosten van verzekeringen, waaronder de CAR.
- Inventariskosten:** Inventariskosten zijn kosten die betrekking hebben op de losse inrichting van een gebouw. Alle zaken die niet aard- of nagelvast met een gebouw zijn verbonden, zijn te beschouwen als inventaris. Te denken valt in dit verband aan tafels, stoelen, kasten, bedden, bureaus en lampen, maar ook stoffering, zoals gordijnen en vitrages, vallen onder inventaris. Daarnaast worden ook de vaste medische inrichtingen, zoals operatietafels en operatielampen, aan deze rubriek toegerekend
- Directiekosten:** Tot de rubriek directiekosten worden alle met de voorbereiding en begeleiding van de bouw verband houdende kosten gerekend, waaronder alle kosten voor onderzoek, advisering, managementondersteuning en planontwikkeling. In dit verband wordt verwezen naar de circulaire van het Ministerie van VWS d.d. 15 november 2002 over het beleid inzake de verrekening van de planontwikkelingskosten.  
Tot de directiekosten behoren alle kosten voor ondersteuning van het management. Het gaat hierbij om kosten voor:
- het voorbereiden van een toelatingsaanvraag 9);
  - het opstellen van een programma van eisen;
  - het ontwerp en de bestedingsgerede uitwerking van de bouwkundige en installatietechnische voorzieningen, de terreinvoorzieningen en de vaste inrichtingen;
  - de inschakeling van onder meer bouwkostendeskundigen en (bouw-)juristen 10);
  - de bouwbegeleiding en projectadministratie;
  - het toezicht tijdens de bouw.
- Rente tijdens bouw:** Vanaf 2002 maakt rente tijdens de bouw geen deel meer uit van het vergunningsbudget en de bij de eindafrekening van een bouwinitiatief goed te keuren kosten. De rente tijdens de bouw wordt meegenomen bij het bepalen van de aanvaardbare rentekosten op basis van de beleidsregel Rente van het CTG/ZAio.

Met een circulaire van 8 juli 2002 heeft het Bouwcollege de instellingen op de hoogte gesteld.

Het Bouwcollege betreft overigens nog wel de rentekosten tijdens de bouw bij de bepaling van de investeringskosten die de basis vormen voor de berekening van huurkosten (zie ook hoofdstuk 4.2).

Het Bouwcollege sluit hiervoor aan bij het in de beleidsregel Rente genoemde rentepercentage.

**Onvoorzien:** Onder deze rubriek zijn in de goedkeuringsformulieren twee subrubrieken opgenomen, namelijk:

- rubriek 6.1. programma- en bestekswijzigingen;
- rubriek 6.2. loon- en prijsstijgingen.

**Startkosten:** De rubriek Startkosten is een verzamelrubriek van resterende, bouwgerelateerde kostenposten.

Daar steeds meer bouwprojecten via budgettair bouwen worden gerealiseerd is het van belang dat de startkosten in een zo vroeg mogelijk stadium worden geraamd.

Gegeven het feit dat thans bij nagenoeg alle bouwinitiatieven startkosten in het geding zijn, die ook weer in diverse onderdelen zijn op te splitsen, is besloten de startkosten meer te normeren. Dit vanuit een oogpunt van gelijke behandeling en een reductie van de administratieve lasten. In het kader van deze vereenvoudiging worden de startkosten onderscheiden in een categorie 'gebruikelijke startkosten' en een categorie 'specifieke startkosten'.

Onder de gebruikelijke startkosten worden verstaan de kosten voor:

- droogstoken en overig energieverbruik;
- bewaking;
- schoonmaak;
- public relations-activiteiten (eerste paal, hoogste punt, voorlichting en opening).

Op basis van een analyse van de werkelijke kosten, zoals deze zijn gebleken uit de ingediende eindafrekeningen is het normatieve kader vastgesteld op 0,8% van de nieuwbouwkosten.

Bij renovatie en vervangende nieuwbouw is verder ook altijd sprake van kosten voor verhuizing van patiënten, bewoners en inboedel. Het normatieve kader voor deze activiteit is vastgesteld op 0,7% van de nieuwbouwkosten.

**Staartkosten:** Dit zijn de algemene of overheadkosten, bouwplaatskosten en winst & risico.

Dit als uitgangspunt nemende zijn voor drie uitgangspunten de Stichtingskosten berekend voor het realiseren van een Woonzorg welzijnsproject in Nederland en Spanje.

Uitgangspunt hierbij is toe te rekenen naar kosten per M2 om de vergelijkbaarheid te verkrijgen.

| <b>STICHTINGSKOSTEN Nederland</b> (bedragen inclusief BTW) |                         |                           |                                                         |
|------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|
| 100                                                        | grondkosten             | €237,-- m2                | Grondkosten per m2 b.v.o.                               |
| 200                                                        | bouwkosten              | €1.189,--m2               | Kosten per m2 / prijspeil 2005                          |
| 300                                                        | bijkomende kosten       | 2,5% van de<br>bouwkosten | Leges, precario, NUTS, CAR<br>verzekering               |
| 400                                                        | directiekosten          | 10% van de<br>bouwkosten  | Max. van 14%                                            |
| 500                                                        | rente tijdens bouw      | P.M..                     |                                                         |
| 600                                                        | staartkosten            | 15%                       | AK, Bouwplaats, W&R / 15% over<br>200                   |
| 700                                                        | onvoorzien              | 4%                        | Programma en bestekwijzigingen /<br>4% over 200-300-400 |
|                                                            |                         | 2,5%                      | Loon en prijsstijgingen / 2,5% over<br>200-300-400      |
| 800                                                        | startkosten             | P.M.                      |                                                         |
| 900                                                        | inventariskosten        | P.M.                      |                                                         |
| 1000                                                       | totaal stichtingskosten | <b>€1839,-- m2</b>        |                                                         |

**CONCLUSIE:**

**De maximale kosten per m2 gebouw in Nederland (inclusief 19% BTW, exclusief rentekosten en startkosten, inventariskosten en kosten voor keukens buitenbeschouwing gelaten) zijn tussen de €1.800,-- en €1.900,-- per m2**

| <b>STICHTINGSKOSTEN Spanje</b> (bedragen inclusief BTW) |                         |                           |                                                         |
|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|
| 100                                                     | grondkosten             | €100,-- m2                | Grondkosten per m2 b.v.o.                               |
| 200                                                     | bouwkosten              | €700,--m2                 | Kosten per m2 / prijspeil 2005                          |
| 300                                                     | bijkomende kosten       | 2,5% van de<br>bouwkosten | Leges, precario, NUTS, CAR<br>verzekering               |
| 400                                                     | directiekosten          | 10% van de<br>bouwkosten  | Max. van 14%                                            |
| 500                                                     | rente tijdens bouw      | P.M..                     |                                                         |
| 600                                                     | staartkosten            | 15%                       | AK, Bouwplaats, W&R / 15% over<br>200                   |
| 700                                                     | onvoorzien              | 4%                        | Programma en bestekwijzigingen /<br>4% over 200-300-400 |
|                                                         |                         | 2,5%                      | Loon en prijsstijgingen / 2,5% over<br>200-300-400      |
| 800                                                     | startkosten             | P.M.                      |                                                         |
| 900                                                     | inventariskosten        | P.M.                      |                                                         |
| 1000                                                    | totaal stichtingskosten | <b>€1043,-- m2</b>        |                                                         |

### **CONCLUSIE:**

**De maximale kosten per m2 gebouw in Spanje (inclusief 16% BTW, exclusief rentekosten en startkosten, inventariskosten en kosten voor keukens buitenbeschouwing gelaten) zijn tussen de €1.000,-- en €1.100,-- per m2**

Belangrijk om in te zien is dat de stichtingskosten op verschillende manieren kan worden berekend. Eenduidigheid van opzet van de Stichtingskosten en een juiste hantering van definities bij de opzet en berekening ervan is noodzakelijk.

Een ander aspect is dat de grondkosten en bouwkosten een wezenlijk onderdeel vormen van de stichtingskosten.

De waarde van de grond kan bekeken worden in verschillende fasen van de projectontwikkeling, de projectontwikkelingsfase en de grond exploitatie fase. Echter is er ook de vastgoedexploitatie fase waar de waarde van de grond een belangrijke rol speelt.

De grondwaarde en bouwkosten spelen dus een belangrijke rol bij de stichtingskosten die uiteindelijk ten grondslag liggen aan de goahead van een project en aangeven of een project interessant is voor investeerders en andere betrokken partijen.

Het is belangrijk in te zien dat bij de conceptontwikkeling van een project rekening wordt gehouden met de looptijd van een project. Ten eerste aangezien planvorming zeker 3-4 jaar in beslag kan nemen. De marktvraag zover van te voren voorzien blijft een risicofactor. Flexibiliteit en een brede visie in conceptontwikkeling en de organisatiestructuur is dus een pre.

Daarnaast worden in Spanje in de praktijk andere termijnen gehanteerd dan in Nederland.

Bijvoorbeeld een aanvraag bouwvergunning wordt in Nederland, op het moment van ontvankelijk te zijn, afgegeven in dertien weken. In Spanje gelden dezelfde wetten echter de termijnen worden bijna nooit nageleefd.

Derhalve is er een belangrijke rol weggelegd bij het vroegtijdig inschakelen van een facilitair manager bij de ontwikkeling van projecten van deze omvang. Bijvoorbeeld tijdens de conceptbepaling van een instelling wordt de verhouding m2 NVO / BVO vastgelegd. Echter tijdens de ontwerpfasen valt deze verhouding vaak tegen. Dit gebeurt door tegenstrijdige belangen van bijvoorbeeld een architect of projectontwikkelaar. Een wijziging van de verhouding van bijvoorbeeld 0,85 naar 0,75 betekent dat de waarde van de grond in de verschillende fasen veranderd en derhalve van invloed is op de uiteindelijke exploitatie. Het is dus van zeer groot belang dat de betrokken partijen vanuit de exploitatiegedachte blijven kijken naar het ontwerpen en uitwerken van de concepten.

## **Servicekosten opzet**

Bij de drie instellingen die zijn geïnterviewd zijn de servicekosten uitgewerkt

Er kan bij de servicekosten onderscheid worden gemaakt tussen beschikbaarheid faciliteiten, servicekosten onderhoud, zorggarantie en overige woonlasten. Niet bij alle instellingen is dit onderscheid qua kosten duidelijk te maken echter zijn de totale kosten wel vergelijkbaar.

Onderstaand zal uitgewerkt worden hoe de verschillende onderdelen zijn opgebouwd. Daarnaast zal de opbouw vergeleken worden met de servicekosten die de commerciële partij hanteert bij de opzet van de door hen verwachte kostenopbouw en services.

