

Van zorgcliënt naar huurder; een toekomstbestendig bejaardentehuis

*Afstudeeronderzoek naar succesfactoren voor extramurale
woonconcepten in het kader van het Scheiden van Wonen en Zorg*

Student : **Floor van Haaren**
Studentnummer : 1568463
Adres : Valkeniersborch 10, 3992 CK Houten
Telefoonnummer : 06 14 02 77 42
E-mail : floor.vanhaaren@student.hu.nl
Richting : Projectontwikkeling
Cursus : TBTB-AFO8-11
Titel : Succesfactoren extramurale woonconcepten

Afstudeerbedrijf : **BOB Advies BV**
Adres : Prins Hendriklaan 9-11, 3700 AB Zeist
Telefoonnummer : 030 251 35 19
Begeleider : ir. M.R. (Michiel) Wentges
Mobiel : 06 51 52 32 33
E-mail : wentges-michiel@bobadvies.nl
Functie : Algemeen directeur



Hogeschool : **Hogeschool Utrecht**
Adres : Nijenoord 1, 3552 AS Utrecht
Telefoonnummer : 088 481 82 83
1^e begeleider : ir. J.J. (Jan Jaap) de Kroes
E-mail : janjaap.dekroes@hu.nl
2^e begeleider : Ing. E. (Edwin) van den Heuvel
E-mail : edwin@vandenheuvelbv.eu



Voorwoord

Zorgvastgoed. Door velen bestempeld als saai, conservatief en een oninteressante tak van het vastgoed, het maatschappelijke vastgoed wel te verstaan. Voor mij gold dit stereotypebeeld ook. Commercieel vastgoed heb ik altijd al veel interessanter en “sneller” gevonden. Of dit stereotypebeeld waar is, laat ik in het midden. Door wijzigende regelgeving is hier echter verandering in gekomen. Zorgvastgoed is inmiddels ‘hot’ en verschuift steeds meer richting het commerciële vastgoed. Zorginstellingen bevinden zich dan ook in een overgangsfase van aanbodgestuurde vastgoedbeslissingen naar een vraaggestuurde aanpak. Er is vrijheid gekomen om te investeren, maar er wordt ook risico gelopen: geen cliënten, dan ook geen inkomsten voor de kapitaallasten van het vastgoed. Het is inmiddels voor de cliënt echt een markt geworden: wie betaalt, bepaald. En krijgt wat. Cliënt is wellicht niet eens meer het goede woord. Ik denk dat huurder in deze context een betere verwoording is. Door de alsmaar groeiende marktvraag in deze sector zijn er volop kansen aanwezig. Het is alleen nog niet duidelijk hoe hieraan praktische invulling gegeven dient te worden. Een uitdaging die ik als commerciële vastgoedjongen wel aan wilt gaan...

Dit rapport is dan ook het resultaat van mijn afstudeeronderzoek naar succesfactoren voor extramurale woonconcepten in het kader van het scheiden van wonen en zorg. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van BOB Advies BV en de Hogeschool Utrecht. Gedurende de periode februari – juni 2013 heb ik het onderzoek uitgevoerd, wat tevens het sluitstuk is van mijn vierjarige opleiding Bouwtechnische Bedrijfskunde aan bovengenoemde Hogeschool. Een eindresultaat waarvan ik vooraf niet gedacht had te behalen. Naast een theoretisch onderzoeksresultaat heb ik namelijk ook een handige tool ontwikkeld voor de praktijk. Een tool die inmiddels ook al is opgepakt door deze praktijk, met veelal positieve en enthousiaste reacties. Al met al ben ik dan ook zeer tevreden met dit eindresultaat. De zorgvastgoedmarkt is voor mij een compleet nieuwe wereld die open is gegaan. Kennis en ervaringen die ik al bezat hebben ik kunnen aanvullen met deze unieke ervaring en specialistische kennis. Deze samen vormen dan ook de basis voor mijn toekomstig academisch studieavontuur.

Echter heb ik het onderzoek niet kunnen doen zonder de samenwerking met diverse organisaties. Allereerst wil ik al deze organisaties en experts bedanken die hebben bijgedragen aan dit onderzoeksresultaat. Daarnaast wil ik al mijn collega's van BOB Advies bedanken voor een leuke en inspirerende werkplek. Zij hebben gezorgd voor betrokkenheid en interesse in mijn onderzoek. Een speciaal dankwoord gaat uit naar mijn bedrijfsbegeleiders George Muller en met name Michiel Wentges, iemand waar ik altijd terecht kon met vragen. Daarnaast natuurlijk ook mijn dank voor mijn afstudeerbegeleiders vanuit de Hogeschool Jan Jaap de Kroes en Edwin van den Heuvel voor hun enthousiaste en deskundige begeleiding. Zonder bovengenoemde vier professionals zou ik immers geen afstudeeropdracht en -begeleiding hebben gehad die hebben geleid tot dit resultaat. Tot slot wil ik mijn vriendin Liza bedanken die altijd voor mij klaar heeft gestaan en mij ook tijdens spannende tijden waar nodig heeft geholpen.

Het enige wat ik nog kan doen is mij tot u richten: veel leesplezier!

Met vriendelijke groet,

Floor van Haaren

Houten, 4 juni 2013

Samenvatting

Dit onderzoek is opgedeeld in vier onderdelen: het onderzoek, theoretische kader, de praktijk en conclusies en aanbevelingen. Per onderdeel is hieronder een samenvatting gegeven.

Het onderzoek

Nederland vergrijst, de kosten in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn onhoudbaar en er is sprake van een economische crisis. Ondanks dit is iedere Nederlander trots op het verzekerde zorgstelsel in Nederland. Het Commonwealth fonds beoordeelde het Nederlandse Zorgstelsel in 2010 nog als beste van de wereld! (NOS Nieuwsuur, 2013) Volgens het lenteakkoord is een kwalitatief goede en toegankelijke zorg dan ook voor iedereen van belang (Veldhuijzen van Zanten, Scheiden Wonen en Zorg, 2012). Om dit in stand te houden is het belangrijk dat die zorg ook betaalbaar blijft. Deze zorguitgaven zijn de afgelopen decennia gestegen tot circa 13% van het bruto binnenlands product (bbp). Als deze uitgaven de huidige trends volgen bedragen deze in 2040 bijna 22% van het bbp (EIB, 2013). Om de zorg in Nederland betaalbaar te houden zijn er maatregelen getroffen.

Een van die maatregelen is het extramuraliseren als verdere uitwerking van het 'scheiden van wonen en zorg' (SWZ). Het primaire doel van deze maatregel is, naast het centraal stellen van de zorgbehoefte van de cliënt, een bezuinigingsmaatregel op de AWBZ (Wentges, 2013). Ondanks dat bijna iedereen bekend is met deze maatregel, heerst er onder veel zorgvastgoedpartijen¹ nog onduidelijkheid over hoe hierop ingespeeld dient te worden. Vaak wordt er namelijk geredeneerd vanuit hun eigen perspectief en niet vanuit dat van de cliënt. Voor met name zorginstellingen is dit dogma dan ook lastig te doorbreken. Ondanks dat enkelen zich er al wel mee bezig houden, zijn er tot op heden nog geen concrete succesfactoren gedefinieerd. Daarnaast zijn veel zorginstellingen begonnen met het huishoudboekje van de cliënten op te stellen, alleen is hier tot op heden ook geen bruikbare tool uitgekomen. Kortom; veel zorgvastgoedpartijen staan te popelen om ermee te beginnen, maar een duidelijke strategie ontbreekt.

Naar aanleiding hiervan is er in dit afstudeeronderzoek onderzocht wat succesfactoren zijn voor een extramuraal woonconcept voor deze zorgbehoevende ouderen. Middels het opstellen van onder andere een huishoudboekje van de cliënt zelf, zijn de financiële mogelijkheden van deze cliënt onderzocht worden. Dit heeft tevens geresulteerd in een bruikbare tool voor de praktijk.

Theoretisch kader

De afgelopen jaren is de vergrijzing in Nederland alleen maar toegenomen. Als gevolg van de stijgende welvaart en verbeteringen in de gezondheidszorg neemt, door de toenemende levensverwachting, het aantal 65-plussers al zo'n 50 jaar gestaag toe. De afgelopen twee decennia heeft deze vergrijzing een explosieve doorgemaakt. Reden hiervoor was de aanloop naar 2011, het jaar waarin de eerste naoorlogse babyboomers de leeftijd van 65 jaar bereikten. Deze vergrijzing zal de komende jaren versneld doorzetten tot een climax in 2039. In dat jaar wordt verwacht dat 4,6 miljoen inwoners dan 65-jaar of ouder zijn. Aangezien de komende jaren het aantal ouderen niet alleen stijgt maar deze ouderen ook steeds ouder worden, spreken we van een dubbele vergrijzing. Om de zorgkosten van deze vergrijzing op te vangen heeft de overheid het extramuraliseren ingevoerd.

Door het regeerakkoord van 2010 en het begrotingsakkoord van 2013 zijn er twee verschillende begrippen ontstaan; het scheiden van wonen en zorg en het extramuraliseren. Het verschil tussen de twee zit hem in de mate waarin de overige dienstverlening wordt geïndiceerd en vergoed. Dit verschil is weergegeven op afbeelding 1.

Door het extramuraliseren worden deze zorgbehoevende ouderen² niet meer geïndiceerd, de indicaties verdwijnen dus. Zorgzwaartepakket (ZZP) VV1 en VV2 zijn per 1 januari 2013 al vervallen. Per 1 januari 2014 zal ook de indicatie voor ZZP VV3 vervallen en per 1 januari 2016 ook deels voor ZZP VV4.

¹ Zorgvastgoedpartijen: partijen die betrokken zijn bij zorgvastgoed, zoals zorginstellingen, beleggers of projectontwikkelaars

² Zorgbehoevende ouderen: voorheen geïndiceerde ouderen met ZZP VV1 – VV4

***Afbeelding 1, schematische uitwerking van het scheiden van wonen en zorg en extramuraliseren**

Onderdeel van ZZP-prijs	Zorgfuncties	Persoonlijke verzorging
		Verpleging
		Begeleiding
		Dagbesteding
		Behandeling
	Verblijfscomponenten	Schoonmaakservice
		Maaltijdservice
		Receptie-, restaurant-, winkelvoorziening, magazijn, logistiek, wasservice, geestelijke verzorging et cetera
	Wooncomponenten	Gas, water, licht (eigen appartement)
		Gas, water, licht (algemene ruimten)
		Huurdersonderhoud
		Eigenaarsonderhoud
Geen onderdeel ZZP-prijs	Kapitaallasten (nacalculatie en vanaf 2012 geleidelijk NHC's)	Kapitaallasten zorggebonden ruimten
		Kapitaallasten individuele ruimten

Bij scheiden wonen en zorg gaat de cliënt zelf betalen voor rood gemarkeerde onderdelen (maar blijft sprake van integraal pakket)

Bij extramuralisering van ZZP VV1 t/m VV3 en deels VV4 wordt alleen geïndiceerd voor de blauwe functies

Door het extramuraliseren worden deze zorgbehoevende ouderen niet meer geïndiceerd, de indicaties verdwijnen immers. Zorgzwaartepakket (ZZP) VV1 en VV2 zijn per 1 januari 2013 al vervallen. Per 1 januari 2014 zal ook de indicatie voor ZZP VV3 vervallen en per 1 januari 2016 ook deels voor ZZP VV4. Echter houden de cliënten wel een extramurale zorgaanspraak die bestaat uit functies en klassen. De oplossing voor de zorgaanbieder voor het leveren hiervoor is thuiszorg. Tevens wordt vanaf 2017 de extramurale verpleging dus uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tevens worden gemeenten geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. Door een beperking hierop en een verdere versobering van de diensten dienen cliënten deze dus zelf te 'gaan halen' bij de gemeente middels de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast dienen zij, wanneer ze het niet kunnen betalen, voor huishoudelijke hulp tevens een beroep te doen op deze voorziening.

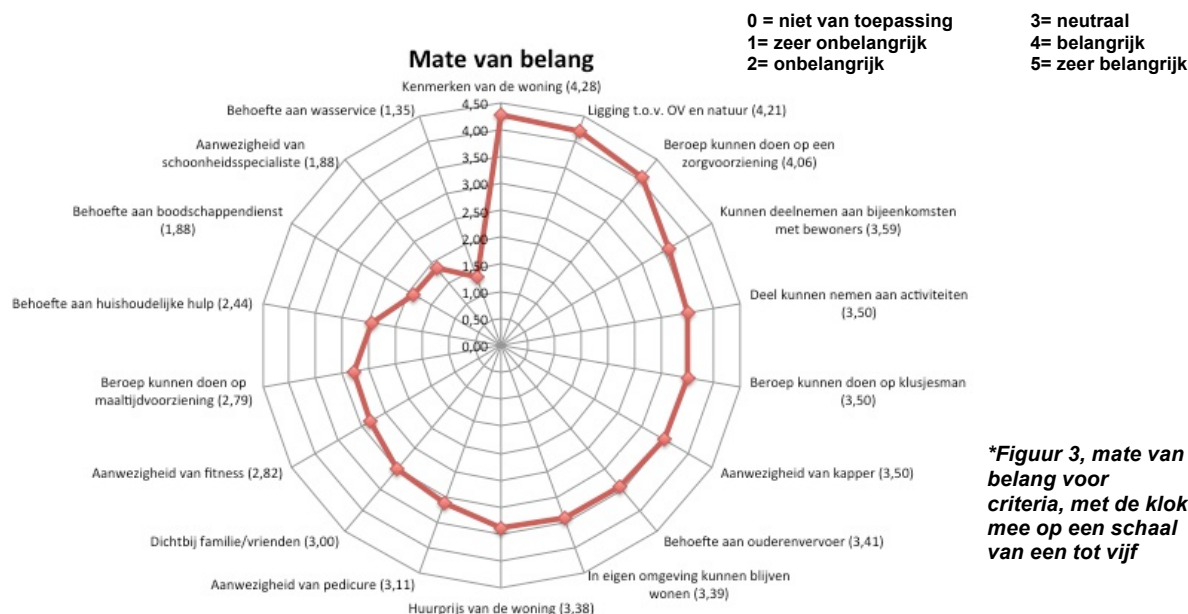
Doordat deze zorgbehoevende ouderen geen indicatie meer krijgen dienen zij dus zelf te gaan betalen voor hun woon- en verblijfslasten. Echter wordt hierdoor door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de hoge eigen bijdrage verlaagd naar een lage eigen bijdrage. Met dit verschil dienen ze de bovengenoemde lasten zelf te gaan betalen. Hierdoor kan de cliënt zelf gaan bepalen hoeveel hij of zij waaraan uitgeeft. Het wordt immers echt een markt: je krijgt waarvoor je betaald. Dit draagt bij aan het promoten van keuzevrijheid voor de cliënt, iets waar zij volgens dit onderzoek ook aan toe zijn. Door de genoemde vergrijzing en extramuralisatie zal de komende jaren de vraag naar zorgappartementen dus toenemen. Deze appartementen dienen echter wel te voldoen aan de wensen en mogelijkheden van de doelgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat betaalbaarheid en keuzemogelijkheid hierbij een belangrijke rol speelt. Uit het onderzoek blijkt dat de doelgroep maar een beperkt bedrag kan reserveren voor de huuruitgave. Door middel van de tool is dit bedrag inzichtelijk gemaakt in tabel 2.

Vrij besteedbaar vs. besteedbare huur			
Aanvullend pensioen (p/m)	Vermogen	Vrij besteedbaar	Besteedbare huur
€0	€0	€293	€439
€0	€50.000	€293	€410
€150	€0	€353	€550
€150	€50.000	€328	€550
€250	€0	€398	€550
€250	€50.000	€368	€550

***Afbeelding 2, besteedbare huur en vrij besteedbaar bedrag in relatie tot het inkomen en vermogen**

Uit het onderzoek blijkt dat gezien de fysieke eigenschappen van de doelgroep het extramuraliseren eerder een kans dan een bedreiging voor hen is. De geïnterviewden zijn het er unaniem mee eens dat ZZP VV1 – VV3 zelfstandig kunnen wonen, al dan niet met wat hulp. Er wordt verwacht dat van de mensen met ZZP 4 niet 100% thuis kan blijven wonen, maar 50%. Hierdoor zal er per nieuwe ZZP VV4 indicatie gekeken worden of die een indicatie krijgt of niet (van Rijn, 2013).

Om de wensen van de doelgroep inzichtelijk te maken is er een enquête uitgevoerd onder de bewoners van een verzorgingstehuis. Deze zijn op te delen in enerzijds de mate van belang van aanwezigheid van bepaalde voorzieningen of de weging bij een keuze voor het appartement op een schaal van een tot vijf of anderzijds een rapportcijfer over de waardering van de woning, woonomgeving en wijk op een schaal van een tot tien. De resultaten van de mate van belang zijn samengevat in figuur 3.

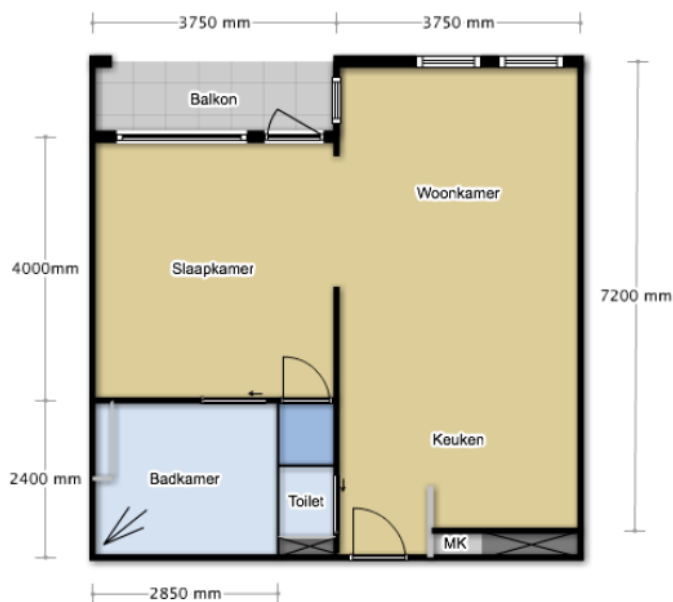


Wat betreft het rapportcijfer over de waardering van de woning, de omgeving en de wijk scoorden de grootte van de woning van 50 m² (8,11) goed. Andere punten waarop het appartement goed scoort is de indeling van de woning (7,82) en de splitsing van een aparte woon- en slaapkamer (7,12).

De praktijk

In aanvulling op het theoretische kader zijn interviews gehouden met diverse zorgvastgoedpartijen. De conclusie van zowel het theoretisch kader als de interviews zijn de hypothetische succesfactoren. Aan de hand hiervan is een extramuraal woonconcept opgesteld die voldoet aan deze succesfactoren. Dit woonconcept is te zien op afbeelding 4.

Belangrijke speerpunten hierin zijn keuzevrijheid voor de cliënt, zelfstandigheid, privacy en betaalbaarheid voor de cliënt. Uit dit onderzoek blijkt dat dit appartement bijna niet haalbaar is voor nieuwbouw, mits er heel scherp wordt aanbesteed. Het ombouwen van voormalig intramurale



***Afbeelding 4, matenplattegrond (50 m² GBO)**

instellingen tot zelfstandige appartementen ligt dan dus ook voor de hand. Hierdoor kunnen de investeringskosten rond de €90.000 worden gehouden. Tevens zullen de appartementen geclusterd worden als aanleunwoning. Dit zodat de zorg geborgd kan worden vanuit de intramurale instelling, de bewoners gebruik kunnen maken van deze voorziening en er geschoven kan worden met de diverse inkomsten om het rendement te vergroten.

Conclusies en aanbevelingen

De belangrijkste succesfactoren die op basis van dit onderzoek als conclusie kunnen worden gegeven zijn:

- Keuzevrijheid en betaalbaarheid zijn de thema's van de toekomst.
- Ouderen met een AOW-uitkering + klein aanvullend pensioen (<€250 per maand) kunnen maximaal **€550** aan **huur** betalen.
- Appartementen van **50 m²** volstaan voor de doelgroep en zijn ruimte-technisch mogelijk.
- De **aanvullende services** dienen **afzonderlijk van elkaar aangeboden te worden** ten behoeve van keuzevrijheid voor de cliënt.
- **Maaltijdvoorziening, schoonmaak- en wasservice en welzijn** zijn de primair aan te bieden diensten.
- De zelfstandige appartementen dienen gesitueerd te zijn als **aanleunwoningen**.
- Een **gescheiden woon- en slaapkamer** is een vereiste.
- Ten behoeve van keuzevrijheid van de cliënt is een **eigen keuken** een vereiste.
- Per appartement dient er aan de gangzijde een **eigen meterkast** gesitueerd te zijn.
- **Primaire aanpassingen** als zorgalarmering, drempelloosheid en brede deuren zijn een vereiste.
- De **investeringskosten** dienen per appartement **<€100.000 incl. BTW** te zijn.
- **Investeringskosten in ouderenhuisvesting** worden in de toekomst een **business** voor commerciële beleggers.

Kortom, kennis van de doelgroep en de buurt is van groot belang. Daarnaast is het promoten van zelfstandigheid, het bieden van keuzemogelijkheden door een zelfstandig appartement aan te bieden met primair de aanvullende services voeding, schoonmaak- en wasservice en welzijn en een maximale kale huurprijs van €550, cruciaal. Het wordt immers echt een markt; degene die betaald, bepaald. De zorgcliënt wordt eigenlijk dus een huurder. Door het openbreken van deze markt zijn er ook volop kansen voor andere partijen, iets wat in de toekomst dan ook een mogelijke business kan worden van commerciële beleggers.

De aanbevelingen zijn opgedeeld in algemene, praktische en onderzoeksmatige aanbevelingen. De belangrijkste algemene aanbevelingen zijn hier opgesomd: De argwaan voor het verhuren van de in de ogen van sommige zorginstellingen kleine zelfstandige appartement voor een naar hun idee buiten proportionele huurprijs berust vaak op vooroordelen. Deze dogma dient dan ook zo snel mogelijk doorbroken te worden. Met dit onderzoek is immers aangetoond dat een dergelijk appartement conform de wens en mogelijkheden van de doelgroep is. Het is dan ook aan te bevelen aan zorginstellingen om voor zichzelf duidelijk te maken wat hun strategie is bij het verhuren van de appartementen. Tevens dient men af te vragen of er voldoende kennis in huis is om naast het zorggedeelte het vastgoedgedeelte te exploiteren. Mocht deze expertise niet in huis zijn is het aan te bevelen zich op de zorg te focussen, dat is immers hun core business. Het vastgoedgedeelte zou dan uitbesteedt kunnen worden aan een woningcorporatie of commerciële belegger. Daarnaast is het aan te bevelen de leeglopende panden te verbouwen tot verhuurbare zelfstandige appartementen, aangezien nieuwbouw niet haalbaar lijkt. Bij de keuze voor verbouwen is het aan te bevelen rigoureus op de boekwaarde van het pand af te schrijven. Hierdoor kan er een nieuw evenwicht worden gevonden tussen de huuropbrengsten en de kosten. Daarnaast is het aan te bevelen, wanneer een zorginstelling de kamers zelfstandig gaat verhuren, dit op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) te melden bij het College sanering zorginstellingen. Daarnaast is aan te bevelen onderzoek te doen naar de mogelijkheden die het vigerende bestemmingsplan toestaat. De belangrijkste praktische aanbevelingen zijn gedaan aan BOB Advies:

- Gebruik de succesfactoren uit de conclusie van dit onderzoek voor strategisch vastgoedadvies voor veelal zorginstellingen;
- focus met name op de bestaande bouw die verbouwd kan worden tot zelfstandige appartementen;
- hanteer een vraaggerichte aanpak in plaats van een aanbodgerichte aanpak bij de huisvesting van geëxtramuliseerde ouderen;
- implementeer de ontwikkelde tool zoals te zien is op afbeelding 5 in de praktijk om klanten inzicht te laten krijgen in de toekomstige huurinkomsten;
- verbreed de focus van alleen zorginstellingen ook naar commerciële vastgoedpartijen.

Inkomen €1.085 AOW Vermogen €0 Aanvullend pensioen Aanvullen met inkomsten box 2 en 3 /per maand €0	Vrij te besteden: €293 C293 totaal vrij besteedbaar is hier minimaal Besteedbare Per maand €214 Per jaar €2.564
Resumé Per jaar Bruto €13.848 Per maand €1.154 Per jaar Netto €12.868 Per maand €1.072 Zorgtoeslag €88 Eigen bijdrage €20,15 €1.300 Premie ziektekosten (per jaar)	Mutatie vrij besteedbaar: €0 Huurtoeslag: Op basis van besteedbare huur €0 Huurtoeslag Huurtoeslag berekenen ☒ AOW <1946 ☒ Extramuraal ☐ Toeslagpartner Scenario opslaan Herstel Print Indien centraal geregeld: Schoonmaak €0 Wassen €0 Maaltijden €0 Overig €0 NIBUD waarden: Verzekeringen €13 Energiekosten €106 Gen.belastingen €0 Huurschuldverm. €20 Servisiekosten €48 Bodemkosten €300 Commissie €6 Jaarverhuur €54 Reset NIBUD waarden

(C) BOB Advies BV

**Figuur 5, ontwikkelde besteedbare huur tool. Besteedbare huur vs. vrij te besteden bedrag*

Daarnaast is in de onderzoekmatige aanbevelingen aanbevolen een vervolgonderzoek te doen om de hypothetische succesfactoren onder een grote groep experts te toetsen. Tevens is aan te bevelen de gehouden enquête uit te breiden onder meer respondenten. Gezien de verschuiving naar het commerciële vastgoed is het aan te bevelen onderzoek te doen naar de mogelijkheden van dergelijke appartementen in de portefeuille van beleggers, voor hen is het immers een nieuwe sector. Daarnaast is het aan te bevelen een nader onderzoek op te stellen naar de mogelijkheden voor een koppelcontract. Met deze koppeling wordt beoogd te voorkomen dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om enerzijds de zorgovereenkomst te beëindigen en anderzijds een beroep kan doen op de huurbescherming. Het gevolg hiervan is dat de zorginstelling de woningen wel kan verhuren aan de cliënt, maar hier geen zorg kan leveren.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	9
Begrippenlijst	11
I: Het onderzoek	13
1. Inleiding	14
1.1 Aanleiding	14
1.2 Probleemstelling	15
1.3 Doelstelling	15
1.4 Onderzoeksresultaat	15
1.5 Onderzoeksopzet en strategie	15
1.6 Afbakening	16
2. Onderzoeksmethodiek	17
2.1 Hoofd- en deelvragen	17
2.2 Onderzoeksmethodiek en -ontwerp	17
II: Theoretisch kader	19
3. Nederlands zorgstelsel	20
3.1 Nederlands zorgverzekeringsstelsel	20
3.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	20
3.2.1 Exploitatie AWBZ	20
3.2.2 Geldstromen	20
3.3 CIZ-indicaties	21
3.3.1 Cliëntkenmerken	21
3.3.2 Besluitkenmerken	22
4. Scheiden wonen en zorg	23
4.1 Aanspraak op verblijf	23
4.2 Verschillende varianten SWZ	23
4.3 Uitwerking extramuraliseren lichte ZZP's	24
5. Van 'babyboom' naar 'ouderengolf'	25
5.1 Demografische kenmerken	25
5.2 Fysieke kenmerken	26
5.2.1 Indicaties	27
5.2.2 Fysieke gesteldheid	27
5.2.3 Technische aanpassingen	27
5.3 Financiële kenmerken	27
5.3.1 Inkomen	28
5.3.2 Uitgaven	28
5.3.3 Huishoudboekje	28
6. Veranderende woonwens	29
6.1 Locatie en woning	29
6.2 Reden van keuze	29
6.3 Waardering van de woning	29
6.4 Waardering van de woonomgeving en wijk	30
6.5 Voorzieningen	30
6.6 Aanvullende services	30
6.7 Conclusies	30
III: De praktijk	32
7. Perspectieven zorgvastgoedpartijen	33
7.1 Zorgaanbieders	33
7.2 Commerciële vastgoedpartijen	35
7.3 Conclusies interviews en hypothesenvorming	36
7.3.1 Algemeen	36