### **Beschikbare faciliteiten**

Deze bestaan uit:

- Verwarmd binnenzwembad en whirlpool
- Buitenzwembad en kinderbad met zonneterrassen
- Sauna met een Turks stoombad en infraroodcabine
- Omkleed en douche ruimtes
- Tennis en jeu-de-boules banen
- Logeer en vakantie appartementen (tegen vergoeding)
- Sport en theaterzaal
- Fitnesscentrum
- Grote lounge met bibliotheek en internetcafé
- Restaurant
- Kleine supermarkt
- Beauty en kapsalon
- Informatiedesk
- Vervoersdienst van en naar vliegvelden (tegen geringe vergoeding)
- Vervoersdienst naar en van nabijgelegen voorzieningen, ook op park
- Klussendienst, toegangscontrole en beveiligingssystemen
- Spreek en behandelkamers voor huisarts en fysiotherapeut
- Internetaansluiting met mogelijkheid tot goedkoop telefoneren
- Domotica en alarmering

### **Servicekosten onderhoud**

Deze bestaan uit:

- Onderhoud buitenzijde woningen en centrale gebouw
- Tuin en parkonderhoud
- Machines / storingen en technische dienst
- Periodieke keuringen, kwaliteitstoetsen zwembadonderhoud, brandinstallatie
- Deel energiekosten openbare ruimtes
- Liftonderhoud
- Onderhouds en schoonmaakmedewerkers
- Managementfee, administratiekosten, accountantskosten en receptionistes

### **Zorggarantie**

Deze bestaan uit:

- 24/7 directe alarmopvolging door gediplomeerde zorgmedewerkers
- eerste hulp en overbruggingszorg
- Beschikbaarheid Nederlandse huisarts en fysiotherapeut

### **Overige woonlasten**

Deze bestaan uit:

- Onroerende zaak belasting
- Opstalverzekering alle gebouwen
- Glasverzekering
- Lokale belastingen (rioolrecht, etc)
- Ophalen huisvuil
- Verzekeringen van centrale voorzieningen

## Vergelijking bestaande instellingen

In onderstaande tabel zijn de verschillend gehanteerde servicekosten weergegeven.(per maand).

| Onderdeel                | Instelling 1 | Instelling 2 | Instelling 3 | Instelling4 |
|--------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Beschikbare faciliteiten | 192          | x            | 150          | 125         |
| Servicekosten onderhoud  | 206          | x            | 180          | 125         |
| Zorggarantie             | 178          | x            | 300          | n.v.t.      |
| Overige woonlasten       | 135          | x            | 120          | p.m.        |
| <b>TOTAAL</b>            | <b>621</b>   | <b>283</b>   | <b>750</b>   | <b>250</b>  |

Note:

- Instelling 2 heeft exact dezelfde services en diensten als 1 en 3 / kosten zijn niet separaat gerubriceerd en daar zijn bij de organisatie ook geen nauwkeurige kostentoe rekeningen bekend.
- Instelling 3 hanteert service kosten per dag. Verdeling zorgkosten en overige kosten is 40-60%. Bedrag Servicekosten per dag gehanteerd in 2007 is €25,-- /ca. €750,-- per maand
- Instelling 4 gaat uit van een concept zonder zorggarantie / overige woonlasten zijn niet bekend
- Allen, behalve 3, gaan uit van het principe voorschot met jaarlijks de eindafrekening aan de hand van de werkelijk gemaakte kosten (let op reservering voor groot onderhoud)

Duidelijk wordt dat er een behoorlijk onderscheid is in de opbouw van de servicekosten. Geen van de instellingen hanteert vooralsnog een NEN 2748 opzet of een NEN 2632 van de exploitatie kosten waarmee nauwkeurig vergelijken van de basisgegevens moeilijk wordt.

Wel worden alle kosten doorbelast aan de eindgebruikers en afgerekend op de daadwerkelijk gemaakte kosten.

Wel is duidelijk zichtbaar dat de zorggarantie een klein onderdeel van de servicekosten is, maar wel een wezenlijk deel. Keuze vrijheid wordt in deze niet gegeven. Feitelijk kies je als eigenaar of gebruiker voor een woonconcept met de op het park aanwezige zorg, diensten en services.

Een ander aspect is het groot onderhoud en de budgetten die hiervoor worden gemaakt en een onderdeel vormen van een deel van de servicekosten. Ten aanzien van genoemde onderhoudskosten zijn er verschillende uitgangspunten in beide landen.

Een te noemen voorbeeld hierbij is de verplicht ingevoerde Lange Termijn Huisvestings Plan (LHTP) voor huisvesting in de gezondheidszorg in Nederland.

Nederlandse zorgorganisaties zijn met ingang van 2004 van overheidswege verplicht gesteld om een dergelijk huisvestingsplan op te stellen. Dit document stelt de zorgorganisatie in staat om de consequenties van het gekozen beleid te vertalen naar onder andere de benodigde huisvesting. Echter, voor instelling biedt een dergelijk LTHP meer mogelijkheden dan allen maar gebruikt te worden als verplicht document. Het kan tevens fungeren als intern managementinstrument, onder andere voor groot onderhoud.

Er bestaat dus zeker een breder scala van interne en externe toepassingsmogelijkheden, zoals:

- controle bij (ontwikkeling en uitvoering van) planprocessen;
- versterken van draagvlak voor beleid bij de eigen instelling, collega instellingen en zorgverzekeraars;
- als basis bij de of ontwikkeling van gemeentelijke of regionale plannen;
- als onderligger bij diverse onderhandelingen, oa met zorgverzekeraars;
- onderbouwing van plannen bij zorgkantoor en diverse overheden.

Kortom, het Lang Termijn Huisvesting Plan is een beschrijving van de toekomstplannen van de zorginstelling. Beleid en zorgvisie zijn bepalend voor de continuïteit en de kwaliteitsgarantie. Beleid en zorgvisie bepalen dan ook de organisatievorm en huisvestingsvormen. En juist bij de ontwikkeling van nieuwe woon-zorg en welzijn concepten, ook in het buitenland op basis van Nederlandse eisen vanuit zorgverzekeraar en wetgeving, zal een Lange Termijn Huisvestings Plan steun en richting geven bij te nemen beslissingen en is er een duidelijke rol weggelegd voor de facilitair manager van de exploiterende instelling.

## **BIJLAGE 4 SWOT FACILITAIRE ORGANISATIE TOEKOMST**

Aan de hand van een SWOT-analyse zullen de consequenties aan bod komen voor de facilitaire organisaties en het aansturen van het primaire proces voor dergelijke wonen-zorg en welzijn complexen. Dit SWOT-model wordt hier wederom toegepast omdat het een belangrijk onderdeel is van het strategisch facilitair plan. Het doel daarvan is om het facilitair beleid vanuit een duidelijke missie en visie van de organisatie te vertalen naar duidelijke doelstellingen om het facilitair beleid te concretiseren in activiteiten en programma's waarmee de (facilitaire) missie en doelstellingen worden gerealiseerd en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering wordt toegewezen. De SWOT-analyse zal aanleiding geven voor de scenarioplanning, deze zal in bijlage 5 aan de orde komen.

Zoals ook al eerder aangegeven staat een SWOT-analyse voor *strenghts, weaknesses, opportunities and threats*. In een SWOT-analyse zet men de mogelijkheden van een organisatie tegenover de krachten uit de omgeving.

Naast een beschrijving van de sterke en zwakke punten van de organisatie schrijft men hoe men kan inspringen op kansen in de omgeving en hoe men op bedreigingen kan inspelen.

De SWOT-analyse is uitgevoerd op basis van de theorie en de interviews met de experts en hun meningen over de rol en richting van facilitaire organisaties bij woonz-zorg- en welzijncomplexen. Uiteindelijk zullen de belangrijkste conclusies worden opgenomen in een tabel.

### **Conclusie SWOT Toekomstige facilitaire organisatie woon-zorg-welzijn instelling**

De volgende punten zijn naar aanleiding van de SWOT analyse naar voren gekomen:

#### **De sterke kanten van facilitaire organisatie:**

- servicegerichtheid
- breed georiënteerd
- maatwerk mogelijk
- flexibiliteit

#### **De zwakke kanten van een facilitaire organisatie:**

- vaak terugkerend als traditioneel (doeners)
- eenzijdige benadering
- moet heldere visie en beleidsplan zijn
- hoge eisen aan personeel

#### **Kansen voor een facilitaire organisatie in de toekomst:**

- Flexibele organisatie middels contingentiestructuur
- Klantbenadering – vraagmarkt
- Brede inzetbaarheid - strategisch tactisch en operationeel
- Evt betrokkenheid inkoop zorg, ook voor zorgondersteuning (samenwerking)

#### **Bedreigingen voor een facilitaire organisatie zijn:**

- Te weinig draagvlak
- Rond krijgen exploitatie
- Wie betaalt bepaalt / gedwongen winkelnering neemt af
- Hoge eisen aan personeel / beschikbaarheid

**Tabel is opgenomen in hooddocument!!**

## **BIJLAGE 5 SCENARIOPLANNING**

Scenarioplanning verschilt met de meer bekende SWOT-analyse doordat scenarioplanning dieper ingaat op trends en kansen en daarmee gebruikt kan worden om realistische kijk op de toekomstige invloeden te geven waar de SWOT-analyse meergericht is op de huidige omgeving en mogelijkheden. Beide modellen overlappen deels echter het helpt om toekomstige veranderingen te voorzien die buiten de directe context van SWOT-analyse zouden kunnen vallen.

Scenarioplanning geeft inzicht in de omgeving waarin de onderneming zich begeeft.

Scenarioplanning is een wijze van strategievorming waarbij rekening wordt gehouden met de veranderlijkheid van externe factoren, zoals de economische groei, trends onder consumenten, politieke factoren en dergelijke. Deze vorm van strategisch planning is bijvoorbeeld geschikt voor bedrijven die in het verleden te veel kostbare verrassingen hebben meegemaakt of opereren in een veranderlijke markt.

Er is niet veel literatuur te vinden over scenarioplanning. In een artikel op Managementsite beschrijft Dylan Dresens hoe scenarioplanning in vijf stappen kan worden toegepast.

- Definieer de scope & tijdsraam en belangrijkste stakeholders;
- Identificeer basis trends en onzekerheden van invloed op de scope vastgesteld in stap één;
- Construeer initiële scenario's;
- Check de robuustheid van de scenario's;
- Vertaal de scenario's naar huidige activiteiten en strategie.

Feitelijk zorgt Scenarioplanning ervoor vroegtijdig te anticiperen op veranderingen die van invloed zijn op de organisatie. Aan de hand van de te nemen stappen heb ik de scenarioplanning doorlopen vanuit de visie van een facilitaire organisatie van een Wonen, Zorg en Welzijnsinstelling in Spanje. Dit is gedaan op basis van de onderzochte literatuur, theorieën en de afgenomen interviews.

### **De uitgangspunten**

Voor een facilitaire organisatie van een woonzorgwelzijnsinstelling in Spanje voor 55-plussers is de vraag welke veranderingen invloed hebben op de organisatieopzet en wijze van dienstverlening in de toekomst. Met name wordt gekeken naar de organisatie structuur in relatie tot het primaire proces. De drie aspecten wonen, zorg en welzijn zijn de rode draad door de gehele scenarioplanning en bakenen het veld af.

### **Scope, tijdsraam en stakeholders**

Het gehanteerde tijdsraam is 10 jaar vanaf heden. De scope is breed aangezien veel factoren van invloed zijn op de organisatie en de drie aspecten. Onder andere worden producten en diensten, politiek, economie en markten bekeken. De enige stakeholder is de facilitaire organisatie zelf.

### **Trends en onzekerheden**

Bijna alle Macro invloeden vanuit de omgeving van dergelijke instellingen zullen van belang zijn en worden meegenomen. Het gaat in dit geval om demografische invloeden, economische invloeden, technologische invloeden, politieke invloeden en sociaal –culturele invloeden. Niet alle macrofactoren hebben een even grote invloed op de mogelijke scenarios. Derhalve kunnen de macrofactoren gewogen worden en hun invloed op de verwachting worden aangegeven. Vanuit de contingente benadering hebben met name de technologische en ´omgevingsfactoren´ invloed op de organisatie.

#### *Algemene trends*

- Sterke vergrijzing europa / internationale benadering;
- Te weinig woonvoorzieningen ouderen in Nederland / men staat open voor buitenland;
- Ouderen willen liefst zo lang mogelijk zelfstandig wonen / meer voorzieningen in hun nabijheid gevraagd;
- Sterke individualisering / gezondheid en welzijn zijn belangrijk;
- Duidelijk scheiding tussen wonen, zorg en welzijn: ook financieel gescheiden;

- Zelfstandige en mobile nieuw generatie ouderen;
- Verschuiving prioriteiten ouderen;
- Belangrijkere rol elektronische hulpmiddelen en informatietechnologie;
- Splitsing naar traditionele primaire processen;
- Onderscheid naar inkomensgroepen en hun woon-zorg welzijns wensen;
- Afzonderlijke huurcontracten, zorgcontracten en serviceabonnementen;
- Onzeker is welke consequenties en invloed de nieuwe zorgwetgeving in Nederland voor effect zal hebben op de vraag naar wonen zorg en welzijn in het buitenland;
- Er is onzekerheid bij de reeds in Spanje wonende Nederlanders hoe de kosten zullen gaan uitvallen voor het afsluiten van een zorgverzekering. Nederlandse zorgverzekeraars zijn afwachtend met het aanbieden van zorgverzekeringen die inspelen op deze markt;
- PPS samenwerkingen op gebied van zorg en huisvesting van ouderen.

#### *Wonen*

- Diverse woonconcepten met doorgroei naar vanuit welzijn naar meer zorg en evt verpleging;
- Woningen zijn luxe, comfort van de gebruiker staat voorop / duurzaam bouwen;
- Levensloopbestendig, domotica voorzieningen gecombineerd met klimaatbeheersing
- Park geeft geborgenheid / veiligheid;
- Ligging centraal bij voorkeur dicht bij zee en ziekenhuis in nabije omgeving;
- Vlak terrein, ruime infrastructuur met voldoende parkeergelegenheid nabij gebouwen en groen woonomgeving;
- Beveiliging op basis van omgekeerde benadering (dwz terrein wordt afgesloten op moment dat er iets voorgevallen is, dit om openkarakter met omgeving te behouden);
- Mensen willen liefst eigen woningen aanpassen en verbeteren;
- Woonzorgcomplexen nemen plek in van verpleeghuizen, gericht op zwaardere zorgvraag;
- Woonzorg zone zal gericht zijn op ruim services pakket en zonodig thuiszorg;
- Groei luxe seniorenwoningen Europa / evt. in combinatie met zorgarrangement;
- Vraag naar betaalbare sociale huurwoningen voor ouderen / middensegment.

#### *Zorg*

- Zorg wordt steeds meer extramuraal aangeboden;
- Welzijn en ontzorgen gaat naar medische zorg en eventueel verpleging;
- Zorg gaat steeds meer marktwerking ondervinden en wordt vercommercialiseerd / gevolg prijsconcurrentie;
- Mantelzorg zal verdwijnen – zorg voor ouders wordt ondervangen;
- Minder mensen willen in zorg werken;
- Indien zorg onderdeel is van primair proces is zorgmanager noodzakelijk;
- Behoeft aan zorgconsulent (begeleiden inkoop, administratie, waar men terecht kan voor hulp, etc);
- Zorg vraag gestuurd maken ipv aanbod gestuurd draagt bij aan zorg op maat;
- Op europees niveau willen mensen keuzemogelijkheden in de zorg;
- Efficiëntie vergroten door geconcentreerde woonzorg vormen van huisvesting en zorg.

#### *Welzijn*

- Vraag naar welzijnsdiensten gaat nog meer toenemen / klussendienst, calamiteiten service, etc;
- Welzijn wordt meer vraag gestuurd;
- Service centra met uitgebreid aantal functies / ook commercieel exploiteren;
- Welzijn en later zorg alleen voor de rijke ouderen;
- Lichte zorg en met name welzijn worden extern via vrije markt aangeboden;
- Onderscheid naar inkomensgroepen en hun welzijns wensen.

Kortom, in relatie met betrekking tot wonen zorg en welzijn zijn er een aantal duidelijk gerelateerde ontwikkelingen. Een aantal ervan geven een redelijk voorspelbaar beeld. Ook zijn er een aantal zichtbaar die onzekerheden zullen geven voor de facilitaire organisatie van de toekomst voor een woon-zorg-welzijn instelling, te weten:

- Minder mensen willen in zorg werken;
- Zo lang mogelijk zelfstandig wonen staat voorop / meer voorzieningen en zorg in nabijheid;
- Onzeker is welke consequenties en invloed de nieuwe zorgwetgeving in Nederland voor effect zal hebben op de vraag naar wonen zorg en welzijn in het buitenland;
- De doelgroep heeft voldoende te besteden;
- Inkomen en leeftijd spelen een grote rol bij de keuze van wonen in relatie met zorg en welzijn;
- Inkopen van zorg en de extra kosten van deze zorg voorzieningen financieel gedekt krijgen via bouw extra woningen;
- Vraag naar betaalbare sociale huurwoningen voor ouderen / middensegment;
- Mensen willen liefst eigen woningen aanpassen en verbeteren.

### **Initiële scenario's**

Bij initiële scenario's is het noodzakelijk de onzekerheden voor de organisatie verder uit te werken. Door voor de verschillende kanten de onzekerheden te benaderen ontstaat de kans inzichtelijk te maken wat de reactie van de organisatie kan zijn op die verandering.

Uit bovenstaande onzekerheden zijn de volgende belangrijkste onderwerpen gebundeld die sterke invloed hebben op de toekomst van de facilitaire organisatie van een woon-zorg-welzijn instelling: Deze zijn:

- Stichtingskosten / exploitatiekosten / gescheiden financieringsstromen;
- Van welzijn naar zorg naar verpleging;
- Zorg en zorggarantie / personeel.

De onderwerpen zijn vertaald naar een drietal vragen die beantwoord worden door JA/NEE tegen elkaar af te zetten. Aan de hand van de theorie alsmede de experts interviews wordt getracht antwoord te geven en aanbevelingen te doen.

#### *Vormen de exploitatiekosten een probleem voor de algehele organisatie?*

**JA:** Met name doordat er geen duidelijk beeld is hoe de exploitatiekosten zijn opgebouwd en welk effect ze hebben op de totale huisvestingskosten. Juiste sturing is daardoor bijna niet mogelijk. De stichtingskosten zijn vaak wel inzichtelijk, stichtingskosten en exploitatiekosten mogen niet in een scheve verhouding tot elkaar zijn. Juist de exploitatiekosten voor een gebouw zijn leidend bij keuzes. Hier moet de facilitair manager op inspelen. Daarnaast zijn er verschillende manieren van het verkrijgen van gelden. De organisatie heeft te maken met verschillende geldstromen (verzekeraars, overheid, particulieren) waardoor het verkrijgen van gelden veel administratieve rompslomp geeft, tot vertraging kan leiden en tot beperkte inzichten leidt.

**NEE:** Door het woon-zorg-welzijn concept basis van het gehele complex hoeft alleen de totale exploitatie bekend te zijn. Er kan bijvoorbeeld in een keer alle koopwoningen worden afgeschreven op de stichtingskosten en daarmee de exploitatie direct positief maken. Steeds meer ouderen beschikken over een vermogen welke is opgeslagen in de eigenwoning. Er zullen faciliteiten komen om dit vermogen vrij te maken en te gebruiken voor wonen zorg en welzijn, bv middels koop- huurvormen, risico arm kopen van woonrechten en zorggarantie polissen. Doorbelasting van services en zorg staat los van de woonexploitatie en is daarmee eenvoudig inzichtelijk te maken.

### *Van welzijn naar zorg naar verpleging?*

**Ja:** De doelgroep bepaalt hoe een woon-zorg-welzijn concept wordt benaderd vanuit hun visie. De woonvorm kan van zelfstandig naar hulp behoevend gaan met de jaren, losstaand van het feit dat de bewoner zolang mogelijk zelfstandig wil blijven wonen. De diensten zullen daarmee ook van meer facilitair naar zorg vraag gaan. De facilitaire organisatie kan lage tot middelzware zorg en zelfs tot verpleging als dienst aanbieden. Deels in eigen beheer of deels in combinatie met een samenwerkende partij als bijvoorbeeld thuiszorg. Daarmee is flexibiliteit een pre en kan men inspelen op de specifieke vraag.

**Nee:** Van welzijn naar zorg is mogelijk maar de stap naar verpleging vraagt specialistische inzet die niet op hetzelfde complex geboden kan worden. De doelgroep wordt anders op het moment dat er verpleging wordt gevraagd, twee verschillende doelgroepen op een wonen-zorg-welzijn complex is mogelijk maar alleen als een doelgroep de overhand heeft en dus in beperkte mate. Als verpleging maatwerk gaat worden zal gekeken moeten worden naar beter passende voorzieningen of een andere locatie. Intensievere vormen van zorg vragen ook om ander regelgeving die beleidsmatig moeten aansluiten bij de opzet van het gekozen woon-zorg-welzijn concept.

### *Zorg en zorggarantie is de bepalende factor voor conceptkeuze en organisatie*

**Ja:** Instellingen zien zich geplaagd voor een strategische keuze. Indien men zorg gaat aanbieden moet men zich realiseren op welk niveau men zich wil positioneren in de zorgketen en realiseren welke organisatievorm daar de zorg wordt aangeboden.

Voor de klanten geldt dat de kosten voor keuzemogelijkheden beter inzichtelijk moeten worden gemaakt, dus ook van de zorg.

**Nee:** De doelgroep kiest voor een bepaalde woonvorm in relatie met zorg en welzijn. Een aspect kan dus de zorg zijn. Extra betalen voor zorggarantie wil men alleen als daar de tijd zich voor aandient.

### **Robuustheid van de scenario's**

De beschreven trends en de vertalingen naar de stellingen zijn allen relevant voor het onderwerp. Door de verwevenheid met de verwachtingen van onder andere de geïnterviewde instellingen is hiervan een bevestiging gekomen.

### **Vertaling scenario's naar huidige activiteiten en strategie**

#### *Vormen de exploitatiekosten een probleem voor de gehele organisatie?*

**Advies:** Duidelijk is geworden dat organisaties in het algemeen een helder beeld hebben van de Stichtingskosten van complexen. Minder duidelijkheid is hoe inzichtelijk de exploitatie en exploitatie kosten zijn en moeten worden geïnterpreteerd. Dit ondanks het feit dat er blijkbaar geen aanleiding hoeft te zijn zich er zorgen over te maken.

Echter inzicht en vergelijkbaarheid van gegevens is zeer belangrijk en maakt sturing mogelijk. De inzage in de exploitatie van de verschillende type woningen, type woonvormen op een complex, de exploitatie van de algemene ruimten en de voorzieningen cq verhuurbare ruimten is noodzakelijk. Hiermee wordt duidelijk op basis waarvan men een product cq dienst kan aanbieden, welke facetten onderdeel zijn van het totale dienstenpakket en hoe deze doorbelast kunnen worden aan de afnemer. Op basis van toepassen van NEN normeringen voor exploitatie op basis van facilitaire termen worden dergelijke kosten beter inzichtelijk. Ten eerste bestaat hierdoor de mogelijkheid kosten op juiste wijze door te belasten en maakt sturing op feiten mogelijk. Hoe de organisatie daarmee in kan spelen op veranderingen vanuit de vraag is een gevolg van duidelijkheid en vergelijkbaarheid van de gegevens. Een scheve verhouding van de investeringskosten ten opzichte van de exploitatiekosten leidt onherroepelijk tot problemen.

De exploitatie, of gebouwgebonden kosten zijn onderdeel van de huisvestingskosten. Tezamen met specifieke kosten (bedrijfsgebonden), en verzorgingskosten (de kosten voor de gebruikers) vormen ze de huisvestingskosten. Alleen door de exploitatiekosten te verbijzonderen en toe te wijzen krijgt

men een juist inzicht in de specifieke kosten en kan men op basis daarvan inspelen op veranderende trends en financieel gezonde keuzes maken.