7.3.2 Technisch	37
7.3.3 Financieel	37
7.3.4 Geografisch	38
7.4 Input voor woonconcept	38
8. Uitwerking woonconcept	39
8.1 Gemeenschappelijke ruimte	39
8.2 Technische eigenschappen appartement	40
8.3 Financiële eigenschappen appartement	40
8.4 Stichtingskosten per appartement	41
9. Referentieprojecten	42
9.1 Referentieproject Jonker Frans	42
9.1.1 Het project	42
9.1.2 Keuzes en afwegingen	42
9.1.3 Terugkoppeling hypothesen	44
9.2 Referentieproject Merefelt	44
9.2.1 Het project	45
9.2.2 Keuzes en afwegingen	45
9.2.3 Terugkoppeling hypothesen	46
9.3 Referentieproject De Looborch/Oosterborch	47
9.3.1 Het project	47
9.3.2 Keuzes en afwegingen	47
9.3.3 Terugkoppeling hypothesen	49
9.4 Beoordeling hypothesen	49
10. Tool	51
10.1 Uitgangspunten van de tool	51
10.2 Werking van de tool	51
10.3 Tool	51
IV: Conclusies en aanbevelingen	53
11. Conclusie	54
11.1 Algemene conclusies	54
11.2 Primaire en secundaire succesfactoren	57
11.3 Eindconclusie	57
12. Aanbevelingen	58
12.1 Algemene aanbevelingen	58
12.2 Praktische aanbevelingen	58
12.3 Onderzoeksmatige aanbevelingen	59
13. Literatuur	60
13.1 Bibliografie	60
13.2 Persoonlijke communicatie	63
14. Bijlagen	64
Bijlage 1, uitwerking ZZP VV1 t/m VV4	65
Bijlage 2, zorgvraag ZZP's en beschrijving extramurale zorgomvang	66
Bijlage 3, vraaguitlet ZZP's VV1 t/m VV3 door extramuraliseren	67
Bijlage 4, geldstromen in de AWBZ	68
Bijlage 5, wie doet wat in de AWBZ?	69
Bijlage 6, beschrijving inkomsten en uitgaven	70
Bijlage 7, bewonersenquête	73
Bijlage 8, artikel: "Welke huur kan uw klant betalen?"	74
Bijlage 9, handleiding werking tool	75

Begrippenlijst

Aanleunwoning: woning die gebouwd is tegen of in de nabijheid van een verzorgingstehuis en bedoeld zijn voor oudere mensen. Hierdoor kunnen zij zelfstandige wonen maar toch profiteren van de voorzieningen van de intramurale instelling.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ): een Nederlandse verplichte en collectieve verzekering voor niet individueel verzekerbare ziektekosten. Deze kosten vallen niet onder de zorgverzekeringen waarbij het vaak om dure en langdurige zorg gaat. De AWBZ vormt samen met de Zvw het Nederlandse zorgstelsel.

Babyboom: demografische term waarmee verwezen wordt naar de geboortegolf die in veel West-Europese landen en de Verenigde Staten optrad na de Tweede Wereldoorlog.

Bruto Vloer Oppervlakte (BVO): oppervlakte van een of meerdere ruimtes van een vastgoedobject gemeten (volgens NEN 2580) op vloerniveau langs de buitenomtrek van de opgaande scheidingsconstructie.

Care: zorg die langer dan één jaar duurt voor mensen met een beperking, chronisch zieken en ouderen die professionele hulp en/of begeleiding nodig hebben in hun dagelijkse leven.

Centraal Administratie Kantoor (CAK): Nederlands zelfstandige bestuursorgaan die de eigen bijdragen voor de AWBZ en Wmo berekent en incasseert.

Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ): stichting die vaststelt op welke AWBZ-zorg iemand recht heeft en de indicatie hiervoor afgeeft.

College voor zorgverzekeringen (CVZ): overheidsorganisatie die erover waakt dat verzekerden via de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de zorg krijgen die voor hen noodzakelijk is.

College voor sanering zorginstelling: onafhankelijk bestuursorgaan die goedkeuring dient te verlenen indien een zorginstelling onroerende zaken wilt verkopen of verhuren.

Cure: geneeskundige zorg, veelal kortdurend, die gericht is op herstel. De Zorgverzekeringswet (Zvw) zorgt ervoor dat iedere Nederlander voor deze zorg verzekerd is.

Extramuraal: situatie waarin iemand buiten het gebouw van een instelling woont al dan niet iemand zonder verblijfsindicatie voor een verzorgings-/verpleegtehuis

Extramurale zorgfuncties: extramurale zorg is onderverdeeld in zorgfuncties: persoonlijke verzorging (PV), verpleging (VP), begeleiding (BG), behandeling (BH) en kortdurend verblijf (KVB). Wordt afgegeven door het CIZ.

Extramuraliseren: situatie waarin een persoon geen verblijfsindicatie meer krijgt voor een AWBZ-instelling. Hierdoor dient hij zelf te gaan betalen voor de kapitaallasten en de aanvullende services. Behoud enkel het recht op een zorgvoorziening. Het streven om buiten de muren van een intramurale instelling gelijkwaardige zorg te bieden. Zie ook scheiden wonen en zorg.

Gebruikersoppervlakte (GBO): oppervlakte van een ruimte die nuttig gebruikt kan worden door de gebruiker hiervan

Hoge eigen bijdrage: vergoeding die maximaal kan oplopen tot € 2.189 per maand die betaald wordt aan het CAK voor zorg met verblijf. Zie ook lage eigenbijdrage.

Kapitaallasten: rente en afschrijvingskosten op investeringen in gebouwen en grond

Lage eigen bijdrage: vergoeding die betaald wordt aan het CAK bij een indicatie voor zorg zonder verblijf. Tevens geldt die lage eigen bijdrage bij zorg met verblijf ook voor mensen die (nog) de kosten voor een huishouden buiten de instelling moeten betalen. Zie ook hoge eigen bijdrage.

Lenteakkoord: Nederlands begrotingsakkoord 2013 “Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd” gesloten op 26 april 2012 door de VVD, CDA, D66, GroenLinks en de ChristenUnie.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA): zelfstandig bestuursorgaan die toezicht houdt op de zorgmarkt in Nederland, zowel op zorgaanbieders als verzekeraars.

Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud): onafhankelijk stichting die informeert en adviseert over financiën van huishoudens.

Normatieve Huisvestingscomponent (NHC): productie gebonden vergoeding voor kapitaallasten. Alleen van toepassing voor intramurale huisvesting

Persoonsgebonden budget (PGB): budget gefinancierd vanuit de AWBZ of Wmo waarmee burgers zelf zorg, hulp of begeleiding kunnen inkopen. Zie ook Zorg in Natura.

Psychogeriatrische grondslag: niet-aangeboren aandoening of functiestoornis in of van de hersenen. Veel voorkomende aandoening is dementie.

Scheiden wonen en zorg (SWZ): het scheiden van het wonen en de zorg. De cliënt behoudt de aanspraak op verblijf maar dient zelf te betalen voor de kapitaallasten van de woning. Door de verblijfsindicatie hebben zij recht op een integraal pakket voor zorg- en dienstverlening wat bekostigd wordt vanuit de AWBZ. Zie ook extramuraliseren.

Serviceflattoeslag: mogelijkheid om de kale huurprijs met 35% op te slaan bij aanwezigheid van een noodoproepinstallatie, maaltijdverstrekking, leveren van (para)medische zorg en ruimte voor recreatie en logies en levering van diensten in deze ruimten.

Somatische grondslag: aandoening waarbij iemand last heeft van vaak een lichamelijke ziekte of aandoening.

Thuiszorg: verzorging en verpleging die thuis bij de cliënt wordt geleverd

Verblijf: verblijf in een instelling door een indicatie van het CIZ hiervoor indien de verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo): wet die gemeenten verplicht om burgers keuze te bieden uit hulp in natura of een PGB, waarmee de zorg of hulp zelf ingekocht kan worden. Daarnaast dienen (huishoudelijke) beperkingen die iemand ondervindt gecompenseerd te worden door voorzieningen aan te bieden.

Woningwaarderingssysteem (WWS): puntensysteem om een redelijke huurprijs van een woning vast te stellen. Op basis van het toekennen van punten voor oppervlakte en voorzieningen wordt er aan de hand van het totaal aantal punten een huurprijs vastgesteld. Dit puntensysteem is in de sociale huursegment bindend.

Wet toelating zorginstellingen (WTZi): wet die de toelating van zorginstellingen regelt wanneer zij zorg willen leveren met vergoedingen via de Zvw of AWBZ.

Zelfstandige woonruimte: woning die beschikt over een eigen woon(slaap)kamer, eigen keuken met aanrecht, aan- en afvoer voor water en een aansluitpunt voor een kooktoestel en een eigen toilet met waterspoeling.

Zorg in Natura (ZIN): zorg die geleverd wordt door een zorgaanbieder en waarop iemand aanspraak kan maken volgens de AWBZ of de Zvw. Tevens regelt deze zorgaanbieder de administratie. Zie ook PGB.

Zorgverzekeringswet (Zvw): wetgeving die iedereen verplicht stelt voor een zorgverzekering die verzekerd is voor de AWBZ. Vormt samen met deze AWBZ het Nederlandse zorgstelsel.

Zorgzwaartepakket (ZZP): beschrijft welke ondersteuning of zorg iemand nodig heeft die niet zelfstandig kan wonen. Wordt afgegeven door het CIZ en geeft recht op verblijf in een verzorgings- of verpleegtehuis.

I: Het onderzoek

1. Inleiding

Deze scriptie is het resultaat van een afstudeeronderzoek naar succesfactoren voor een extramuraal woonconcept voor zorgbehoevende ouderen, vanuit het cliëntperspectief, in het kader van het scheiden van wonen en zorg. Dit document is tot stand gekomen door een samenwerking van opdrachtgever BOB Advies BV te Zeist en de Hogeschool Utrecht te Utrecht gedurende een semesterperiode van het studiejaar 2012-2013.

In de eerste paragraaf zal de aanleiding, de relevantie van het onderzoek, en het onderzoeksonderwerp worden beschreven. Hieruit worden de probleem- en doelstelling opgesteld, waaruit het te verwachten onderzoeksresultaat wordt beschreven. Dit hoofdstuk sluit af met een eerste onderzoeksopzet en –strategie en de afbakening van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

Nederland vergrijst, de kosten in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn onhoudbaar en er is sprake van een economische crisis. Ondanks dit is iedere Nederlander trots op het verzekerde zorgstelsel in Nederland. Het Commonwealth fonds beoordeelde het Nederlandse Zorgstelsel in 2010 nog als beste van de wereld! Op elk van de vijf onderzochte gebieden: kwaliteit, efficiëntie, toegankelijkheid, gelijkheid en levensverwachting scoorde Nederland hoog. Onder andere de snelheid, de flexibiliteit en de betaalbaarheid van Nederlandse zorg belandden op de eerste plaats (NOS Nieuwsuur, 2013). Volgens het lenteakkoord is een kwalitatief goede en toegankelijke zorg dan ook voor iedereen van belang (Veldhuijzen van Zanten, Scheiden Wonen en Zorg, 2012). Om dit in stand te houden is het belangrijk dat die zorg ook betaalbaar blijft. In totaal bedragen de uitgaven aan de zorg momenteel ongeveer 87 miljard, waarvan 60% cure (kortdurend herstellende zorg) en 40% care (langdurige zorg). Deze zorguitgaven zijn de afgelopen decennia gestegen tot circa 13% van het bruto binnenlands product (bbp). Als deze uitgaven de huidige trends volgen bedragen deze in 2040 bijna 22% van het bbp (EIB, 2013). Om de zorg in Nederland betaalbaar te houden zijn er maatregelen getroffen.

Een van die maatregelen is het extramuraliseren als verdere uitwerking van het ‘scheiden van wonen en zorg’ (SWZ). Het primaire doel van deze maatregel is, naast het centraal stellen van de zorgbehoefte van de cliënt, een bezuinigingsmaatregel op de AWBZ (Wentges, 2013). Het extramuraliseren is per 1 januari 2013 ingevoerd voor geïndiceerde ouderen³ met zorgzwaartepakket (ZZP) verpleging en verzorging (VV) 1 en VV2. Vanaf 1 januari 2014 zal het ook worden ingevoerd voor ZZP VV3 en per 1 januari 2016 ook voor deels voor ZZP VV4 (Veldhuijzen van Zanten, Scheiden Wonen en Zorg, 2012). Concreet betekent dit dat zorginstellingen vanuit de AWBZ geen vergoeding meer krijgen voor de woon- en verblijfskosten voor nieuwe indicaties; als het ware vervallen de ZZP's. Hierdoor houden deze zorgbehoevende ouderen alleen nog het recht op een zorgaanspraak en vervalt hun verblijfsindicatie. Dit betekent dat, wanneer de cliënten in een zorgomgeving willen wonen, zij als huurder gaat optreden. Daarnaast moeten zij ook afspraken gaan maken met de verhuurder over aanvullende services als wassen, voeding en schoonmaak.

Ondanks dat bijna iedereen bekend is met deze maatregel, heerst er onder veel zorgvastgoedpartijen⁴ nog onduidelijkheid over hoe hierop ingespeeld dient te worden. Vaak wordt er namelijk geredeneerd vanuit hun eigen perspectief en niet vanuit dat van de cliënt. Voor met name zorginstellingen is dit dogma dan ook lastig te doorbreken. Ondanks dat enkelen zich er al wel mee bezig houden, zijn er tot op heden nog geen concrete succesfactoren gedefinieerd. Daarnaast zijn veel zorginstellingen begonnen met het huishoudboekje van de cliënten op te stellen, alleen is hier tot op heden ook geen bruikbare tool uitgekomen. Kortom; veel zorgvastgoedpartijen staan te popelen om ermee te beginnen, maar een duidelijke strategie ontbreekt.

Naar aanleiding hiervan zal in dit afstudeeronderzoek onderzocht worden wat succesfactoren zijn voor een extramuraal woonconcept voor deze zorgbehoevende ouderen. Middels het opstellen van onder andere een huishoudboekje van de cliënt zelf, zullen de financiële mogelijkheden van deze cliënt onderzocht worden. Dit zal tevens resulteren in een bruikbare

³ Voorheen geïndiceerden ouderen met ZZP VV1 - VV4; hierna te noemen 'zorgbehoevende ouderen'

⁴ Zorgvastgoedpartijen: partijen die betrokken zijn bij zorgvastgoed, zoals zorginstellingen, beleggers of projectontwikkelaars

tool voor de praktijk. Daarnaast zullen de wensen van de doelgroep worden onderzocht en gedefinieerd. Aan de hand van theoretische kaders en referenties uit de praktijk zal het onderzoek worden uitgevoerd, waaruit conclusies en aanbevelingen voortvloeien. Om tot dit onderzoeksresultaat te komen zullen enquêtes, interviews en expertmeetings worden gehouden, evenals deskresearch om meer inzicht in de materie te verkrijgen.

1.2 Probleemstelling

Hoewel er al veel is geschreven over deze verandering in de zorg, is het nog voor bijna alle zorgvastgoedpartijen onduidelijk hoe invulling gegeven moet worden aan deze verandering. De vraag is namelijk niet wie deze doelgroep is, maar wat de wensen en mogelijkheden van deze zorgbehoevende ouderen zijn. Concreet houdt dit in dat het onbekend is welk woonconcept voldoet aan de wensen en mogelijkheden van deze zorgbehoevende ouderen die voorheen in een verzorgingshuis zouden gaan wonen; veelal ouderen met een niet al te groot budget. Voor de huisvesting van deze groep ligt dan ook de grootste uitdaging. Hierbij gaat het om de (financiële) mogelijkheden van de doelgroep en de wensen die zij stellen aan de eigenschappen van de huisvesting en de aanvullende services in de nieuwe extramurale situatie⁵.

1.3 Doelstelling

De hoofddoelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een woonconcept voor zorgbehoevende ouderen, dat inspeelt op de wensen en mogelijkheden van de cliënten. Er zal niet vanuit de aanbodkant worden gekeken, maar juist vanuit die vraagkant. Concreet gaat het hierbij om het vinden van een succesvolle product-marktcombinatie in het kader van het extramuraliseren. Een subdoelstelling van dit onderzoek is het doen van aanbevelingen aan zorgvastgoedpartijen over hoe in te spelen op deze extramuralisatie en het ontwikkelen van een tool om de besteedbare huur van de cliënt te bepalen.

1.4 Onderzoeksresultaat

De aanleiding geeft de relevantie aan van het onderzoek. Het onderzoek leidt voor BOB Advies tot handvatten voor strategische advies over de huisvesting van deze zorgbehoevende ouderen, dat ook daadwerkelijk inspeelt op de wensen en mogelijkheden van deze doelgroep. Hierin zijn technische, financiële en geografische succesfactoren onderzocht door middel van het op stellen van hypothetische succesfactoren en deze empirisch te toetsen. Als onderzoeksresultaat zal een opsomming worden gegeven van de primaire en secundaire succesfactoren voor extramurale woonconcepten. Om tot dit onderzoeksresultaat te komen dient er antwoord gegeven te worden op de volgende hoofdonderzoeksvraag: 'Wat zijn technische, financiële en geografische succesfactoren voor een woonconcept bij de extramuralisatie van zorgbehoevende ouderen?'

Het resultaat van dit onderzoek is een documentatie dat inzicht geeft in de wensen en (financiële) mogelijkheden van zorgbehoevende ouderen. Hiermee wordt antwoord gegeven op de geformuleerde hoofdonderzoeksvraag en de vanuit daar opgestelde deelvragen. Deze deelvragen zijn in hoofdstuk 2 'onderzoeksmethodiek' vastgesteld. Eén van de resultaten van dit onderzoek is een praktische tool waarmee de besteedbare huur van de doelgroep bepaald kan worden. Deze tool vormt samen met de opsomming van de succesfactoren het resultaat van het onderzoek voor BOB Advies.

1.5 Onderzoeksopzet en strategie

Het uit te voeren onderzoek zal bestaan uit verschillende fasen. Het eerste deel van het onderzoek beschrijft de aanleiding, probleemstelling en de onderzoeksvraag en dient als basis voor het onderzoek. Het tweede gedeelte, het vooronderzoek, zal een verkennend onderzoek zijn dat als voorbereiding dient voor het derde gedeelte. De doelgroep zal worden onderzocht op fysieke en financiële mogelijkheden en hun wensen. Tevens zal de wet- en regelgeving van het heden en het verleden worden onderzocht en beschreven. Deze onderzoeksdata zullen in het derde deel geanalyseerd en geconfronteerd worden, waaruit hypothetische succesfactoren worden opgesteld. Vervolgens zal hieruit een woonconcept worden opgesteld dat aansluit bij de vraag vanuit de markt. Dit woonconcept wordt middels empirische toetsing in een explorerend onderzoek vergeleken met drie referentieprojecten doormiddel van hypothetische

⁵ Nieuwe extramurale situatie: woonomgeving waarbij cliënten geen aanspraak maken op een verblijfsindicatie

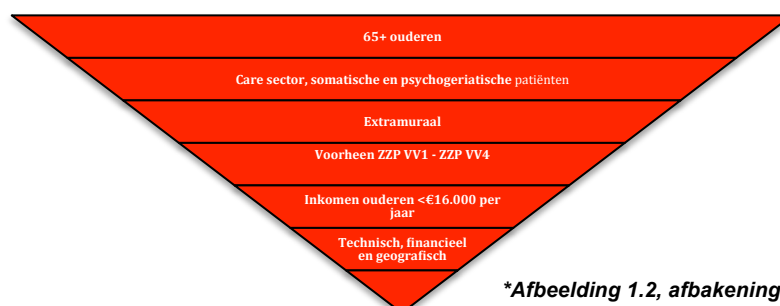
succesfactoren en de uitkomsten van expertmeetings. Hieruit zullen succesfactoren voor het woonconcept vloeien waaruit in het vierde gedeelte conclusies en aanbevelingen ontstaan voor BOB Advies. Per onderdeel is in tabel 1.1 de strategie beschreven.

Onderdeel	Strategie
Deel 1: het onderzoek	- Aangeven van relevantie van het onderzoek door literatuuronderzoek en beschrijving van aanleiding. - Aan de hand van de aanleiding het te onderzoeken probleem vaststellen, de probleemstelling. - Op basis van de probleemstelling de onderzoeksmethodiek en het ontwerp vaststellen. - Op basis van het literatuuronderzoek deelvragen formuleren.
Deel 2: theoretische kader	- Middels deskresearch en interviews de demografische, fysieke en financiële kenmerken van de doelgroep in kaart brengen. - Onderzoek naar de wensen van de doelgroep door een enquête. - Middels desk research en interviews de vigerende wet- en regelgeving beschrijven.
Deel 3: de praktijk	- Door een koppeling van de eigenschappen/wensen van de doelgroep en de vigerende wet- en regelgeving hypothetische succesfactoren opstellen. - Het opstellen van een woonconcept (product) die voldoet aan de vraag (markt). Hiervoor vormen de hypothetische succesfactoren de input. - Het empirisch toetsen van de hypothetische succesfactoren doormiddel van referentieprojecten en expertmeetings.
Deel 4: conclusies en aanbevelingen	- Aan de hand van de resultaten van de empirische toetsing de primaire en secundaire succesfactoren vaststellen. - Op basis van de onderzoek algemene conclusies definiëren. - Het doen van aanbevelingen aan de hand van de onderzoeksresultaten.

**Tabel 1.1, onderzoeksstrategie per onderdeel*

1.6 Afbakening

Het onderzoek richt zich op de extramuralisatie van voorheen ZZP VV1 – ZZP VV4 geïndiceerde ouderen (65+) binnen de sector verpleging en verzorging. Andere ZZP's of sectoren worden niet meegenomen in dit onderzoek. Dit onderzoek richt zich volledig op de care (langdurige zorg), hiertoe zal de cure (kortdurend herstellende zorg) of het aanvullend bijverzekeren verder buiten beschouwing worden gelaten. Het onderzoek richt zich in de care sector alleen op de grondslagen somatisch en psychogeriatrisch. Andere grondslagen worden buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek richt zich tevens enkel en alleen op ouderen met een inkomensplaatje van <€16.000 netto per jaar (AOW + aanvullend pensioen). In 2011 waren er 2.414.300 sociale huurwoningen in Nederland (Aedes, 2011). Wanneer deze bewoners na hun pensioen zorgbehoevend worden, ontstaat er een huisvestingsprobleem wanneer zij in een zorgomgeving willen wonen. Deze mensen hebben namelijk vaak een dergelijke verzamelinkomen na hun pensioen en zitten daardoor financieel krap bij extramuralisatie (Wentges, 2013). Tijdens het onderzoek worden enkel de technische, financiële en geografische succesfactoren voor een extramuraal woonconcept onderzocht. De afbakening is gevisualiseerd in afbeelding 1.2.



**Afbeelding 1.2, afbakening onderzoek*

2. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt op basis van de probleemstelling, de hoofdonderzoeksvraag en de literatuurstudie de definitieve onderzoeksmethodiek bepaald. Deze onderzoeksmethode is een aanvulling op het eerder verschenen plan van aanpak en vormt de basis, en is tevens leidend, voor het vervolg van het onderzoek.

2.1 Hoofd- en deelvragen

Om antwoord te kunnen geven op de hoofdonderzoeksvraag wordt deze opgedeeld in verschillende deelvragen. De antwoorden op deze deelvragen vormen uiteindelijk het antwoord op de hoofdonderzoeksvraag. De hoofdonderzoeksvraag luidt als volgt: 'Wat zijn technische, financiële en geografische succesfactoren voor een woonconcept bij de extramuralisatie van zorgbehoevende ouderen?'

Uit bovenstaande hoofdonderzoeksvraag zijn verschillende deelvragen opgesteld. Deze deelvragen hebben weer betrekking op het vooronderzoek, de analyse en het resultaat van het vooronderzoek en het empirisch onderzoek. De deelvragen zijn:

Vooronderzoek

1. Wat is de oude en nieuwe wet- en regelgeving omtrent de vergoeding vanuit de AWBZ voor zorgbehoevende ouderen met betrekking tot wonen en zorg?
2. Wat is de demografische ontwikkeling van ouderen in Nederland?
3. Wat zijn fysieke en financiële eigenschappen van zorgbehoevende ouderen?
4. Wat zijn de wensen van zorgbehoevende ouderen voor de huisvesting en aanvullende services van een nieuwe extramurale situatie?

Analyse vooronderzoek (eindresultaat: hypothesen)

5. In welke mate komen de onderzochte fysieke en financiële eigenschappen en wensen van zorgbehoevende ouderen overeen met de mogelijkheden die de regelgeving biedt?

Conclusie vooronderzoek (eindresultaat: potentieel product-marktcombinatie)

6. Welke potentieel woonconcept (product) speelt in op de wensen en mogelijkheden van zorgbehoevende ouderen (markt)?

Empirisch onderzoek

7. Welke technische, financiële en geografische beslissingen zijn er in drie referentieprojecten genomen om tot het woonconcept te komen?
8. Hoe verhouden de technische, financiële en geografische beslissingen bij de drie referentieprojecten zich tot de hypothetische succesfactoren?
9. Welke conclusies en aanbevelingen kunnen aan BOB Advies worden gegeven voor strategisch advies over een extramuraal woonconcept voor zorgbehoevende ouderen?

In de volgende paragraaf wordt per deelvraag beschreven welke methodiek er gebruikt zal worden om de deelvraag te beantwoorden.

2.2 Onderzoeksmethodiek en -ontwerp

De vragen uit het vooronderzoek (een, twee, drie en vier) worden in dit rapport beantwoord in het theoretisch kader, waarbij vraag een, drie en vier samen het theoretisch model vormen. Aan de hand van deskresearch, interviews en een enquête (voor de wensen van de doelgroep) wordt deze informatie verkregen. Voor de kwalitatieve interviews is er gesproken met drie verschillende 'soorten' zorgvastgoedpartijen. Het gaat hierbij om een traditionele zorginstelling, twee 'ondernemende' zorginstellingen (die reeds inspelen op het extramuraliseren), twee vastgoedontwikkelaars die (nog) niks met zorgvastgoed te maken hebben en een intern

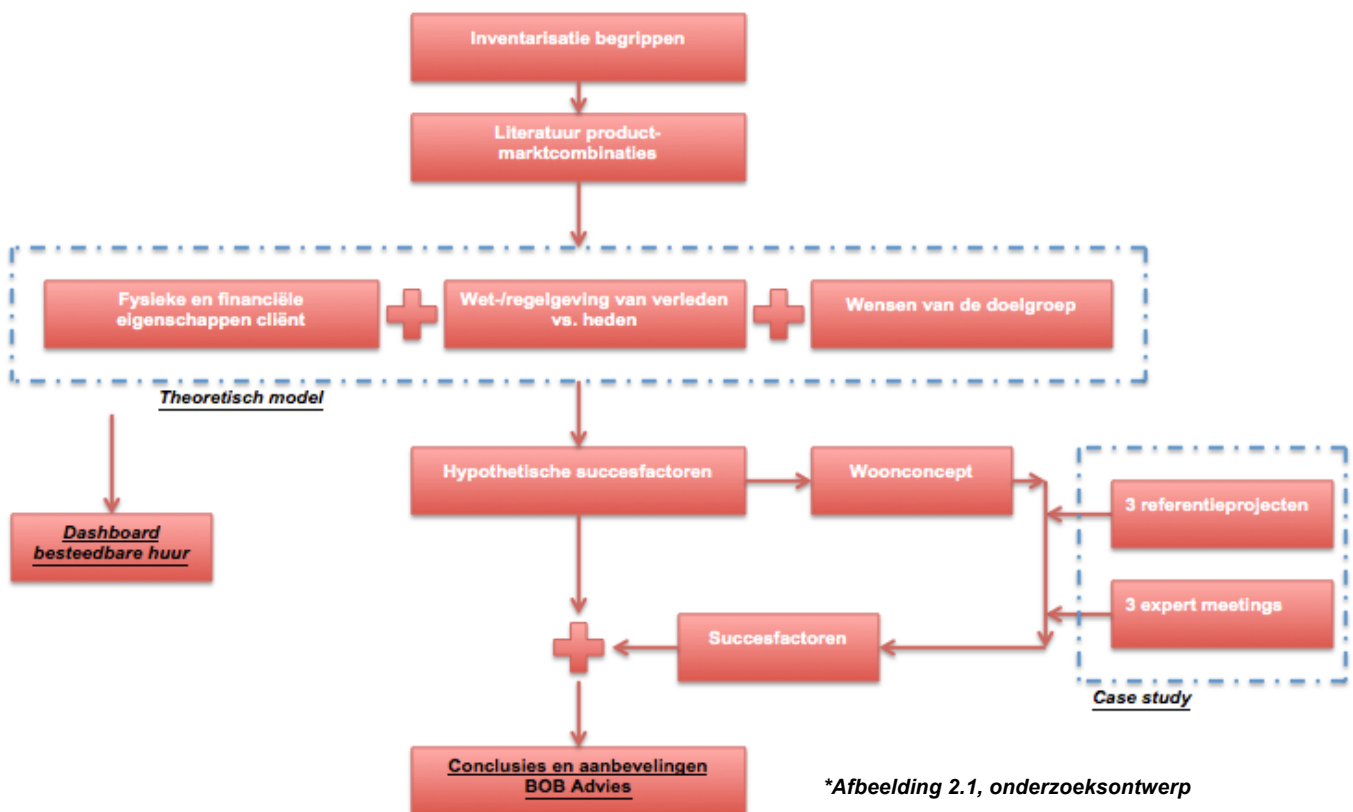
interview. Er is voor deze differentiatie gekozen omdat er veel partijen actief zijn binnen het zorgvastgoed en deze ieder een andere 'kijk hebben' op het onderzoeksonderwerp.