Voor de klanten geldt dat de kosten voor de diverse keuzemogelijkheden beter inzichtelijk worden gemaakt, dus niet alleen de gebouwgebonden kosten maar ook die van zorg en van de welzijnsdiensten. Daardoor kan ook de klant zelf keuzes maken uit de verschillende dienstenpakketten wat uiteindelijk betere ervaringscijfers geeft voor de afnemer en de kwaliteit van de diensten als hoog wordt ervaren.

#### *Van welzijn naar zorg naar verpleging?*

**Advies:** In de praktijk zal de facilitaire organisatie op alle drie niveaus blijven opereren, of een instelling nu meer zorg of welzijn gericht is, is van ondergeschikt belang. Vanuit de visie van het soort huisvesting op een complex kan gekeken worden hoe op strategisch, tactisch en operationeel niveau gekeken moet worden naar het huisvestingsbeleid. De afstemming tussen vraag en aanbod voor deze huisvesting is van belang vanuit de optiek van levensloopbestendig en duurzaam bouwen. Levensloopbestendig betekent ook dat qua aanvullende diensten de mogelijkheid moet worden geboden gebruik te blijven kunnen maken van de woning. Qua zorg en welzijnsdiensten zal hier dus ook op in moeten worden gepeeld.

#### *Zorg en zorggarantie is de bepalende factor voor conceptkeuze en organisatie?*

**Advies:** Duidelijk is dat bestaande concepten op welzijn gebaseerd zijn maar uiteindelijk geconfronteerd worden met een stukje medische zorg. Hoe daar invulling aan te geven is gebaseerd op de vraag vanuit de klant en de mogelijkheid dit aan haar klanten aan te bieden. Er zijn een aantal insteken mogelijk:

- Diversificatie, wordt gekenmerkt door zelfstandig een aanbod van verschillende (gerelateerde) diensten aan te bieden.
- Specialisatie en samenwerking is binnen verschillende samenwerkingsvormen een meer of minder uitgebreid netwerk van organisaties opbouwen. De mate van samenwerking kan variëren van zeer beperkt(indicatie keuze(zware of lichte zorg),consultatie en advies, inkoop van zorg) tot zeer intensief zoals aanvullen van zorg, uitruil van cliënten en integratie van zorg.

Voor beide zijn voor en nadelen te noemen. Voordeel van zelf aanbieden is dat er zelfstandig een beleidsmatige keuze kan worden gemaakt. Wanneer nieuwe aanvullende diensten kunnen profiteren van reeds bestaande kennis en vaardigheden (of andersom) is er sprake van synergie. Ook kan een zelfstandige uitbreiding van het aanbod schaalvoordelen opleveren. Nadeel van deze strategie is echter dat er besturingsproblemen of capaciteitsproblemen kunnen optreden, in dit geval zorg gerelateerd.

Een strategie van specialisatie en samenwerking heeft als voordeel dat flexibel kan worden in gespeeld op veranderingen in de omgeving. Daarnaast kunnen organisaties door deel uit te maken van een samenwerkingsverband hun markt versterken door dit als verkoop argument te hanteren. Tevens kan men zich verzekeren van een redelijk vaste instroom of afname van cliënten onderling. Wanneer er sprake is van beperkte samenwerking, kunnen organisaties hun eigen identiteit en autonomie behouden, naarmate de intensiteit van de samenwerking toeneemt wordt dit moeilijker. De belangrijkste nadelen van een strategie van specialisatie en samenwerking zijn dat coördinatieproblemen door geen eenduidige leiding. Tevens kan onderlinge concurrentie optreden wat de samenwerking ondermijnt.

Desalniettemin kan een organisatie die zorg aanbied maar flexibel wil omgaan met het aanbieden ervan op basis van vraag vanuit de klant en kwaliteit het beste gebruik maken van samenwerkingsverbanden met als basis zelf lichte zorg aan te bieden. Hoe hier praktisch invulling aangegeven kan worden is de rol voor de facilitaire organisatie.

### *De Strategie*

Op basis van bovenstaande is een vertaalslag gemaakt naar de wijze van opzetten en opereren van de toekomstige facilitaire organisaties van een woon-zorg-welzijn instelling in Spanje.

- Er moet worden uitgezocht welk concept men als aanbieder wil gaan nastreven op basis van de doelgroep en hen te verwachten wensen en eisen ten aanzien van de drie concepten wonen, zorg en welzijn. Belangrijk aspect is het verdiepen en uitwerken van de huisvestingskosten met als specifieke onderdelen de exploitatiekosten,, specifieke kosten en verzorgingskosten. Daarbij moet de exploitatiekosten leidend zijn bij de keuze van opzet in plaats van de stichtingskosten of investeringskosten;
- Zorg heeft weldegelijk een groot effect op ten eerste het concept en de commerciële aspecten ervan. Als organisatie die welzijn aanbied zal men zich terdege bewust moeten zijn dat zorg uiteindelijk ook gevraagd zal worden. Maar ook de inrichting van de gehele organisatie is afhankelijk daarvan. De contingente maatorganisatie maakt het mogelijk zorg zodanig aan te bieden als onderdeel van het primaire proces, dat flexibel kan worden ingesprongen op de wensen en eisen van de klant. Dit geldt uiteraard ook voor de overige welzijnsdiensten;
- Vroegtijdig moet een strategie worden bepaald op welke wijze de organisatie zorg als maatwerk wil gaan aanbieden of dat samenwerkingsverbanden met derden kunnen worden opgezet. Dit moet bij de concept keuze worden verdiept en uitgewerkt;
- In de planvormingfase zal derhalve bewust rekening gehouden moet worden met de consequenties op huisvestingsniveau(welke woonvormen cq aanpassingsmogelijkheden) men verkiest te realiseren vanuit een haalbare exploitatie van woningen en faciliteiten rekening houdend met een (toekomstige) vraag naar zorg.

## BIJLAGE 6 Overzicht interviews en labeling

Bijgaand de verkorte weergaven van de afgenomen interviews. Als eerste worden de interviewvragen weergegeven middels de brief die aan de participanten is verzonden. Daarnaast zal per geïnterviewde een korte opsomming worden gegeven van de instelling en functie die de geïnterviewden vervullen.

### Bevestigingsbrief geïnterviewden

Geachte XXXXXXXX, °

Puerto Lumbreras, XXXXXXXX

Naar aanleiding van ons contact via email met betrekking tot het interview vraag ik uw aandacht voor het volgende.

Zoals afgesproken bijgaand ter voorbereiding de aanvullende informatie met betrekking tot het interview. Ik zou voor willen stellen het interview in relatie tot de trend woon-zorg-welzijn en de invloeden op de organisatie van de facilitaire organisatie af te nemen op donderdag 26 April aanstaande.

Ik zou omstreeks 11.00 uur op de locatie kunnen zijn waarna een tijdstip kan worden gekozen het interview te houden.

De geformuleerde probleemstelling voor het onderzoek luidt als volgt:

*Op welke wijze dient een woonzorgcomplex cq medisch kuuroord in zuid-oost Spanje en haar facilitaire organisatie te worden opgezet om te voldoen aan de wensen en eisen van Nederlandse zorgverzekeraars om haar klanten van de gewenste zorg te kunnen voorzien met als uitgangspunt de nieuwe Nederlandse zorgverzekeringswet?*

Het soort interview wat zal worden afgenomen betreft een openinterview. Hiervoor zijn er een drietal hoofdvragen opgesteld die uiteindelijk per aspect behandeld zullen worden. De drie hoofdvragen van het interview gerelateerd aan de aspecten wonen, zorg en welzijn zijn:

- Welke huidige Woonzorgconcepten voor de 50+ers evolueren er volgens uw optiek op dit moment, rekening houdend met de huidige markt alsmede de markt voor de komende 10 jaren? (Commercieel, Financieel, wetgeving)
- Hoe ligt bij uw organisatie de nadruk op de zorgcomponent en welke zwaarte voorziet u van deze zorg component op het diensten pakket en de facilitaire organisatie nu en in de toekomst? (Commercieel, Financieel, wetgeving)
- Hoe ligt bij uw organisatie de nadruk op de welzijncomponent en welke zwaarte voorziet u van de deze welzijn component op het dienstenpakket en de facilitaire organisatie nu en in de toekomst? (Commercieel, Financieel, wetgeving).

De taken op facilitaire gebied lopen (mogelijk) als een rode draad door de drie genoemde aspecten. Met name is voor dit onderzoek organisatorisch interessant waar de scheiding ligt tussen het primaire proces en de scheiding naar het ondersteunende(facilitaire).

Daarnaast zou ik u willen verzoeken aanvullende informatie te verstrekken welke ter ondersteuning gebruikt kan worden als achtergrondinformatie. Deze informatie is:

- Algemene informatie betrokken partijen en opzet organisatie
- Stichtingskosten gebouwen en terreinen
- Aangeboden diensten en kosten per dienstenpakket
- Opzet en omvang facilitaire organisatie
- (Voorziene) Facilitaire kosten / per FTE of % (NEN opgebouwd!?)
- Evt samenwerkingsverbanden buitenlandse partners

Indien mogelijk verzoeken wij u de informatie digitaal aan te leveren. Uiteraard zal deze informatie vertrouwelijk worden behandeld en niet specifiek benoemd cq gerelateerd worden aan het betreffende complex.

Vertrouwend u hierbij voldoende geïnformeerd te hebben,

## Geïnterviewde 1    Commerciële partij Murcia

**Datum interview:** diverse malen open gesprekken geweest / schriftelijk vragen beantwoord  
**Functie geïnterviewde:** Directeur  
**Verkregen documenten:** Concept model Comfort Living Resort

### Het woonpark

Het bedrijf is een commerciële instelling welke inmiddels al vele jaren actief is op het gebied van makelaardij en projectontwikkeling in Spanje. Momenteel is men onder andere gestart met de voorbereidingen voor de ontwikkeling van een Comfort Living Resort in Spanje. Dit Resort zal uit ongeveer 150 woningen met gemeenschappelijke faciliteiten gaan bestaan en is gelegen in de provincie Murcia of Almería (provincie Andalusië).

Om maximaal rekening te houden met de woonwensen van haar mogelijke toekomstige bewoners, wordt momenteel een enquête gehouden om inzicht te krijgen in de specifieke eisen waaraan het Comfort Living Resort moet voldoen. De voorlopige resultaten zullen gebruikt worden tijdens de presentatie van het onderzoeksrapport.

Naast de beantwoording van de interview vragen hebben wij diverse malen informeel gesproken over de ontwikkeling op het gebied van wonen zorg en welzijn en zijn tevens de Stichtingskosten voor een dergelijk complex geverifieerd met de kengetallen gebruikt door deze commerciële partij.

### Overzicht antwoorden interviewvragen:

De trends die ik in z'n algemeenheid waarneem en waar denk ik een vorm van waarheid in zit zijn de volgende (waarschijnlijk niets nieuws onder de zon).

Mensen worden steeds zelfstandiger en mobieler. Dit vergt een individuele en internationaal georiënteerde benadering. Mensen willen zelf de keuze hebben bij WIE en WAAR ze de zorg op WELK moment kunnen afnemen. Dit moet op flexibele basis kunnen.

Mensen worden ook steeds bewuster over hun gezondheid. Welzijn krijgt hierin een steeds belangrijkere positie. Het is goed als een zorgverzekeraar hierop inspringt. Vanwege de preventieve werking die uitgaat van welzijnsfaciliteiten zullen mensen gemiddeld gezonder blijven en zullen de "echte" (duurdere) zorgkosten omlaag kunnen.