Vraag vier vormt een belangrijk omslagpunt in deze rapportage. Hierin wordt de huidige wet- en regelgeving geconfronteerd met de (financiële) mogelijkheden en wensen van de doelgroep. Het resultaat van deze vergelijking is het opstellen van hypothetische succesfactoren. Deze hypothesen vormen de input voor vraag vijf, waar een woonconcept is uitgewerkt dat inspeelt op de (financiële) mogelijkheden en de wensen van de doelgroep.

In het empirisch onderzoek zijn voor vraag zes drie referentieprojecten geanalyseerd en beschreven. Dit is gebeurd aan de hand van een kwalitatief onderzoek, namelijk het interviewen van drie betrokken personen. Tevens worden de opgestelde hypothesen, die het resultaat waren van vraag vier, in vraag zeven kwantitatief getoetst aan deze referentieprojecten. Middels een tabel met daarin de hypothesen kunnen de geïnterviewden aangeven met welke hypothesen zij het helemaal mee (on)eens of enigszins mee (on)eens zijn. Ter ondersteuning van de hypothesen zal een woonconcept opgesteld worden als resultaat van vraag vijf.

Tot slot zijn, als antwoord op vraag acht, conclusies en aanbevelingen beschreven voor BOB Advies. Dit advies wordt ondersteund door een opsomming van primaire en secundaire succesfactoren en de tool voor het berekenen van de besteedbare huur.

De bovengenoemde onderzoeksvragen zijn schematische weergegeven in figuur 2.1. Hierin is het onderzoeksontwerp overzichtelijk weergegeven, waarin de onderzoeksresultaten zwart zijn gemaakt.



II: Theoretisch kader

3. Nederlands zorgstelsel

3.1 Nederlands zorgverzekeringsstelsel

Een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is cruciaal voor een samenleving. In vergelijking met andere landen is de zorg in Nederland zeer goed toegankelijk (The Commonwealth Fund, 2010). De zorgsector in Nederland is opgedeeld in care (langdurige zorg) en cure (kortdurend, herstellende zorg) (RVZ, 2011).

Deze opdeling komt vanuit de Grondwet, deze stelt namelijk:

'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'
(Nederlandse Grondwet, 1815)

Hiertoe heeft toenmalig minister van VWS Hans Hoogervorst in 2006 gekozen voor een systeem dat medische zorg voor iedereen financieel bereikbaar maakt. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is hierdoor ingericht met twee volksverzekeringen; de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De financiering voor de care wordt door de overheid gefinancierd vanuit de AWBZ. De cure wordt, samen met particuliere verzekeraars, gefinancierd vanuit de Zvw. De zorg die voortkomt uit het vrijwillig aanvullend bijverzekeren wordt door de cliënt zelf gefinancierd (Zorgkantoor Friesland, 2013). Dit onderzoek richt zich volledig op de care, hiertoe zal de cure of het aanvullend bijverzekeren verder buiten beschouwing worden gelaten.

3.2 Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen. Het gaat om zorg of hulp die vaak erg duur en langdurig zijn. Deze medische kosten kan dan ook vrijwel niemand opbrengen. Het is daarom een verplichte en collectieve verzekering waar iedereen die in Nederland woont of werkt aan meebetaalt middels een premie (NZa, 2013). De premie bedraagt 12,65 procent van het bruto inkomen, tot een maximaal heffingsbedrag van 33 duizend euro per jaar (CVZ, 2010). Een overzicht van hoe de AWBZ werkt is opgenomen in bijlage 5.

3.2.1 Exploitatie AWBZ

In de begroting van 2013 bedragen de AWBZ baten in totaal ruim €22,8 miljard. Hiervan is onder andere ruim €17,7 miljard afkomstig van de premies betaald door burgers, ruim €3,7 miljard als Bijdrage in Kosten Korting van het rijk en ruim €1,8 miljard van eigen bijdragen door AWBZ-gebruikers. Dit terwijl de AWBZ lasten in 2013 op bijna €27,3 miljard zijn begroot. Dit geeft een negatief exploitatiesaldo van bijna €4,5 miljard (Ministerie VWS, 2013). De AWBZ exploitatie van 2013 is weergegeven in tabel 3.1.

Exploitatie AWBZ 2013		(Bedrag x miljoen euro)				
Totale baten	22.832,5		Eigen	Rijks-		
Waarvan o.a.		Premie	bijdrage	bijdrage	BIKK	Overig
		17.729,5	1.819,4	13,4	3.719,4	-449,2
Totale lasten	27.295,6					
Waarvan o.a.		Zorgaanspraken en subsidies			Beheerskosten	
		13.617,9			182,8	
Exploitatiesaldo	-4.463,0					

**Tabel 3.1, Exploitatie Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 2013 (Ministerie VWS, 2013)*

Daarnaast bedroegen de betalingen in het persoonsgebonden budget (pgb) bijna €2,6 miljard.

3.2.2 Geldstromen

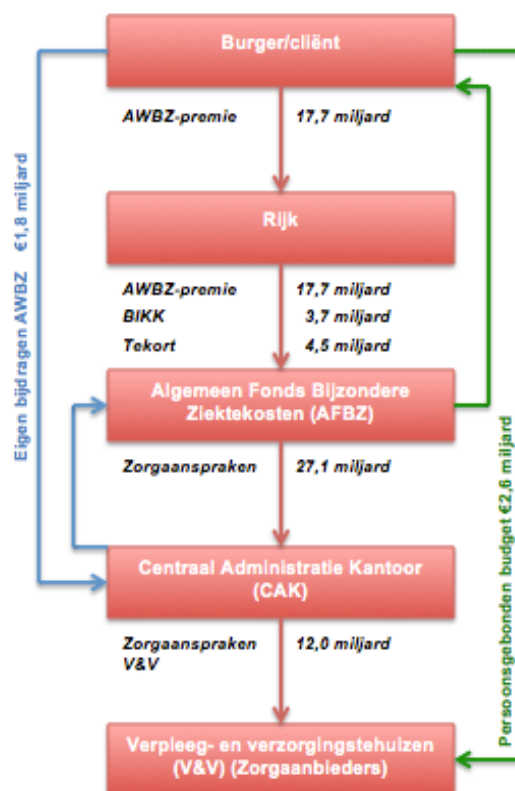
Burgers betalen de AWBZ-premie via hun werkgever, uitkeringsinstantie of pensioenfonds. Zelfstandigen betalen de premie direct aan het Rijk. Daarnaast kopen burgers zorg in met een pgb, met geld vanuit het zorgkantoor bij zorgaanbieders. Daarnaast betalen burgers die AWBZ-zorg gebruiken, een eigen inkomensafhankelijke bijdrage aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) (CVZ, 2010).

Het Rijk stort de premie in het, door College voor zorgverzekeringen (CVZ) beheerde, Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Het Rijk vult de AWBZ-premieopbrengsten aan met geld uit de algemene middelen; de Bijdrage in Kosten Korting (BIKK). Daarnaast betaalt het Rijk eventuele tekorten in het AFBZ (CVZ, 2010).

Het CVZ geeft gelden uit het AFBZ voor zorganspraken door aan het CAK. Daarnaast geeft het CVZ pgb-subsidie aan zorgkantoren (CVZ, 2010).

Het CAK int de eigen bijdrage van de burgers en geeft deze door aan het AFBZ. De gelden voor zorgafspraken die het CAK van het CVZ krijgt, betaalt het CAK aan zorgaanbieders in opdracht van de zorgkantoren (CVZ, 2010).

Het zorgkantoor voert de AWBZ uit namens alle verzekeraars voor alle verzekerden in een regio. Zorgkantoren maken afspraken met zorgaanbieders over te leveren (gecontracteerde) zorg in de regio. Daarnaast geven zorgkantoren betalingsopdrachten aan het CAK om zorgaanbieders te betalen. Tevens betalen de zorgkantoren pgb-gelden aan burgers (CVZ, 2010). Een uitgebreid overzicht van deze geldstromen is opgenomen in bijlage 4.



***Afbeelding 3.2, geldstromen binnen de AWBZ**
(Ministerie VWS, 2013) (CVZ, 2010)

3.3 CIZ-indicaties

Burgers geven zelf aan dat ze AWBZ-zorg nodig hebben en oriënteren zich op het zorgaanbod. Hiertoe sturen zij informatie over hun zorgbehoefte naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en doen een indicatieverzoek. Burgers geven bij het CIZ een voorkeur aan voor de leveringsvorm en een zorgaanbieder, of vragen het zorgkantoor om hulp bij het kiezen. Tevens geven zij toestemming aan het CIZ om hun medische informatie op te vragen bij zorgaanbieders. Het CIZ beoordeelt deze indicatieverzoeken en geeft een zorgindicatie over de cliënt af, die zowel naar de cliënt zelf als het zorgkantoor wordt gestuurd (CVZ, 2010).

3.3.1 Cliëntkenmerken

Onder cliënt wordt hier verstaan: een persoon die op een vastgesteld moment een geldig AWBZ-indicatiebesluit heeft dat is afgegeven door het CIZ en op de peildatum in leven is (CIZ, 2012). Een cliënt kan alleen aanspraak maken op AWBZ-zorg als voor diegene een grondslag kan worden vastgesteld. Een grondslag is een aandoening, beperking of handicap waardoor de verzekerde kan zijn aangewezen op zorg. Er zijn zes grondslagen (CIZ, 2012):

- Somatische aandoening/beperking (SOM);
- Psychogeriatrische aandoening/beperking (PG);
- Psychiatrische aandoening/beperking (PSY);
- Lichamelijke handicap (LG);
- Verstandelijke handicap (VG);
- Zintuigelijke handicap (ZG).

Doordat het onderzoek zich alleen richt op de grondslagen SOM en PG worden in het vervolg de andere grondslagen buiten beschouwing gelaten.

3.3.2 Besluitkenmerken

Cliënten worden niet alleen ingedeeld in categorieën op basis van hun persoonlijke kenmerken. Zij kunnen ook ingedeeld worden op basis van het type zorg dat zij geïndiceerd hebben gekregen of hoe zij hun zorg graag willen ontvangen. Bij de zorgvorm wordt onderscheid gemaakt in extramurale zorg en intramurale zorg. Extramurale zorg geldt wanneer een cliënt maximaal drie etmalen per week in een zorginstelling verblijft. Extramurale zorg wordt geïndiceerd in functies en klassen, intramurale zorg in zorgzwaartepakketten (CIZ, 2012).

3.3.2.1 Extramurale zorgfuncties

De extramurale zorg is onder andere opgedeeld in zorgfuncties, deze functies zijn (CIZ, 2012):

- Persoonlijke Verzorging (PV);
- Verpleging (VP);
- Begeleiding (BG);
- Behandeling (BH);
- Kortdurend Verblijf (KVB).

De functies Begeleiding en Behandeling kennen de vormen Individueel en Groep. Dit leidt tot de functies Behandeling Individueel (BHI) en Behandeling Groep (BG), Begeleiding Individueel (BGI) en Begeleiding Groep (BGG) (CIZ, 2012).

3.3.2.2 Extramurale zorgomvang

In een CIZ indicatiebesluit wordt niet alleen aangegeven op welke functie een cliënt aanspraak heeft, maar ook op de hoeveelheid zorg binnen elke functie. Deze zorgomvang wordt weergegeven in klassen, die oplopen van klasse 0 tot en met 9. De minimum- en maximumklasse verschilt per functie. Per functie worden de bandbreedtes van de klassen gedefinieerd in uren, dagdelen of etmalen per week (CIZ, 2012). Een overzicht hiervan is opgenomen in bijlage 2.

3.3.2.2 Zorgzwaartepakketten

Omdat niet iedere cliënt dezelfde zorg nodig heeft, heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) zorgzwaartepakketten (ZZP's) vastgesteld. Per doelgroep is een aparte reeks ZZP's gemaakt, met onderscheid in: verpleging & verzorging (V&V), gehandicaptenzorg (GHZ) en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Coolen, 2010). Het onderzoek richt zich alleen op de ZZP's voor de sector VV, hierdoor worden de andere sectoren in het vervolg buiten beschouwing gelaten.

Voor de sector V&V wordt onderscheidt gemaakt in tien ZZP's. Deze zijn voor oudere mensen en chronisch zieken die dagelijks hulp nodig hebben. ZZP 1 is bijvoorbeeld voor mensen die zich met beperkte hulp nog kunnen redden en ZZP 8 is voor mensen die heel intensieve zorg nodig hebben. VV heeft twee bijzondere pakketten; ZZP-9 voor kortdurende zorg (herstel) na een ziekenhuisopname en ZZP-10 voor mensen met een terminale ziekte in de eindfase van hun leven, wanneer zorg thuis niet langer mogelijk is (NZA, 2013).

Aan iedere ZZP is een hoeveelheid zorg gekoppeld, uitgedrukt in uren per week. Op basis van het aantal uren bepaalt de NZa welke bedrag per ZZP aan vergoeding wordt gegeven. In bijlage 2 zijn de verschillende ZZP's onderverdeeld in omschrijving, zorgvraag in uren per week en het aantal geïndiceerden (NZA, 2013).

4. Scheiden wonen en zorg

Een van de belangrijkste veranderingen in de care in Nederland is het scheiden van wonen en zorg (SWZ). Deze maatregel heeft betrekking op de vergoeding vanuit de AWBZ en heeft als primair doel, naast het centraal stellen van de zorgbehoefte van de cliënt, een bezuinigingsmaatregel op de AWBZ (Wentges, 2013).