Zorg zal steeds meer marktwerking gaan ondervinden, dus ook prijsconcurrentie. Dit betekent dat de kostenstructuur enorm belangrijk is. Dit vergt een efficiënte organisatie met optimale schaalgrootte. Ik denk dan ook dat er steeds meer grote, moderne, specialistische zorgcentra gaan ontstaan die hun diensten op landelijke, Europese of zelfs globale schaal gaan aanbieden. De zorgverzekeraar zal hierop in moeten spelen door de zorgafname in het buitenland te faciliteren.

Daarnaast zie ik een trend in een verdere splitsing naar een aantal traditionele primaire processen: verkoop, productie en aftersales:

\* Verkoop: zoveel mogelijk één loket voor advies en coördinatie / doorverwijzing naar zorgdiensten, die in een vrije marktsituatie worden aangeboden. Dit loket beschikt over een breed assortiment aan zorgdiensten en zorgaanbieders.

\* Productie: specialistische, moderne, efficiënt ingerichte centra waar (operatieve) behandelingen plaatsvinden, gericht op de "technische" uitvoering en daarna een zo kort mogelijk verblijf.

\* Aftersales: gericht op revalidatie, controles, nabehandelingen en verpleging (nazorg). Hierbij kunnen o.a. omgevingsfactoren (zon, schone lucht, rust) van waarde zijn.

Er zullen ongetwijfeld tig studies bestaan waarin de trends in zorgvraag en -aanbod beschreven zijn. Deze rapporten zullen van meer waarde zijn dan wat ik in bovenstaand verhaal heb verteld.

Over de stichtingskosten van een woonzorgconcept heb ik op dit moment geen concrete info voorhanden, deze krijg je zsm. De kengetallen voor woningen en appartementen heb je neem ik aan zelf maar zal ik aan de hand van het concept controleren en verifiëren

Bijgaand ter info stuur ik je zoals je weet, ook ons actuele concept tav een "Comfort Living Resort". Dit concept beschrijft het model zoals wij dit nu op hoofdlijnen, m.n. commercieel, als projectontwikkelaar haalbaar achten. Concept en calculaties zullen de komende tijd verder worden gedetailleerd. Ik ben ook in afwachting van het marktonderzoek dat 2 groepen studenten nu aan het houden zijn. Zij interviewen mensen in Nld en Spanje (Costa del Sol, omgeving Fuengirola en Costa Blanca, omgeving Calpe).

## **WONEN**

- Welzijnswoonpark gericht op 55+, internationaal en breed georiënteerd;
- Allen koopwoningen;
- Hoe kwaliteit van de woningen;
- Toplocatie, dicht bij zee en strand met derden faciliteiten dichtbij (Golf, ziekenhuis etc);
- Mensen denken vroegtijdig na hoe ze later willen wonen / niet meer verhuizen;
- Woningen zijn levensloopbestendig op beschermd park met variatie in faciliteiten;
- Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen.

## **ZORG**

- Overheidsfinanciering loopt terug;
- Geen zorggarantie wel health care en medische post;
- 24 uren medische alarmservice op park / onderdeel loket service.

## **WELZIJN**

- Mensen worden steeds mobieler en willen zelfstandig keuzes maken / vraaggestuurd;
- Keuzes zullen op flexibele basis plaatsvinden;
- Welzijn heeft preventieve werking op gezondheid en daarmee medische zorgkosten;
- Mensen worden ontzorgd middels allerlei diensten;
- Ook begeleiding naar Spaanse ziektekostenstelsel, eventueel aangevuld met verzekering vanuit Nederland.

## Geïnterviewde 2      Woonzorg instelling zuid Spanje

**Datum interview:** 14-april 2007  
**Functie geïnterviewde:** Parkmanager / directrice  
**Verkregen documenten:** Organogram  
 Exploitatieovereenkomst  
 Algemene informatie Woonpark

### Het woonpark:

De instelling levert hoogwaardige zorg, services en diensten. Momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de afronding van het woonpark. Een opgerichte BV zal daar eindverantwoordelijk worden voor de exploitatie. De eerste bewoners zullen medio oktober 2007 het park betrekken. In dit woonpark kunnen 55+er gaan wonen, maar wanneer nodig biedt de instelling zeven dagen per week 24 uur verzorging, verpleging en begeleiding, alsmede service en diensten aan, alles met dezelfde hoge kwaliteit als in Nederland. Hierdoor kunnen degenen die nu al in Spanje zijn, daar blijven wonen als zij zorg nodig krijgen en kunnen mensen, die vanuit Nederland naar het park willen verhuizen, dat doen zonder de angst dat zij daar in de toekomst van zorg verstoken zijn.

Naar aanleiding van het interview was mijn eerste algehele impressie de volgende.

**Wonen:** Groot aanbod aan type woningen van appartementen tot vrijstaande woningen. In zijn algemeenheid verwacht geïnterviewde dat woonzorgcomplexen als paddestoelen uit de grond zullen schieten. De concepten zullen verschillend zijn maar allen wonen-zorg-welzijn met verschillende nadruk op de drie aspecten.

**Zorg:** zorg is een belangrijk aspect op het woonpark en is als zorggarantie opgenomen als deel van de servicekosten. Daarnaast wordt er aanvullende zorg geboden tegen separate afspraken.

**Welzijn:** ook zijn veel welzijns faciliteiten op het park aanwezig. Welzijn is met name de visie van de organisatie en de spil van de servicegerichtheid.

**Facilitaire organisatie:** men spreekt liever van de service organisatie. De organisatiestructuur is plat en de servicemanager is onderdeel van het management team. Zowel primaire als serviceprocessen lopen structureel door elkaar heen en overlappen elkaar sterk. Hier ligt met name de sterke kracht van de welzijnscomponenten naar de klanten alsmede het adaptatievermogen naar de wensen en eisen van de klant nu en in de toekomst.

**Kansen zorgverzekeraars:** geïnterviewde is zeer teleurgesteld in de Nederlandse zorgverzekeraars. Er zijn veel buitenlanders die emigreren en velen hebben voorkeur te blijven bij een Nederlandse zorgverzekeraar. Verzekeraars zijn hier door hun eigen sores mbt nieuwe zorgwetgeving, niet of te weinig, op ingegaan. De woonlandfactor is daarbij een belemmerende factor / loopt momenteel een proces om keuzevrijheid te verkrijgen. Buitenlandse zorgverzekeraars gaan hier wel op in, met name Spaanse, Duitse en Engelse. Blijft waarschijnlijk wel een lastig aspect.

Desalniettemin liggen er kansen voor verzekeraars pakket een aan te bieden op maat gesneden voor een betreffend park maar ook gebruik te maken van de vele faciliteiten die zorg hotels en kort verblijfherstel pakketten bieden voor de collectieve klanten van de verzekeraars.

## LABELEN

| KERNLABEL    | LABEL                                                                                     | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wonen        | Welzijnswoonpark<br>Internationaler<br>Nederlandse ouderen /<br>55+                       | Nederlands woonpark in zuidspanje gericht op 55 plussers, nu ook internationale vraag<br>Met name Duitse en engelse makt                                                                                                                                                                   |
| Welzijn      | Facilitaire organisatie<br>Scheiding prim. – sec.<br>proces<br>Welzijnfactor<br>Structuur | Welbevinden vraagt soms om goede zorg en andere<br>keer iemand de snel de lampen vervangt of een<br>storing oplost<br>BV: Restaurant / primair onderdeel organisatie                                                                                                                       |
| WonenWelzijn | Goed personeelsbeleid<br>Producten<br>diensten                                            | Professioneel / servicegerichtheid<br>Goed personeelsbeleid is cruciaal                                                                                                                                                                                                                    |
| WonenWelzijn | Primair proces is                                                                         | 1 op 1 relatie klant                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Welzijn      | Producten / diensten                                                                      | Sec. proces: alles eromheen, organisatorisch<br>verweven<br>Afspraken derden / adm. organisatie maar zeker een<br>belangrijk onderdeel uitmakend van hoe de service<br>wordt verleend.                                                                                                     |
| WonenWelzijn | Produkten diensten<br>Concept<br>Prijs / kwaliteit                                        | Facilitair: Wat besteed je uit en wat doe je in eigen<br>beheer<br>Hier moet van te voren goed worden over nagedacht<br>past dit binnen het concept en de visie die wordt<br>gehanteerd<br>Moeilijk goed partners te vinden met zelfde visie en<br>standaard<br>Personeelsbeleid afstemmen |
| Wonen        | Concept<br>Financieel<br>Zorg                                                             | Doelgroep meer bemiddeld en meer eisen<br>Overheidsfinanciering loopt terug / is dat zo slecht?<br>Mensen vroegtijdig nadenken welk woonconcept later<br>zouden willen!?<br>Pensioenvoorzieningopbouw / particulier                                                                        |
| Wonen        | Concept                                                                                   | Huidige woon verpleeghuizen, deze zullen teruglopen<br>/ wat ze wel willen !<br>Goed naar de klanten luisteren / toekomstbestendig<br>Vraaggestuurd                                                                                                                                        |
| Wonen        | Producten en diensten                                                                     | Macro invloeden op Welzijnsaspecten / 1 park veel<br>andere faciliteiten / Variatie in aanbod<br>In spelen op dit producten pakket cq variëteit                                                                                                                                            |
| WonenWelzijn | Producten en diensten                                                                     | Euro invoering en europesche eenwording / blik over<br>de grenzen / wat willen ze?!<br>Mensen zijn breder georiënteerd                                                                                                                                                                     |
| Wonen        | Producten en diensten                                                                     | Europeanen voelen / Florida van Europa<br>Bereisd / afstand is relatiever begrip                                                                                                                                                                                                           |
| Wonen        | Prijs kwaliteit                                                                           | Omgeving / Klimaat / wat hebben ze nodig                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Zorg         | welzijnconcept                                                                            | Welzijnconcept / welzijn gebaseerd / niet zozeer<br>facilitair maar verweven in processen                                                                                                                                                                                                  |
| Zorg         | Producten en diensten                                                                     | Mensen willen zo lang mogelijkzelfstandig wonen /<br>zorg niet op voorgrond                                                                                                                                                                                                                |
| Zorg         | zorggarantie                                                                              | Zorggarantie / Servicekosten / 1 <sup>e</sup> hulp /<br>oproepsysteem Permanente beschikbaarheid en geen<br>afname / aan wie doorbelasten als er geen<br>servicekosten tegenover staan                                                                                                     |

| KERNLABEL    | LABEL                                         | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zorg         | Financieel                                    | In toekomst zorg aan derden verlenen. Kosten lager voor bewoners / maar wie heeft voorrang!?                                                                                                                                 |
| Zorg         | Prijs kwaliteit                               | Zorgtrends / bij wie zorg betrekken en hoe zelf te betalen / verplicht bij la Ciquena afnemen!!??<br>Ja – service hoog niveau / hoeven niet op zoek<br>Kwaliteit tegen betaalbare prijs<br>Geldt voor gehele diensten pakket |
| Welzijn      | Prijs kwaliteit                               | Je kiest een concept wat bij je past / maatwerk<br>Onderscheidend / continuïteit / krijgen waar ze behoefte aan hebben<br>Wat als verwachting tegenvalt / verkoop appartement!!??                                            |
| Welzijn      | onderscheiden                                 | Onderscheidend vermogen /<br>Kwaliteit / keurmerken / zichtbaar maken /<br>transparantie / moet worden uitgevoerd door de werknemers - uitstralen                                                                            |
| Welzijn      | totaalconcept                                 | Wasserij uitbesteed / kwalitatieve afspraken                                                                                                                                                                                 |
| Zorg         | verzekeraar                                   | Kansen – produkt<br>Weinig interesse / eigen sores<br>Weterandering / awbz streep doorheen<br>Zelf verzekeren / particulier regelen                                                                                          |
| Zorg         | Spaanse zorgverzekeraar                       | Inspelen op groeiend aantal buitenlanders                                                                                                                                                                                    |
| Zorg         | woonlandfactor                                | Gedwongen winkelnring door woonlandfactor /<br>keuzevrijheid blijf lastig, staan niet te trappelen                                                                                                                           |
| Zorg         | Collectieve pakketten                         | Lage prijs voor woonpark                                                                                                                                                                                                     |
| Zrg          | Prijs laag                                    | Verzekeraar / 42 hotelapp revalideren zorginkopen<br>Med. en welzijnsfaciliteiten                                                                                                                                            |
| Zorg         | Verzekeraar<br>produkten                      | Status / portugal polis / moeizaam proces<br>Laatste poging / geen noodzaak<br>Veel fusies / 4 partijen in Nederland                                                                                                         |
| Zorg         | Prijzen                                       | Park kan bemiddelen bij prijs afspraken met artsen /<br>fysio etc voor de buitenlandse verzekeraars                                                                                                                          |
| Zorg         | Produkt / verzekeringen                       | Kleine stap naar Nederlandse markt / verzekeraars<br>dreigen boot te missen en markt te bedienen<br>130.000 mensen geëmigreerd / wereldpolis                                                                                 |
| Zorg         | financieel                                    | Gezondheidszorg veel goedkoper dan in buitenland                                                                                                                                                                             |
| Zorg Welzijn | Spaanse markt                                 | Spanje voor spanjoolen / andere markt gaan bezoeken<br>/ samenwerking aangeboden<br>Wel gebruik gaan maken van faciliteiten / restaurant /<br>show cooking front cooking<br>Omgeving te bieden                               |
| Welzijn      | Patiënten verenigingen                        | Nieuwe markten / fysio<br>Sport fysiotherapie                                                                                                                                                                                |
| Welzijn Zorg | Spaanse ouderenzorg hulp<br>aanbieden         | Nederland hoog niveau / thuiszorg opzetten<br>Leren van elkaar /                                                                                                                                                             |
| Zorg         | Inkopen                                       | Wie betaalt bepaalt<br>Families krijgen geld om hulp in te roepen                                                                                                                                                            |
| Zorg         | Ouderenzorg en thuiszorg<br>/ cultuuraspecten | Goede combinatie                                                                                                                                                                                                             |
| Welzijn      | facilitair                                    | Welzijn is concept                                                                                                                                                                                                           |
| Welzijn      | personeel                                     | Klant en service gericht<br>Bredere kwaliteiten en visie<br>Training en opleiding                                                                                                                                            |
|              |                                               |                                                                                                                                                                                                                              |

| KERNLABEL | LABEL               | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welzijn   | Personeel           | Klant visie kan veranderen / aanpasbaarheid<br>Bredere kijk op dingen<br>Multifunctioneel inzetbaarheid                                                                                                                                                                                                 |
| Welzijn   | Klante produkt      | Visie verandering van klant<br>Evolueerd van aanbod naar vraag en service gericht                                                                                                                                                                                                                       |
| Welzijn   | Produkt             | Concept groeit mee                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Welzijn   | Produkt aanbod      | Gelijke tred met vraag houden<br>Veranderd niet binnen een maand<br>Maaltijd en een wijntje, sociale contacten                                                                                                                                                                                          |
| Welzijn   | Servicegerichtheid  | Verweven prim en fac / zoals zij het zien                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Welzijn   | organisatie         | Strikt scheiden kan ook service gerichtheid zijn / niet qua belangrijkheid / uitstraling                                                                                                                                                                                                                |
| Welzijn   | organisatie         | Logistiek organiseren / klant is koning heeft zijn grenzen                                                                                                                                                                                                                                              |
| Welzijn   | Organisatie produkt | Neerzetten van concept en daarin geloven en uitstralen / vertouwen winnen en behouden                                                                                                                                                                                                                   |
| Welzijn   | Concept             | Niet tevreden / keuze vrijheid om te vertrekken                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Welzijn   | Concept             | Keuze wordt bij de voordeur gemaakt                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Wonen     | Servicekosten       | Gesloten circuit / geen winst                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Welzijn   | Comm. exploitatie   | Hotel / fitness / geen gegevens beschikbaar gesteld<br>Nu servicekosten op ca € 710,--                                                                                                                                                                                                                  |
| Wonen     | Produkt             | Discussie hoge serv.kosten met ontwikkelaar<br>Vergelijk NL – tabelletjes / je verkoopt het concept<br>Andere klantenbenadering                                                                                                                                                                         |
| Wonen     | ontwikkelaar        | Korte termijn succes / lastig proces<br>Impressietochten / geen push<br>Nieuw gebied / spreekt het aan<br>Nederlander is behouden / zin dan geloven / operationeel zijn, geeft ander financieel plaatje / financiering<br>Gefaseerd bouwen / risico door dat niet te doen<br>Veel marketing en promotie |
| Wonen     | marketing           | Juiste tijd, plaats, product<br>Early adaptors / groep<br>Wanneer de groep komt is de vraag                                                                                                                                                                                                             |
| Wonen     | Exploitatie kosten  | Vulling van park / cijfers nagaan<br>Risico spreiden<br>Marktonderzoek in Portugal / gestart / Nederlandse club                                                                                                                                                                                         |
| Welzijn   | Concept             | Sociaal aspect                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Hieronder volgende de belangrijkste conclusies met betrekking tot de drie genoemde kernlabels:

#### WONEN

- Welzijnswoonpark gericht op 55+, internationaal en breed georiënteerd;
- Koopwoningen, aantal app. voor verhuur ingericht;
- Huidige woonverpleeghuizen zullen teruglopen;
- Mensen denken vroegtijdig na hoe ze later willen wonen;
- Diverse woon opties (vrijstaand tm appartementen / levensloopbestendig);
- Beschermd park met variatie in faciliteiten;
- Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen;
- Men kiest voor maatwerk op drie aspecten / pakket wat bij je past (Wonen-Zorg-Welzijn);
- Hoge servicekosten geeft discussie met ontwikkelaar / concept verkopen is lastiger dan stenen verkopen);

**ZORG**

- Overheidsfinanciering loopt terug / hoeft niet slecht te zijn;
- Zorggarantie opgenomen in standaard af te nemen pakket / kwaliteit bepaald toetreding voor alle aspecten;
- Zijn zeker mogelijkheden voor Ned. Zorgverzekeraars voor diverse produkten;
- Zorg kosten in Spanje goedkoper dan in Nederland / Rol inkoop zorg voor instelling;
- Zorg trend / wie betaalt betaalt waar zorg wordt genoten / tegenstrijdig met zorgopname in Servicekosten / wat gebeurt er in de toekomst.

**WELZIJN**

- Primair proces is 1op1 relatie klant / vraaggestuurd;
- Welzijn verweven in primaire proces;
- Professioneel, servicegerichtheid, personeelsbeleid cruciaal;
- FM model – platte organisatie – facilitair verweven met primaire proces;
- Afspraken derden belangrijk onderdeel hoe service wordt verleend / visie partners;
- Aanpasbaarheid organisatie noodzakelijk met verandering vraag vanuit de klant / concept groeit mee;
- Sociaal aspect wordt belangrijk / betrokkenheid.

## Derde interview

Datum interview: 26-april 2007  
 Functie geïnterviewde: Facilitair manager Woonzorg complex Costa Blanca  
 Verkregen documenten: Organogram  
 Algemene informatie Woonpark

### Het woonpark:

Het gehele woonpark bestaat uit een 8 tal appartement gebouwen waarvan er 4 verworven zijn door de instelling alsmede een centraal gebouw en het verpleeghuis. De 4 overige gebouwen zijn in handen van de Spaanse staat voor gepensioneerde militairen.

Het complex is eind 2005 verworven door Credo España S.L. (een Koninklijke VolkerWessels onderneming) en Gericon España S.L. (gelieerd aan Argos Zorggroep in Schiedam). Credo is verantwoordelijk voor de uitgifte en het beheer van de appartementen (172 stuks) en Gericon heeft veel ervaring op het gebied van zorg en service. Zij exploiteert het verpleeghuis, het centrale gebouw, en biedt service-, zorg- en gemaksdiensten. Gericon en Credo werken nauw samen met als doel het leven voor alle bewoners zo aangenaam mogelijk te maken.

Voor het interview zijn een drietal vragen opgesteld die voorafgaand in deze bijlage zijn opgenomen.

Naar aanleiding van het interview is deze verkorte weergave opgenomen met antwoord op de gestelde vragen. In acht worden genomen de drie kernlabels wonen/zorg/welzijn alsmede de kernwoorden

Naar aanleiding van het interview was mijn eerste algehele impressie de volgende.

**Wonen:** geïnterviewde verwacht dat aantal vergelijkbare complexen, al dan niet zorg gelieerd sterk zal toenemen. De concepten zullen verschillend zijn maar allen wonen-zorg-welzijn met verschillende nadruk op de drie aspecten. Huur, koop alsmede Uso vitalico behoren tot de gebruiksopties.

Met name de uso vitalico benadering van huurrecht kopen is een nieuwe insteek.

**Zorg:** zorg is de insteek voor woonpark en is als 24 uren alarmering opgenomen in kosten voor appartement gebruikers en direct beschikbaar in verpleeghuis. Daarnaast wordt er aanvullende zorg geboden tegen separate afspraken.

**Welzijn:** ook zijn welzijns faciliteiten op het park aanwezig. Welzijn ziet men als aanbodgestuurde service. Door de hogere gemiddelde leeftijd op het park (rond 75 jaar) is het aanbod van welzijnsdiensten beperkter en richt het zich met name op de basis behoeften. Men overweegt te kijken naar verandering van concept voor met name jongere doelgroep

**Facilitaire organisatie:** de organisatiestructuur is plat en de facilitair manager is direct verantwoordelijk voor financieën, onderhoud, nieuwbouw renovatie en marketing cq commercie. De zorg manager is verantwoordelijk voor alle aspecten rondom zorg en tezamen vormen zij het MT Facilitair is organisatorisch duidelijk separaat van de zorg welke wordt gezien als het primaire proces. Qua uitvoering en invulling van werkzaamheden zijn beide nauw gerelateerd.

**Kansen zorgverzekeraars:** geïnterviewde ziet zeker kansen voor Nederlandse zorgverzekeraars. Basispakket met daarnaast specifieke aanvullende pakketten die gericht zijn op wonen buitenland met onderscheid in somatische en psychisch geriatrische klanten

Met name % dementerende ouderen neemt sterk toe en daar liggen collectieve mogelijkheden, zeker in combinatie met een partner polis o.i.d.