Het SWZ staat al lang op de politieke agenda. Staatsecretaris Veldhuijzen van Zanten sprak in haar brief van 1 juni 2011 nog uit dat het SWZ per 1 januari 2014 in ieder geval voor de ZZP's VV1 – VV2 wordt doorgevoerd. Mogelijk zouden later ook de VV3 en VV4 aangepakt worden en daarbij geeft zij ook aan dat het SWZ op termijn over de gehele linie zal worden doorgevoerd (Veldhuijzen van Zanten, 2011). In haar brief verwijst ze naar het regeerakkoord 2010. Hierin zijn door de toenmalige regering randvoorwaarden gegeven voor het SWZ. In het regeerakkoord 2010 wordt dit als volgt omschreven:

“In de AWBZ wordt overgegaan tot het scheiden van wonen en zorg. Hierdoor krijgen bewoners meer keuzevrijheid. Zorginstellingen zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van cliënten. Ter compensatie van de extra woonlasten, wordt de huidige intramurale eigen bijdrage verlaagd. Bewoners die de woonlasten financieel niet kunnen dragen, komen in aanmerking voor huurtoeslag. Voorwaarde voor de invoering is dat de achterblijvende partner op woonlasten niet financieel achteruit gaat ten opzichte van het huidige systeem en er voldoende eenpersoonkamers beschikbaar zijn.” (VVD - CDA, 2010)

Bovenstaande zinsnede is dus afkomstig uit het regeerakkoord 2010. Echter is in het begrotingsakkoord van 2013 (Lenteakkoord) het SWZ een heel jaar naar voren gehaald. In het akkoord is opgenomen dat nieuwe cliënten, die in het verleden ZZP VV1 – VV4 geïndiceerd werden, geleidelijk aan vanaf 2013 geen aanspraak meer krijgen voor verblijf (VVD, CDA, D66, Groenlinks en Christenunie, 2012).

4.1 Aanspraak op verblijf

Zoals beschreven in paragraaf 3.2 is de AWBZ ingevoerd om de niet verzekerbare zorg in Nederland financieel te dekken. Hierdoor is het een publieke verzekering, waar iedereen die in Nederland woont of werkt voor is verzekerd en recht op heeft (Zorgkantoor Friesland, 2013). De zorg die verzekerd wordt via de AWBZ is onderverdeeld in functies. Deze functies zijn beschreven in bijlage 2 en gedefinieerd in het besluit zorgaanspraken AWBZ. Aangezien verblijf is gedefinieerd als aparte aanspraak, wordt dit bij verblijf in een instelling volledig bekostigd vanuit de AWBZ. In het Besluit Zorgaanspraken AWBZ is verblijf in artikel 9 als volgt omschreven:

“Artikel 9

1. Verblijf omvat verblijf in een instelling met samenhangende zorg bestaande uit persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding of behandeling, voor een verzekerde met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, indien die verzekerde aangewezen is op een beschermende woonomgeving, een therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.” (Wet Besluit Zorgaanspraken AWBZ, 2013)

Scheiden van wonen en zorg kan dus worden omschreven als een beperking van de aanspraak op het verblijf in een instelling die bekostigd wordt vanuit de AWBZ.

4.2 Verschillende varianten SWZ

Door de verschillende uitwerkingen van het scheiden van wonen en zorg in het regeerakkoord van 2010 en het lenteakkoord van 2013 zijn twee begrippen ontstaan: scheiden wonen en zorg en extramuraliseren. Het verschil tussen de twee zit hem in de mate waarin de overige dienstverlening wordt geïndiceerd en vergoed. Bij scheiden van wonen en zorg behouden cliënten aanspraak op een indicatie voor verblijf. Hierdoor hebben zij recht op een integraal pakket voor zorg- en dienstverlening, wat bekostigd wordt vanuit de AWBZ. Bij extramuraliseren krijgen cliënten, die voorheen geïndiceerd zouden worden voor een ZZP (zorgbehoevende ouderen), geen verblijfsindicatie meer. Dat wil zeggen dat deze cliënten in de toekomst alleen aanspraak kunnen maken op een zorgaanspraak. Nu er sprake is van extramuraliseren verdwijnen op termijn de ZZP's VV1 t/m VV4 (Ginneken, 2012). Het verschil is inzichtelijk gemaakt in tabel 4.1.

Onderdeel van ZP-prijs	Zorgfuncties	Persoonlijke verzorging
		Verpleging
		Begeleiding
		Dagbesteding
		Behandeling
	Verblijfscomponenten	Schoonmaakservice
		Maaltijdservice
	Wooncomponenten	Receptie-, restaurant-, winkelvoorziening, magazijn, logistiek, wasservice, geestelijke verzorging et cetera
		Gas, water, licht (eigen appartement)
		Gas, water, licht (algemene ruimten)
Huurdersonderhoud		
Eigenaarsonderhoud		
Geen onderdeel ZP-prijs	Kapitaallasten (nacalculatie en vanaf 2012 geleidelijk NHC's)	Kapitaallasten zorggebonden ruimten
		Kapitaallasten individuele ruimten

Bij scheiden wonen en zorg gaat de cliënt zelf betalen voor rood gemarkeerde onderdelen (maar blijft sprake van integraal pakket)

Bij extramuralisering van ZP VV1 t/m VV3 en deels VV4 wordt alleen geïndiceerd voor de blauwe functies

***Tabel 4.1, schematisering uitwerking van scheiden wonen en zorg en extramuraliseren. De normatieve huisvestingscomponent (NHC) is de productie gebonden vergoeding voor de kapitaallasten (Wentges, 2013).**

4.3 Uitwerking extramuraliseren lichte ZP's

Volgens het Lenteakkoord behouden cliënten dus ook in 2013 hun aanspraak op publiek bekostigde zorg. Echter worden zij in plaats van in een instelling in hun eigen omgeving geholpen (dit kan het ouderlijk huis zijn of een extramurale woon-zorgomgeving) en krijgen zij een extramurale zorgaanspraak in functies en klassen, zoals beschreven in bijlage 2, extramurale zorgomvang. Dit sluit aan bij het concept van zorg in de buurt en speelt in op de wens van de cliënt om zolang mogelijk vanuit eigen huis verzorgd te worden. Met de maatregel wordt aangesloten bij de trend die in de afgelopen jaren al langer zichtbaar is; cliënten blijven langer thuis wonen en de cliënten die wel naar een AWBZ-instelling gaan, zijn de cliënten met een zwaardere zorgvraag. Met de extramuralisering van deze lichtere ZP's wordt bevorderd dat cliënten langer de regie over hun eigen leven kunnen voeren en er een meer gevarieerd extramuraal woon- en zorgaanbod zal gaan ontstaan (Veldhuijzen van Zanten, 2012). Minister Veldhuijzen van Zanten zal de maatregel uit het begrotingsakkoord 2013 als volgt uitwerken (Veldhuijzen van Zanten, 2012): In de sector V&V krijgen nieuwe cliënten ZP 1 en 2 per 1 januari 2013 geen indicatie meer voor verblijf. ZP VV3 zal per 2014 en ZP VV4 per 2016 worden geëxtramuraliseerd voor nieuwe cliënten. Inmiddels heeft staatssecretaris Van Rijn de voorgenomen extramuralisering verzacht. Het gaat hierbij om het vinden van maatwerk voor mensen met beperkingen. Er wordt verwacht dat van de mensen met ZP 4 niet 100% thuis kan blijven wonen, maar 50%. Hierdoor zal er per nieuwe ZP VV4 indicatie gekeken worden of die een indicatie krijgt of niet (van Rijn, 2013).

Tevens wordt vanaf 2017 de extramurale verpleging vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarnaast worden gemeenten geheel verantwoordelijk gemaakt voor ondersteuning, begeleiding en verzorging. Door een beperking hierop en een verdere versoering van de diensten dienen cliënten deze dus zelf te 'gaan halen' bij de gemeente middels de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast dienen zij, wanneer ze het niet kunnen betalen, voor huishoudelijke hulp tevens een beroep te doen op deze voorziening (Regeerakkoord, 2013).

Voor de sector VV verblijven momenteel 7.900 ZP VV1, 19.900 ZP VV2 en 18.900 ZP VV3 cliënten (totaal 46.800) zich in een intramurale instelling (NZa, 2012). Aangezien de maatregel alleen wordt ingevoerd voor nieuwe cliënten ondervinden deze geïndiceerden geen gevolgen van de maatregel. De hoeveelheden geven de gevolgen aan wanneer de uitstroom van cliënten niet wordt aangevuld met nieuwe instroom. In bijlage 3 is een schema opgenomen waarin de vraaguitval te zien is. Door de extramuralisatie scheelt dit voor de sector verpleging en verzorging per jaar bijna 500 miljoen euro (VVD, CDA, D66, Groenlinks en Christenunie, 2012).

5. Van 'babyboom' naar 'ouderengolf'

De afgelopen jaren is de vergrijzing in Nederland alleen maar toegenomen. Als gevolg van de stijgende welvaart en verbeteringen in de gezondheidszorg neemt, door de toenemende levensverwachting, het aantal 65-plussers al zo'n 50 jaar gestaag toe (CBS, 2011). Door de naoorlogse geboortegolf, de 'babyboom', zal dit de komende jaren alleen nog maar verder toenemen. Naar verwachting zal deze stijging tot 2030 aanhouden. Hierna zal het aantal ouderen afnemen doordat er na 1970 minder kinderen werden geboren, de 'babybust'. Dit wordt veroorzaakt doordat veel babyboomers minder kinderen hebben gekregen waardoor niet alleen het aantal ouderen stijgt, maar ook het percentage (CBS, 2011). Op tal van beleidsterreinen zijn er de afgelopen jaren al verschillende maatregelen overwogen en genomen. Op het vlak van vastgoed, waar dit onderzoek op is gericht, is in de inleiding beschreven dat het scheiden van wonen en zorg er hier één van is. De voornaamste uitdaging als gevolg van deze maatregel is het scheppen van succesfactoren voor de extramurale huisvesting van deze ouderen voor de komende decennia (Wentges, 2013).

Om deze succesfactoren te kunnen definiëren is het van belang de belangrijkste kenmerken van deze ouderen te kennen. Een belangrijke succesfactor voor ouderenhuisvesting is de huurprijs. In een extramurale situatie fungeert de cliënt namelijk als huurder. Hiertoe is in paragraaf 5.3 een huishoudboekje opgesteld voor ouderen waarin de besteedbare huur de afgeleide is. Verder beschrijft dit hoofdstuk de fysieke (mede als output van de interviews) en demografische eigenschappen van ouderen.

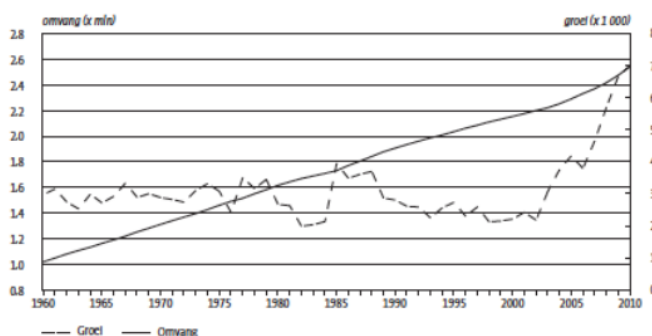
5.1 Demografische kenmerken

In de afgelopen halve eeuw is de Nederlandse bevolking jaar op jaar gegroeid. Voor deze ontwikkeling is de natuurlijke groei (het aantal geboren minus het aantal overleden) verantwoordelijk (CBS, 2011). In grafiek 5.1 is deze ontwikkeling te zien. Hierin valt meteen op dat de omvang van de inwoners blijft stijgen maar dat de groei per jaar wel decennia lang minder wordt.



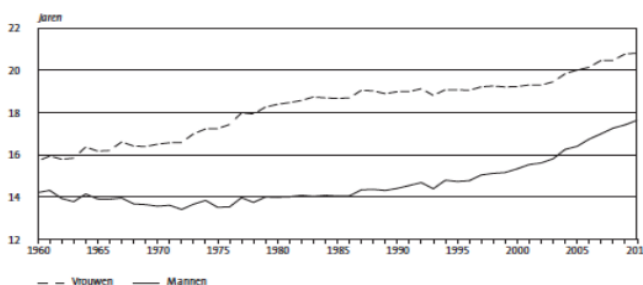
*Grafiek 5.1, omvang en groei van de bevolking (CBS, 2011)

Voor dit onderzoek is er verder ingezoomd op de omvang en groei van het aandeel 65-plussers. In de afgelopen vijftig jaar is de vergrijzing van Nederland een heel geleidelijk en daarmee ook weinig opvallend verschijnsel geweest. Echter heeft de vergrijzing de afgelopen twee decennia een sterke groei doorgemaakt zoals te zien is in grafiek 5.2 (CBS, 2011). Reden voor deze explosieve groei is de aanloop naar 2011, het jaar waarin de eerste naoorlogse babyboomers de leeftijd van 65 jaar bereikten.



*Grafiek 5.2, omvang en groei van het aantal 65+ (CBS, 2011)

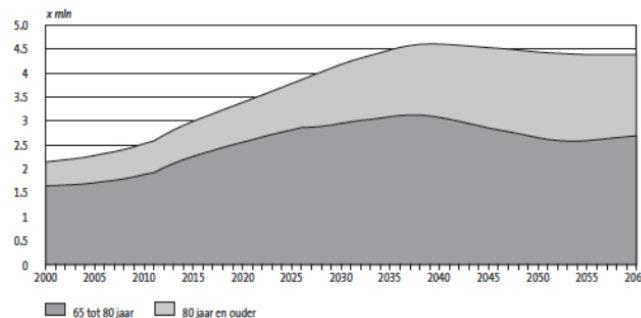
Als er dan ingezoomd wordt op hoe lang deze mensen nog van hun AOW-uitkering kunnen genieten is er in grafiek 5.3 in de laatste paar jaren een aanzienlijke stijging te zien. Lange tijd veranderde deze



*Grafiek 5.3, resterende levensverwachting na 65 (CBS, 2011)

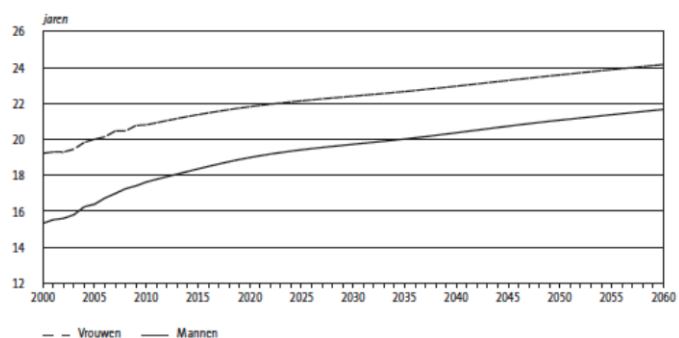
levensverwachting niet. Recent is daar verandering in gekomen. Tussen 2002 en 2010 steeg de resterende levensverwachting van AOW-gerechtigden vrouwen van 19,3 naar 20,8 jaar en die van even oude mannen van 15,6 naar 17,6 jaar.

Door deze stijging zal de vergrijzing in Nederland de komende jaren versneld doorzetten. Het jaar 2011 vormde hier zoals eerder gezegd het kantelpunt; dit is het moment waarop de eerste naoorlogse babyboomers de 65 jarige leeftijd bereiken. In maar vijf jaar tijd zullen er een half miljoen 65-plussers bijkomen, dit is twee keer zoveel als in de voorgaande vijf jaar. Verwacht wordt dat Nederland in 2039 het hoogtepunt van de vergrijzing bereikt; 4,6 miljoen inwoners zijn dan 65-jaar of ouder (CBS, 2011). Het aantal ouderen stijgt niet alleen, deze ouderen worden ook steeds ouder. Hierdoor spreken we van een dubbele vergrijzing. Een halve eeuw geleden was maar één op de 74 inwoners 80 jaar of ouder, nu is dit een op de 25 (CBS, 2011). De prognose is dat dit aantal in 2050 zal stijgen tot 1,8 miljoen 80-plussers. Dan zal één op de tien mensen, die we nu nog tot de alleroudsten rekenen, deel uitmaken van deze groep. Vooral de groei van deze groep zal gevolgen hebben voor de zorgvraag en de behoefte aan geschikte ouderenhuisvesting (CBS, 2011). De ontwikkeling van het aantal 65-plussers is weergegeven in grafiek 5.4



*Grafiek 5.4, ontwikkeling aantal 65-plussers (CBS, 2011)

Als er teruggekeken wordt naar de levensverwachting van ouderen na hun 65^{ste}, is de prognose dat dit alleen maar zal stijgen als gevolg van innovatie in de zorg. Volgens de nieuwste prognose neemt bij mannen de levensverwachting na hun 65^{ste} tussen nu en 2060 toe met 3,9 jaar toe, van 17,8 naar 21,7 jaar. Bij vrouwen bedraagt deze toename 3,2 jaar, van 20,9 naar 24,2 jaar (CBS, 2011). Deze ontwikkeling is weergegeven in grafiek 5.5.



*Grafiek 5.5, prognose levensverwachting na de 65-jarige leeftijd (CBS, 2011)

De vergrijzing van de bevolking heeft grote gevolgen, met name op sociaaleconomisch gebied. Nederland kent een sociaal zekerheidsstelsel dat wordt gefinancierd met behulp van een omslagstelsel, waarbij in elk jaar de werkenden de uitkeringen van de inactieven betalen. Op deze wijze wordt onder andere de AOW-uitkering gefinancierd (van Dalen, 1991). Wanneer het aantal ouderen in een omslagstelsel toeneemt, zullen de inkomsten uit belastingen moeten stijgen om het welvaartsniveau en de AOW-uitkering te kunnen garanderen. Daarnaast is het evident dat door de dubbele vergrijzing in Nederland de zorguitgaven sterk zullen toenemen. Hiervoor zijn, zoals beschreven in hoofdstuk 4, bezuinigingsmaatregelen voor genomen in de vorm van het extramuraliseren. Wil Nederland ook over enkele decennia nog kunnen beschikken over verzekerde AWBZ zorg, dan zijn deze maatregelen gezien de dubbele vergrijzing onvermijdelijk.

5.2 Fysieke kenmerken

Middels deskresearch is het vaststellen van fysieke kenmerken van de doelgroep erg lastig. Hiervoor hebben onder andere de interviews met de drie zorginstellingen uit hoofdstuk 6 als input gediend voor deze paragraaf. Door het extramuraliseren worden nu en op termijn de ZZP's VV1 t/m VV4 (deels) afgeschaft. Hierdoor moeten deze cliënten zelfstandig blijven of gaan wonen. De vraag is of dit mogelijk is, wat de beperkingen zijn van zo'n cliënt en hoe het appartement hierop dient te worden vorm gegeven.

5.2.1 Indicaties

Zoals beschreven in hoofdstuk 4 zullen de ZZP VV1 t/m VV4 op termijn (deels) komen te vervallen, ZZP VV1 en VV2 zijn immers al vervallen. Veel partijen en geïnterviewden vinden het zo slecht nog niet dat deze indicaties reeds zijn komen te vervallen. Cliënten kunnen zich volgens Ruud Stemerding van Florence en Jan Baan van Charim, al dan niet met wat hulp, goed redden en gaan er door het extramuraliseren vaak zelfs financieel op vooruit als gevolg van de ontstane keuzevrijheid. Volgens de geïnterviewden geldt dit in bijna dezelfde mate ook voor ZZP VV3. Echter vinden zij het unaniem niet verantwoord om ZZP VV4 te extramuraliseren. Met name de zelfredzaamheid van de bewoners en of deze mensen nog rekeningen kunnen betalen en een huurcontract kunnen sluiten wordt in twijfel getrokken. Inmiddels heeft staatssecretaris Van Rijn de voorgenomen extramuralisering verzacht. Het gaat hierbij om het vinden van maatwerk voor mensen met beperkingen. Er wordt verwacht dat van de mensen met ZZP 4 niet 100% thuis kan blijven wonen, maar 50%. Hierdoor zal er per nieuwe ZZP VV4 indicatie gekeken worden of hij/zij een indicatie krijgt of niet (van Rijn, 2013).

5.2.2 Fysieke gesteldheid

In bijlage 1 zijn de cliëntprofielen opgenomen van ZZP VV1 t/m VV4. Hierin is uitgebreid beschreven hoe een gemiddelde cliënt met het betreffende ZZP eraan toe is. Voor dit onderzoek zijn alleen de ZZP's VV1 t/m VV4 opgenomen en beschreven. Andere ZZP's VV of in andere sectoren zijn niet van toepassing.

Voor ZZP VV1 en VV2 geldt dat zij ten aanzien van zelfredzaamheid met name behoefte hebben aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk verkeer, het uitvoeren van complexe taken en het huishoudelijk leven. Ten aanzien van mobiliteit hebben deze mensen weinig tot geen hulp nodig. Voor binnenshuis volstaat hier vaak een rollator al (NZa, 2013).

Voor ZZP VV3 geldt dat de cliënt vanwege omvangrijke somatische problematiek behoefte heeft aan begeleiding en vooral ook aan intensieve verzorging. De cliënten hebben ten aanzien van sociale redzaamheid hulp nodig bij deelname aan het maatschappelijk verkeer, het nemen van besluiten en het uitvoeren van taken en de dagelijkse routine. De cliënten hebben daarnaast vaak ten aanzien van geestelijke ondersteuning hulp, toezicht of sturing nodig. Ten aanzien van mobiliteit hebben deze cliënten binnenshuis al hulp nodig bij het opstaan of uit het bed komen (NZa, 2013).

Voor ZZP VV4 geldt dat zij intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging nodig hebben. Ten aanzien van sociale redzaamheid hebben ze hulp nodig bij communiceren, het nemen van besluiten en het uitvoeren van taken. Ze kunnen vaak niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk verkeer. Door beperkingen met denken, geheugen, oriëntatie en concentratie hebben ze veel behoefte aan hulp, toezicht en sturing. Ten aanzien van mobiliteit hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen (NZa, 2013).

5.2.3 Technische aanpassingen

Doordat de doelgroep vaak te maken heeft met somatische klachten dienen de appartementen primair aangepast te worden aan de doelgroep. Vanuit de basis betreft het een nultredenwoning. Daarnaast is het volgens de geïnterviewden wenselijk om voor zoveel mogelijk het hele gebouw drempelloos te maken. Hierdoor is het rolstoel- en rollatorvriendelijk. Daarnaast is het van belang dat de deurposten breed genoeg zijn, ter bevordering van de rolstoelvriendelijkheid. Door de slechte mate van zelfredzaamheid is het van belang een zorgalarmeringssysteem met een alarmknop per appartement in te bouwen. Daarnaast hebben de geïnterviewden unaniem aangegeven dat een meterkast aan de buitenzijde van het appartement gewenst is. Hierdoor kunnen er, wanneer het te gevaarlijk wordt voor de cliënt, bepaalde dingen worden afgesloten zoals gas en warm water.

5.3 Financiële kenmerken

Om inzichtelijk te krijgen hoe het budget van zorgbehoevende ouderen met een laag inkomen eruit ziet, is in dit rapport een 'huishoudboekje' uitgewerkt voor drie scenario's. De eerste situatie betreft een alleenstaande oudere die alleen een AOW-uitkering geniet. De tweede

situatie waar een AOW-uitkering geldt in combinatie met een aanvullende pensioen van €1.800 bruto per jaar. In de derde situatie heeft de oudere een AOW-uitkering met een aanvullend pensioen van €3.000 bruto per jaar en een eigen vermogen van €75.000. Het huishoudboekje geeft duidelijkheid over de gemiddelde uitgaven bij bepaalde inkomsten van zorgbehoevende ouderen. Dit geeft een helder beeld van wat een cliënt in de diverse scenario's over houdt wat besteedbaar is voor huur.

5.3.1 Inkomen

Uit cijfers van het CBS blijkt dat in 2010 slechts vijfduizend 65-plushuishoudens naast hun AOW geen andere inkomsten hadden en bij 170 duizend 65-plushuishoudens waren die extra inkomsten minder dan €3.000 bruto per jaar. Uiteindelijk blijkt dat circa 10% van de vijfenzestigplussers een laag inkomen heeft van €16.000 per jaar of lager (AOW + €3.000 klein aanvullend pensioen) (CBS, 2012). De drie scenario's geven hiermee, voor wat betreft het inkomen, een duidelijk beeld van deze lage inkomensgroep. In de scenario's is uitgegaan van een volledige AOW-uitkering en een alleenstaande situatie. Daarnaast is er voor inkomsten rekening gehouden met aanvullend pensioen, vakantiegeld over de AOW-uitkering en het pensioen en een huur- en zorgtoeslag. Een beschrijving van alle inkomsten is opgenomen in bijlage 6.

5.3.2 Uitgaven

Tegenover de inkomsten staan de uitgaven. Door het extramuraliseren moeten cliënten weliswaar zelf gaan betalen voor hun woon- en verblijfslasten, ze worden immers huurder, maar hier tegenover staat dat hun bijdrage voor ziektekosten verandert van een hoge naar een lage eigen bijdrage. De uitgaven die verband houden met de woon- en verblijfslasten omvatten grotendeels huur, energiekosten, servicekosten, belastingen en verzekeringen, boodschappen en persoonlijke verzorging. Voor al deze uitgaven zijn onderbouwde aannames (Nibud) gedaan wat betreft de hoogte hiervan. Een beschrijving van alle uitgaven is opgenomen in bijlage 6.

5.3.3 Huishoudboekje

In tabel 5.6 is voor de drie scenario's uitgewerkt wat de inkomsten en uitgaven zijn. Dit resulteert in een besteedbare huur per scenario. Scenario een betreft enkel een AOW-uitkering, scenario twee AOW-uitkering + €1.800 bruto per jaar en scenario drie een AOW-uitkering + €3.000 bruto per jaar met een eigen vermogen van €75.000. De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten, de daarmee samenhangende Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ) en de Compensatie Eigen Risico (CER) worden afgeschaft conform het Regeerakkoord 2014.

In hoofdstuk 9 is een tool gemaakt waarmee de besteedbare huur per ingesteld scenario kan worden berekend middels een dashboard met draaiknoppen.

Huishoudboekje extramuraal voor VV met AOW <1946 (alleenstaand) zonder EV

Basis				
AOW	BU	€ 13.018	€ 13.018	€ 13.018
AOW vakantiegeld	BU	€ 829	€ 829	€ 829
Aanvullend pensioen	BU	€ -	€ 1.800	€ 3.000
Aanvullend pensioen vakantiegeld	BU	€ -	€ 144	€ 240
Totaal		€ 13.848	€ 15.792	€ 17.088
Zorgtoeslag	BU	€ 1.056	€ 1.056	€ 1.056
Belasting en premies	AF	€ -	€ 344	€ 573
Zorgverzekeringswet	AF	€ 736	€ 837	€ 905
Basispremie ziektekosten, incl. eigen risico	AF	€ 1.300	€ 1.300	€ 1.300
Saldo netto per jaar		€ 12.868	€ 14.367	€ 15.366
Per maand		€ 1.072	€ 1.197	€ 1.280

Extramuraal VV				
Huurtoeslag	BU	€ 3.804	€ 3.652	€ 3.432
Huur	AF	€ 7.596	€ 7.596	€ 7.596
Servicekosten	AF	€ 576	€ 576	€ 576
Energiekosten	AF	€ 1.266	€ 1.266	€ 1.266
Gemeentelijke belastingen	AF	€ 150	€ 150	€ 150
Verzekeringen	AF	€ 150	€ 150	€ 150
Personenalarmering/domotica	AF	€ 78	€ 78	€ 78
Eigen bijdrage	AF	€ 1.678	€ 1.816	€ 1.965
Telefoon gesprekskosten	AF	€ 54	€ 54	€ 54
Boodschappen incl. persoonlijke verzorging	AF	€ 3.650	€ 3.650	€ 3.650
Persoonlijke kosten	AF	Uit vrij te besteden		
Vrij te besteden netto per jaar		€ 1.474	€ 2.683	€ 3.313
Per maand		€ 123	€ 224	€ 276

Extramuraal per maand	€ 123	€ 224	€ 276
Intramuraal per maand	€ 237	€ 174	€ 70
Verschil extramuralisering	€ 115-	€ 50	€ 206

*Grafiek 5.6, huishoudboekje extramurale cliënt

6. Veranderende woonwens

Door de vergrijzing en extramuralisering (als beschreven in respectievelijk paragraaf 5.1 en hoofdstuk 4) zal de komende jaren de vraag naar zelfstandige zorgappartementen toenemen. Voor de realisatie hiervan wordt er vooral gekeken naar de aanbodkant, en dan met name naar de corporatiesector. Onvoldoende wordt er rekening gehouden met de wensen van de ouderen zelf. Het is immers een feit dat de toekomstige ouderen anders zijn dan de ouderen van nu.

Uit eerder onderzoek van onder andere TNO en USP Marketing Consultancy blijkt inderdaad dat deze woonwens aan het veranderen is. Samen concluderen ze dat ouderen zo lang mogelijk thuis willen blijven wonen en de stap naar een “bejaardentehuis” zo lang mogelijk willen uitstellen. Wanneer deze stap gemaakt wordt, willen ze niet ergens gaan wonen met het predicaat “senioren” of “zorg”. Ze willen graag gaan wonen in zelfstandige zorgappartementen. Een omgeving waar ze zelfstandig kunnen leven maar wel een beroep kunnen doen op zorg, mocht dit onverhoopt toch nodig zijn. Belangrijke woonwensen van ouderen zijn minimaal een eigen slaapkamer, het zelfstandig kunnen leven en het kunnen kiezen voor eventuele aanvullende services (USP Marketing Consultancy, 2012) (TNO, 2010).