## LABELEN

| KERNLABEL     | LABEL                   | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wonen         | hoofdpijnen             | Nederlands woonzorgpark in zuidspanje gericht op 65 plussers, nu ook meer internationale vraag<br>Met name spaans Duitse en engelse markt                                                                                                                                                                                                     |
| Wonen         | Deel zelfstandig wonen  | Aanleuning met gebruik maken van faciliteiten                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Wonen         | Verpleeghuis            | 24 zorg nodig hebben                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Wonen         | Centraal gebouw         | Centraal gebouw met verschillende functies                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wonen         | onderhoud               | Onderhoud geschied dagelijks door huismeester, kleine reparaties alsmede schoonmaak.<br>Groot onderhoud wordt alleen gereserveerd en moeten centrale afspraken met de drie juridische eigenaren worden gemaakt.                                                                                                                               |
| Welzijn       | Facilitaire organisatie | Onderhoud en beheer verspreid over 3 partijen<br>Exacte invulling moet nog gemaakt worden, 1 partij neemt daar voortouw in                                                                                                                                                                                                                    |
| WonenWelzijn  | Concept trend           | Kinderschoenen in spanje<br>Veel klanten<br>Woonzorg voorziening in Spanje loopt achter<br>Centra in grote steden van Nederland                                                                                                                                                                                                               |
| WonenWelzijn  | Primair proces is       | Zorg voor en ontzorgen van klant                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Wonen         | Concept                 | Aanspraak op zorg en 1 <sup>e</sup> levensbehoefte<br>Concepten voor Spaanse markt bestaan niet door regelgeving                                                                                                                                                                                                                              |
| Zorg          | Marktontwikkeling       | Huidige zorgmarkt spanje                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Zorg          | Basis wetgeving         | Twee pijlers<br>Overheid en particulieren<br>Private instellingen en overheid moeten gaan koppelen, moeten meer gaan samenwerken                                                                                                                                                                                                              |
| Wonen en zorg | toekomst                | Combinatie wonen en zorg en aanvullende 1 <sup>e</sup> levensbehoeften voorziet men als groeimarkt                                                                                                                                                                                                                                            |
| Zorg          | Commercieel             | Privekliniek, kennis verkopen<br>Kamers openen op bv woonzorgcomplexen en spec. Kennis verkopen                                                                                                                                                                                                                                               |
| Zorg          | Financieel              | Concurrerend aanbieden / geconcentreerd vraag vanuit 1 locatie, dit biedt omzet mogelijkheden vraagt veel investeringen qua opzet en instandhouding<br>Wel flexibiliteit                                                                                                                                                                      |
| Zorg          | Wetgeving               | Spaans en Ned regel en wetgeving<br>Awbz regeling, zorgindicatie vervalt / anders klant benaderen<br>Verdwijnen van AWBZ, verzekeraar hier op in spelen<br>midde3ls nieuwe producten<br>Spaanse wetgeving nog bureaucratischer<br>Netwerk in spanje is heel belangrijk, vergunningen, keurmerk<br>Connecties kost tijd / idee vroeg uitwerken |
| Wonen         | Markt / producten       | Mensen komen vanaf jongere leeftijd naar complex<br>Ander beeld dan bestaande klanten<br>Luxere voorzieningen gevraagd / flexibiliteit<br>Exploitatie lastiger te voorzien                                                                                                                                                                    |
|               |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|               |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| KERNLABEL | LABEL       | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Wonen     | Commercieel | Inspelen door<br>Beleidskeuze, ten koste van huidige bewoners<br>Ander bestedingspatroon<br>Twee doelgroepen op complex bij elkaar werkt niet<br>Moet keuze maken, welke hoofddoelgroep<br>Verwachtingspatroon is verschillend                                                                                                                                                                                                                                      |
| Wonen     | facilitair  | Proces dagelijkse aansturing door fac manager<br>Vrij basic, schoonmaak, keuken, OH en adm en receptie<br>Maaltijden decentraal geregeld, wordt aangepast<br>Platteorg, verspreidheid onderhoud over drie betrokken hoofdpartijen<br>Directe betrokkenheid in praktijk bij zorg als prim proces                                                                                                                                                                     |
| Zorg      | Commercieel | Keuzevrijheid klant<br>1 partij die alles regelt<br>laatste fase leven / geen sores, wel ontzorgen<br>in 1x huur betalen / uso vitalico<br>kieskeurig inhoud dienstverlening / geen best of breed<br>maatwerk van die ene partij / verwacht men wel kwaliteit                                                                                                                                                                                                       |
| Welzijn   | financieel  | Thuiszorg regeling voor 1 bedrag<br>Zelf eten koken<br>Iedere dag restaurant eten<br>Zorg kan niet worden ingeleverd<br>Kwaliteit is hoog                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Welzijn   | diensten    | Service kosten alarmering 24 uren<br>Diensten worden door fm er aangestuurd. Er kan en mag niet door klanten bij derden worden ingekocht<br>Kiest dus wederom voor concept alsmede de bijbehorende diensten en pakketten                                                                                                                                                                                                                                            |
| Zorg      | Financieel  | Aandeel kosten zorg is laag<br>Wordt toch gebruik van gemaakt afname zorg<br>Verkoopargument is de uitstekende zorg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Zorg      | Verzekeraar | Inspelen hierop door algemeen basis pakket voor buitenland verzekeren / qua prijzen en kwaliteit met zorgaanbieder onderhandelen en aanbieden klanten<br>Win win situatie: hoogwaardig complex met zorg vanuit Ned. optiek<br>Klanten komen naar hen toe<br>Zorg spec pakket te ontwikkelen<br>Zorg somatisch en psycho geriatrische onderscheiden en qua pakket aanbieden<br>Dementie neemt toe<br>Specialisten moeten toenemen<br>Ook voor oplossing voor partner |
| Zorg      | Financieel  | Doorbelasting apart gefactureerd<br>% opnemen med. beschikbaarheid 300 euro<br>exacte verdeling kosten (%) Deze zijn niet bekend!!                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Zorg      | facilitair  | Inkoop altijd door zorgmanager<br>Kostenvergelijk wel mogelijk<br>Werkwijze en zorgbeleid verpleging zeer belangrijk en bepalend                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| KERNLABEL | LABEL         | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welzijn   | facilitair    | Welzijnsvoorzieningen zal toenemen<br>Meer maatwerk door spec. vraag<br>Verschllende perceptie en interpretatie kwaliteit en welzijn<br>Als her er niet is missen ze het niet / aanbodgestuurd<br>Als je iets wel aanbied maak je onderscheid                                                                                  |
| Welzijn   | commercieel   | Beleidskeuze/ staat kosteninvestering tegenover<br>Welzijn is aanbodgericht<br>Welzijn verwacht men geen spec. investeringen voor 1 <sup>e</sup> 10 jaar.<br>Welzijn concept keuze of niet / beleid van bestuur                                                                                                                |
| Welzijn   | Facilitair    | Meer personeel / verdubbelen<br>Bredere visie personeel<br>Ingehuurd personeel, kapper, fysio, etc<br>Zelfexploiteren faciliteiten vergt training, kennis, etc<br>Personeels management / PZ noodzakelijk<br>Extra professionalisering                                                                                         |
| Welzijn   | facilitair    | Nadruk op primaire proces<br>Prim. altijd zorg gestuurd<br>Argos groep, vandaar zorg strekking<br>Fac. proces doordrongen van zorg gedachte<br>Comm. aspect belangrijk maar zorg is primair                                                                                                                                    |
| Welzijn   | Verzekeringen | Kansen zorgverzekeraar<br>Raakvlakken tussen beide<br>Koppelen zor en welzijn op verzekeringsgebied.<br>Prettig voelen vermindert medishce kosten<br>Med. Aanleiding klanten<br>Onderzoek naar behoefte van klant / intern<br>Perceptie van maatwerk / welk beeld heeft men daarbij<br>Zelf keuzes maken binnen bepaald budget |

## WONEN

- Welzijnswoonpark gericht op 65+, meer internationaal gericht;
- Koop, huur en mengvorm mogelijk;
- Combinatie van verschillende woonconcepten op complex (zelfstandig, zorg en verpleeg);
- Beperkte woonopties, appartementen of app in verpleeghuis;
- Beschermd park met beperkte variatie in faciliteiten;
- Zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen;
- Ook de Spaanse markt is interessant / woonzorg concepten voor Spaanse verzekerden kent men niet.

## ZORG

- Zorg is primaire proces organisatie / zorginstelling is exploitant;
- Men voorziet dat specialisten hun kennis gaan verkopen op dergelijke complexen;
- Prijsconcurrentie en schaalvergroting door klanten op 1 complex te kunnen bieden;
- Zorgverzekeraar heeft diverse kansen in te spelen op nieuwe producten;
- Klant wil 1 partij die alles regelt / geen sores maar maatwerk;
- Zorg vindt plaats op basis Nederlandse norm / hoge kwaliteit en persoonlijk benadering;
- Verpleging wordt apart gefactureerd;
- Zorgmanager speelt belangrijke ro bij beleidvorming en dagelijkse leiding.

**WELZIJN**

- klant komt vanaf jongere leeftijd naar complex / andere perceptie en wenst luxe;
- beleidskeuze bepaald richting organisatie / twee doelgroepen op 1 complex werkt niet;
- facilitaire organisatie is org. gescheiden echter praktisch gezien direct betrokken bij primaire proces;
- verplichte afname diensten, wel hoge kwaliteit diensten / bij derden aanvragen mag niet;
- aanbieden van welzijnsvoorzieningen onderscheid instelling / aanbodgestuurd;
- welzijns faciliteiten aanbieden heeft groot effect op personeel en organisatie;
- Primaire proces altijd zorggestuurd / facilitaire proces is doordrongen van zorggedachte met commerciële gedachte.

## Vierde interview

Datum interview: 02 mei 2007  
 Functie geïnterviewde: Facilitair manager zorg verpleeginstelling Costa Blanca  
 Verkregen documenten: Organogram  
 Algemene informatie Woonpark

### Woonpark

De instelling die bestaat sinds 1997 biedt verpleeghuis faciliteiten en zorgvakanties aan Nederlandse ingezetenen. Men kan dus permanent of voor een korte periode of een langere tijd (tot een half jaar) op het park verblijven.

Men heeft momenteel een locatie alwaar men kan genieten van de aanwezige faciliteiten en de mooie omgeving en het warme klimaat. De weersomstandigheden kunnen ook van positieve invloed zijn op verschillende lichamelijke- en geestelijke aandoeningen.

Tallose Nederlanders hebben baat bij een verblijf in een vakantieland zoals Spanje.

De instelling heeft op basis van haar ervaringen, zorgvisie en kwaliteit per 2004 als eerste buitenlandse zorgorganisatie een AWBZ erkenning verworven. Hierdoor kan het verblijf in een van de accommodaties volledig kosteloos zijn, afhankelijk van de persoonlijke zorgindicatie.

Voor het interview zijn een drietal vragen opgesteld die voorafgaand in deze bijlage zijn opgenomen.

Naar aanleiding van het interview is deze verkorte weergave opgenomen met antwoord op de gestelde vragen. In acht worden genomen de drie kernlabels wonen/zorg/welzijn alsmede de kernwoorden

Naar aanleiding van het interview was mijn eerste algehele impressie de volgende.

**Wonen:** Er zijn 32 appartementen beschikbaar, ingericht met slaapkamer, badkamer, pantry balkon, sober ingericht. Optie tot koop behoorde in het verleden tot de mogelijkheden maar wordt niet meer gedaan. Verhouding permanent en kort verblijf is 70-30 % maar permanente bewoning wordt steeds minder gevraagd. Derhalve worden aanpassingen aan het gebouw gevraagd, is bij de realisatie van ca 10 jaat gelden wellichtonvoldoende op geanticipeerd.

**Zorg:** Instelling is met name zorg-verpleging gericht, gemiddelde leeftijd is ook hoger (vergelijkbaar met instelling 2), zorggarantie welke is opgenomen in vaste servicekosten.

**Welzijn:** Er zijn diverse welzijnsactiviteiten. Deze zijn beperkt maar de organisatie is zich bewust dat door de veranderende vraag er meer welzijnsactiviteiten worden gevraagd en derhalve moeten worden aangeboden. Met name door de veranderende verhouding van pemanent en kort verblijf wordt de vraag naar activiteiten hoger. Hier is qua personele bezetting en taakverbreding op ingesprongen.

**Facilitaire organisatie:** Facilitaire organisatie is beperkt tot klein aantal activiteiten maar is wel direct verbonden aan het primaire proces. Staat rechtstreeks onder directeur. De facilitair manager vormt tesamen met Zorgmanager het MT en zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor dagelijkse leiding.

Facilitaite taken zijn administratie, onderhoud, huishoudelijk dienst en alle overige secundaire activiteiten. Binnen de organisatie is men aan het bekijken welke mogelijkheden er zijn een tweede locatie te openen die meer insteekt op het welzijnsconcept en een aanvulling kan zijn op de aanwezige diensten en een andere doelgroep heeft.

**Kansen zorgverzekeraars:** De organisatie ziet zeker kansen voor zorgverzekeraars op verschillende gebieden. Uiteindelijk zullen de klanten links of rechts om op draaien voor bepaalde kosten, al dan niet via aanvullende verzekeringen. Men werkt al jaren samen met een Nederlandse zorgverzekeraar die haar cliënten laat verblijven bij instelling. Maar er is geen ontwikkeling of produktifferentiatie op dat gebied. De interesse in de mogelijkheden blijven achterwege.

## LABELEN

| KERNLABEL | LABEL                 | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WZW       | facilitair            | Splitsing zorg en zorgdienstzaken<br>MT/ nauwe samenwerking beiden<br>Dagelijkse leiding                                                                                                                                                                                                                                     |
| Welzijn   | facilitair            | Administratie<br>Onderhoudszaken<br>Huishoudelijke dienst<br>Alle overige diensten                                                                                                                                                                                                                                           |
| Welzijn   | facilitair            | Excursies / specifieke medewerkers voor aangenomen                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Welzijn   | facilitair            | Opzetten excursies / aanbodgestuurd                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Wonen     | Opzet concept         | 32 appartementen / nu 30 inwoners<br>eigen app. / woon, keuken bad slaapkamer terras<br>(zongericht en uitzicht)<br>kunnen in principe prive leven<br>vanuit AWBZ gedachte opgezet                                                                                                                                           |
| Welzijn   | diensten              | Kapper, bijeenkomsten, pedicure, fysio, zwembad,<br>maaltijden, computer ruimte                                                                                                                                                                                                                                              |
| WZW       | facilitair            | 20 fte's<br>mix van internationale medewerkers / meertalig<br>kort verblijf / lang verblijf mix<br>vraag trend naar meer kort verblijf / vakanties                                                                                                                                                                           |
| WZW       | organisatie           | Spaanse onderneming<br>Spaanse wetgeving dient te worden negeleefd<br>Thuis voelen is belangrijk / NI personeel                                                                                                                                                                                                              |
| WZW       | organisatie           | Primair proces:<br>Afhankelijk van soort bewoner / garantie men kan<br>verblijven tot einde leven<br>Kort verblijf / meer vraaggericht en welzijnsaspect<br>meer van belang / zo aangenaam mogelijk maken                                                                                                                    |
| Zorg      | zorggarantie          | Medisch dossier wordt overgedragen vanuit NI<br>Vaste bewoners ontwikkelen zich naar een fase en<br>instelling verzorgt alle aspecten daarbij wat nodig is                                                                                                                                                                   |
| Wonen     | appartementen         | Verandering van vast naar kort verblijf heeft invloed<br>op aanpassingen woningen en complex                                                                                                                                                                                                                                 |
| Zorg      | financieel            | Huren incl volledig pakket services / 1 prijs<br>Verzorgings cq verpleegtehuis                                                                                                                                                                                                                                               |
| Zorg      | trend                 | Bestuur bekijkt hoe in te spelen op veranderende<br>benadering van zorg inkoop<br>Instelling blijft waarschijnlijk bestaan zoals het is<br>Men richt zich op AWBZ cliënten en particulieren<br>Particulieren met duidelijk zorgbehoefte<br>Andere benadering dan de oudere die meer<br>welzijngericht is met centraal gebouw |
| Zorg      | strategie             | Opzet van instelling is anders geweest<br>Trend vraagt overweging                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Wonen     | Trend<br>verzekeraars | Veel mensen verhuizen richting Spanje<br>Grote markt is kiezen uit huisvesting met zorg cq<br>welzijnspakketten<br>Wonen basis, zorg of cq welzijnspakketten<br>Andere groep zijn mensen die al in Spanje wonen en<br>zo lang mogelijk in eigen woning willen blijven en<br>uiteindelijk in zorg verpleeginstelling komen.   |

| KERNLABEL | LABEL                   | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welzijn   | klanten                 | Groep wil betalen maar moet ruim pakket zijn. Prijs kwaliteit staat voorop, en hoge eisen stelt met hoge verwachtingen<br>Alles moet er in zijn / aanbodgericht                                                                                                                                   |
| Welzijn   | klanten                 | Zijn luxe gewent, verwachten er iets voor terug!!!                                                                                                                                                                                                                                                |
| Welzijn   | verzekeraar             | Kansen zorgverzekeraar<br>Groep die er aankomt, gaan wellicht eerst zelf iets kopen, niet direct op project<br>Zijn bedeelde mensen<br>Hebben ze verzekering nodig / zorg<br>Pakket aanbiedenbasis verzekering<br>Minder bedeelde groep, willen wel premie betalen waarvoor ze iets terug krijgen |
| Zorg      | financieel              | Welzijn heeft effect op zorgvraag<br>Kan interessant zijn voor zorgverzekeraar                                                                                                                                                                                                                    |
| Zorg      | financieel              | Zorginkopen in buitenland<br>Herstellen in buitenland<br>Gebeurd al                                                                                                                                                                                                                               |
| Zorg      | Financieel<br>produkten | Zorgvakanties<br>Herstel<br>Lijnen zijn er, heeft zich niet doorgezet<br>Capaciteit beperkt / operaties vinden plaats in buitenland door nederlandse chirurg<br>Prioriteiten lagen er ook wellicht niet echt van instelling                                                                       |
| Welzijn   | proces                  | Sfeer in instelling is belangrijk / vakantiegevoel                                                                                                                                                                                                                                                |
| Zorg      | proces                  | Zorg altijd binnen mogelijkheden van alle patienten / willen helpen van goed tot slecht<br>Meer zware patienten dan moeten er gebouwtechnisch aanpassingen worden gedaan<br>Bv slaapkamer kan niet in met gemotoriseerd rolstoel.                                                                 |
| Zorg      | Nieuw complex           | Bij nieuw project kun je scheiding zwaardere en lichtere zorg maken ook voor de gebouwen                                                                                                                                                                                                          |
| Zorg      | Organisatorisch         | Aanbodgericht en aanpassingen waar nodig                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Zorg      | financieel              | Service kosten, alles in 1 pakket<br>Alleen extra reken als er verpleging gaat plaatsvinden, sporadisch<br>Incl maaltijden                                                                                                                                                                        |
| Zorg      | financieel              | Kosten / zorg en service kosten<br>Ca 40 – 60%<br>Prijzen staan vermeld in gegevens<br>Groot deel personeelskosten<br>Ook reservering groot onderhoud                                                                                                                                             |
| Zorg      | verzekeraar             | Awbz verdwijnt<br>Particuliere markt, part markt eng en Duitsers<br>Alles zelf betalen komt niet voor<br>Evt via verzekeren wel mogelijk                                                                                                                                                          |
| Zorg      | financieel              | Gezond klimaat geeft minder medische problemen<br>Minder uitgaven voor med. kosten                                                                                                                                                                                                                |
| Zorg      | wetgeving               | Alle kosten vergoed uit eigen bijdrage<br>Mogen nu alleen niet meer naar Spanje, eg regels<br>Indien geen staats tehuis geen kosten dekking<br>Kort verblijf kan wel via awbz                                                                                                                     |
|           |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

| KERNLABEL | LABEL           | SAMENGEVAT                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Zorg      | wetgeving       | Soort herstel van awbz door aanvullende verz<br>Ook optie nieuw concept<br>Woonlasten voor mensen zelf, maar vergoeding voor med deel<br>Komen feitelijk op zelfde neer, betaalbaar maken voor mensen                                                                                                 |
| Zorg      | facilitair      | Rol fac org bij zorg<br>Alles draait om faciliteiten bieden<br>Doelgroep veranderd<br>Te kleine lift bv<br>In praktijk lopen beide door elkaar heen                                                                                                                                                   |
| Welzijn   | concept         | Welzijn wordt steeds belangrijker, doelgroep veranderd als ook de vraag<br>Kwamen eerst voor wonen ,veiligheid<br>Zorg, maaltijden, verzorging                                                                                                                                                        |
| Welzijn   | concepten       | Nu andere aspecten bij groep die nu komen<br>Willen op pad en dingen ondernemen<br>Aanbod naar vraaggestuurd<br>Willen geentertained worden<br>Gebouw zelf voorzieningen getroffen<br>Comp. zaal en verblijfsruimte voor soc aspecten                                                                 |
| Welzijn   | financieel      | Organisatorisch en financieel<br>Zelfde inkomsten waartegenover meer werk staat<br>Meer welzijn zaken aanbieden, waar komt inkomsten vandaan<br>Allemaal awbz ers, andere doelgroep<br>Geeft wel meer inkomsten<br>Kostenaspect anders is opgebouwd<br>Meer zorg voor vak. gangers dan vaste bewoners |
| Welzijn   | finacieel       | Huidige concept minder opbrengsten<br>Beide locaties koppelen<br>Orientatie fase voor nieuwe ontwikkeling<br>Concept<br>doelgroep                                                                                                                                                                     |
| Welzijn   | organisatorisch | Uitbesteding/ alles zelf, wel extern: OH klussem zwembad, etc wel zelf controle op uitvoering<br>Maaltijden hotel te kuxe, weer eigen keuken gaan runnen<br>Restaurant gerund, onderdeel prim proces                                                                                                  |
| Welzijn   | concept         | Onderscheidend door sociaal aspect<br>Beschermd wonen, onderlinge sfeer<br>Persoonlijke benadering<br>Gemoedelijk en sociaal<br>Service hoge kwaliteit                                                                                                                                                |

**WONEN**

- Op het complex is organisatorisch een duidelijke scheiding tussen zorg en overige dienstzaken;
- Soort woonvraag (van permanent naar kort verblijf) heeft verandering in opzet organisatie ingezet / ook technische aanpassingen noodzakelijk;
- Verleden deel koop / nu alleen huur mogelijk / huur met separaat de servicekosten belast;
- Doel is ook hier zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen.

**ZORG**

- Primair proces is afhankelijk van soort bewoner / permanente bewoner wil 1<sup>e</sup> levensbehoeften / kort verblijf wil vermaakt worden / kwaliteit en beschikbaarheid van diensten staat voorop;
- Opzet van instelling is zorg en verpleging (sporadisch) / trend vraagt heroverweging cq aanvulling door nieuw complex en concept / Verpleging wordt apart gefactureerd;
- Zorgverzekeraar heeft diverse kansen in te spelen op nieuwe producten;
- Zorgmanager speelt ook hier belangrijke rol bij beleidsvoering en dagelijkse leiding.

**WELZIJN**

- Welzijn wordt duidelijk meer vraag en maatwerk voor gevraagd/ De doelgroep bepaald wat wordt aangeboden / sfeer is bepalend;
- Nieuw personeel wordt hiervoor ingezet / bredere inzet personeel is een vereiste / meertalig / consequenties voor uiteindelijke org. Onbekend;
- Dienstenpakket is beknopt en is (nog) niet dagelijks aanwezig. Vraagverandering doet heroverwegen;
- Organisatorisch lopen zorg en welzijn door elkaar en vullen elkaar aan;
- Verplichte afname diensten / verrekend in servicekosten.