Om deze specifieke wensen inzichtelijk te maken is er in samenwerking met een zorginstelling geënkquêteerd onder de bewoners van deze zorginstelling. In deze accommodatie worden door de zorginstelling zowel intramurale plekken aangeboden als zelfstandige appartementen. In het kader van dit onderzoek is de enquête uitgevoerd onder 20 bewoners van de zelfstandige appartementen. Bij de beoordeling van één tot vijf wordt nul gezien als niet van toepassing, één als zeer onbelangrijk, drie als neutraal, vier als belangrijk en vijf als zeer belangrijk. Een overzicht van de bewoners enquête is opgenomen in bijlage 7.

6.1 Locatie en woning

De locatie is gelegen in de omgeving Utrecht en ligt in een groene bosrijke omgeving, maar wel dichtbij het de kern van de betreffende stad. De appartementen bestaan uit een aparte woon- en slaapkamer, een keuken/hal, een eigen sanitaire ruimte met douche en wc en iedere bewoners beschikt over een eigen berging. Alle appartementen zijn voorzien van een buitenruimte in de vorm van een balkon of een kleine buitenruimte op de begane grond. De locatie is daarnaast goed bereikbaar per openbaar vervoer en beschikt over een parkeernormering van 0,3. De locatie beschikt over zorgalarmering, een was- en schoonmaakservice, een maaltijdvoorziening, een winkeltje, een bibliotheek, klusjesman, fitness, kapper, opticien, schoonheidsspecialiste en een pedicure. Veel van deze voorzieningen zijn gesitueerd in het intramurale gedeelte, waar de zelfstandige appartementen gebruik van kunnen maken. Alle bewoners kunnen gebruik maken van 24-uurs zorg. Doordat de bewoners alleen een zorgaanspraak hebben, dienen de bewoners alleen te betalen voor de services waarvan ze gebruik maken. De appartementen zijn rond de 50 m² groot, waarvoor de huurprijs van €485 per maand verschuldigd is.

6.2 Reden van keuze

De bewoners zijn gevraagd om aan te geven op een schaal van één tot vijf naar waarom er destijds is gekozen voor een woning op deze locatie. 55% van de bewoners geeft hierbij aan dat de keuze bepaald is doordat ze hierdoor in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen. Dit komt overeen met de resultaten van de interviews en het literatuuronderzoek, waaruit blijkt dat ouderen zoveel mogelijk in hun eigen (sociale) omgeving willen blijven wonen (Veldhuijzen van Zanten, 2012). Hierdoor geeft 50% dan ook aan dat deze locatie dicht bij familie en/of vrienden ligt. Ondanks dat de huurprijs van de appartementen lager is dan dat het puntensysteem voorschrijft, scoort de huurprijs maar gemiddeld een 3,38. Deze score is grotendeels te verklaren doordat de meeste bewoners van de locatie uit corporatiewoningen komen, waar ze meer vierkante meters hadden voor bijna hetzelfde bedrag. Daarnaast wil iedereen altijd een zo laag mogelijke huur betalen. Daarentegen scoren de woningen zelf bijzonder goed, gemiddeld een 4,28.

6.3 Waardering van de woning

Belangrijk voor dit onderzoek is hoe de bewoners over hun appartement denken. Zij zijn gevraagd om een rapportcijfer van één tot tien te geven wat zij van hun appartement vinden. Ondanks dat er vaak wordt gezegd dat mensen een appartement van rond de 70 m² wensen,

geven de bewoners hun appartement van rond de 50 m² gemiddeld een 8,11. Ondanks dat men voor de woning volgens het puntensysteem een huur van €485 minimaal mag vragen (Rijksoverheid, 2013), geven de bewoners de verhouding tussen de huurprijs en de geboden kwaliteit van het appartement toch gemiddeld een 7,17. Andere punten waarop het appartement goed scoort is de indeling van de woning en een gescheiden aparte woon- en slaapkamer. Hier wordt respectievelijk gemiddeld een 7,82 en 7,12 voor gegeven. Voor de hoeveelheid bergruimte geven de bewoners een wat lager cijfer, gemiddeld een 6,50. Als algemeen cijfer geven de bewoners hun appartement gemiddeld een 7,87, iets waaruit blijkt dat de indeling van de woning in combinatie met de grootte en de huurprijs positief wordt gewaardeerd door de doelgroep.

6.4 Waardering van de woonomgeving en wijk

De bewoners zijn gevraagd om een rapportcijfer van één tot tien te geven wat zij vinden van hun woonomgeving en de wijk waarin ze wonen. De bewoners geven aan dat ze het belangrijk vinden dat er een recreatieruimte aanwezig is, al dan niet in het intramurale gedeelte. Dit beoordelen ze dan ook met gemiddeld een 8,05. De bereikbaarheid met het openbaar vervoer scoort zeer hoog met gemiddeld een 8,40. Opvallend is dat dit de enige vraag is waar iedereen op heeft geantwoord. Iets wat aangeeft dat het openbaar vervoer belangrijk is voor ouderen. Daarentegen scoort de parkeervoorziening “maar” gemiddeld een 7,06. Doordat de locatie dichtbij de kern van de stad is, is het vanzelfsprekend dat dit beoordeeld wordt met gemiddeld een 8,34. Tevens is er op de locatie een kleine winkel aanwezig. Als algemeen cijfer geven de bewoners de woonomgeving en de wijk gemiddeld een 8,11. Hieruit blijkt dat dit aspect zeer belangrijk is voor de bewoners. Het appartement kan immers bijna overal worden gebouwd.

6.5 Voorzieningen

Zoals beschreven in paragraaf 6.1 zijn er op de locatie diverse voorzieningen aanwezig, al dan niet in het intramurale gedeelte. Over de aanwezigheid van deze voorzieningen zijn de bewoners gevraagd op een schaal van één tot vijf wat hiervan vinden. De mogelijkheid om een beroep te doen op de maaltijdvoorziening scoort heel verschillend. Precies de helft geeft aan dit belangrijk te vinden, terwijl de andere helft dit minder belangrijk vindt. De bewoners die het minder belangrijk vinden zullen dan ook gebruik maken van hun eigen keukens. Zelfstandigheid promoten is dus van belang. Opvallend is dat 70% van de bewoners aangeeft dat ze graag een beroep zouden doen op een klusjesman. Wat tevens even hoog scoort is het kunnen deelnemen aan activiteiten. Elkaar kunnen ontmoeten en sociale contacten is dus erg belangrijk voor de bewoners zoals ook geconcludeerd werd uit de interviews. 75% van de bewoners geeft aan dat ze het prettig vinden een beroep te kunnen doen op de zorgvoorzieningen. Voor de bewoners vormt dit een vorm van sociale veiligheid. Voorzieningen als een kapper (3,50) en pedicure (3,11) scoren gemiddeld wel goed, de fitness (2,82) en een schoonheidsspecialiste (1,88) gemiddeld echter niet.

6.6 Aanvullende services

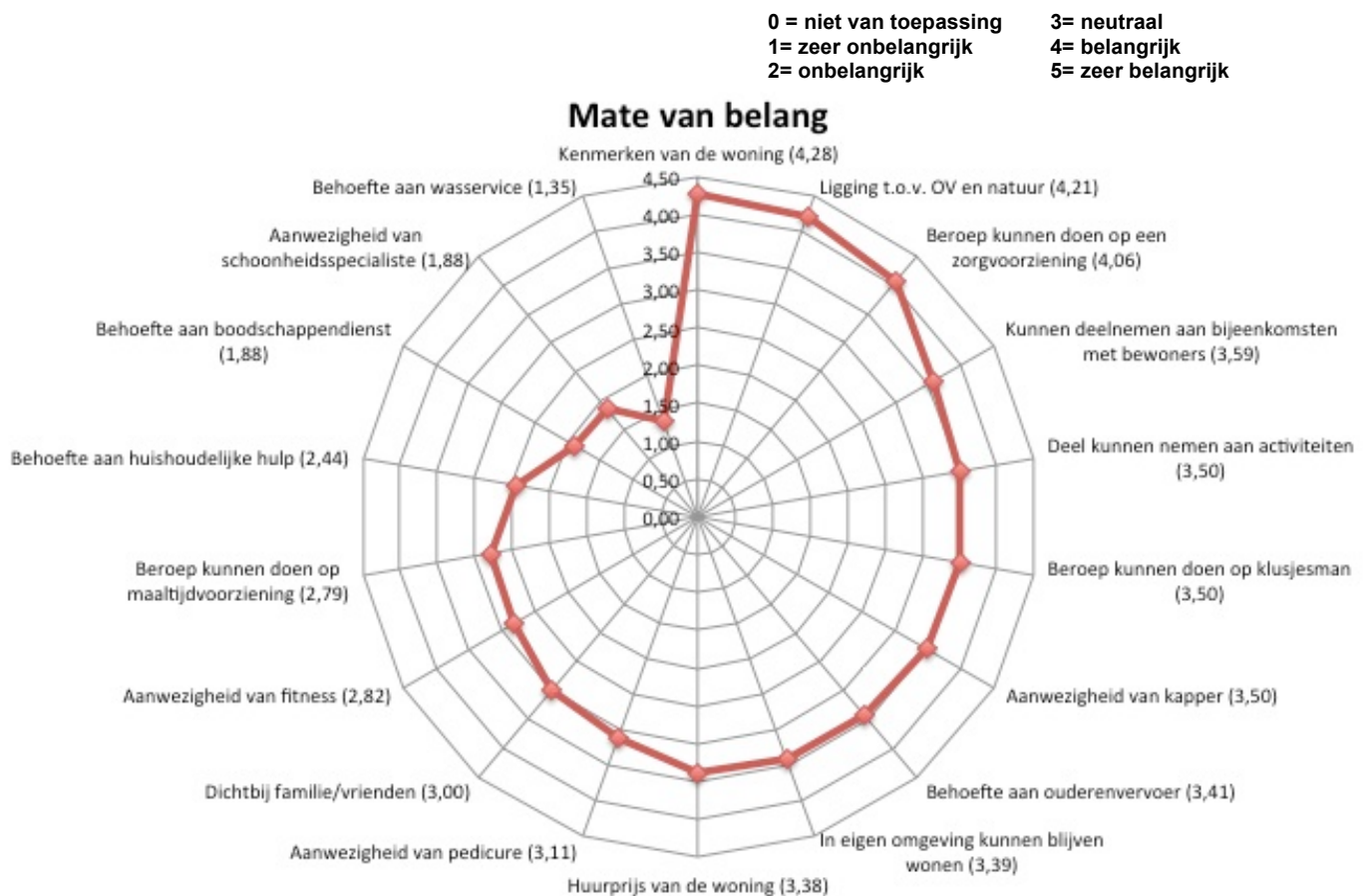
Een belangrijke punt bij ouderenhuisvesting is het aanbieden van verschillende aanvullende services, al dan niet als integraal pakket. Hiervoor zijn in deze paragraaf de bewoners gevraagd in hoeverre de bewoners behoefte hebben aan een bepaalde service, op een schaal van een tot vijf. Opvallend is dat de huishoudelijk hulp verschillend scoort (2,44). 25% geeft aan dat dit heel belangrijk voor ze is, terwijl 30% zegt dat het niet van toepassing is. Dit verschil is te herleiden naar de mate waarin de bewoner iets nog zelf kan doen. Aanvullende services waar bewoners weinig behoefte aan hebben zijn een boodschappendienst (1,88) en een wasservice (1,35). Opvallend is dat niemand aangeeft dat ze een wasservice als (zeer) belangrijk ervaren. Dit wordt mede veroorzaakt omdat ieder appartement over een eigen wasmachine aansluiting beschikt. Services die zeer goed scoren zijn ouderenvervoer (3,41) en bijeenkomsten met bewoners (3,59). Het kunnen ontmoeten, zoals ook al goed scoorde bij het kunnen meedoen aan activiteiten, is dus erg belangrijk voor de cliënt. Evenals mobiliteit, zoals ook werd geconcludeerd door de hoge score op een goede openbaar vervoer verbinding en de parkeermogelijkheden.

6.7 Conclusies

Om de wensen van de doelgroep inzichtelijk te krijgen, zijn in dit hoofdstuk deze wensen inzichtelijk gemaakt. Deze zijn op te delen in enerzijds de mate van belang van aanwezigheid van bepaalde voorzieningen of de weging bij een keuze voor het appartement op een schaal

van een tot vijf of anderszids een rapportcijfer over de waardering van de woning, woonomgeving en wijk op een schaal van een tot tien.

Uit de resultaten van de mate van belang bij de keuze voor de woning blijkt dat de woning zelf (4,28), de ligging ten opzichte van voorzieningen en natuur (4,21) en het kunnen blijven wonen in hun eigen omgeving (3,39) erg van belang zijn. Voor wat betreft het belang van de aanwezigheid van voorzieningen scoort het beroep kunnen doen op een zorgvoorziening (4,06) het hoogst. Een logische uitkomst aangezien de bewoners mede hiervoor in een dergelijke omgeving gaan wonen. Alle aspecten met betrekking tot sociale contacten scoren goed. Dit zijn bijeenkomsten met bewoners (3,59), het kunnen deelnemen aan activiteiten (3,50) en het kunnen blijven wonen in hun eigen omgeving (3,39). Andere voorzieningen die bewoners erg van belang vinden zijn een beroep kunnen doen op een klusjesman, ouderenvervoer en de aanwezigheid van een kapper. Opvallend is dat mensen het bijna onbelangrijk vinden om een beroep te kunnen doen op een maaltijdvoorziening (2,79), huishoudelijke hulp (2,44) en een wasservice (1,35). Tijdens de expertmeetings bij de referentieprojecten zal dit dan ook een belangrijk onderwerp worden. Al met al kan geconcludeerd worden dat de woning en de omgeving zelf van belang zijn, het onderdeel zorg belangrijk is en dat mensen elkaar kunnen ontmoeten. Tevens stellen mensen het in beperkte mate op prijs een beroep te kunnen op voorzieningen. De resultaten van de mate van belang zijn uitgewerkt in figuur 6.1.



**Figuur 6.1, mate van belang voor criteria, met de klok mee op een schaal van een tot vijf*

Wat betreft het rapportcijfer over de waardering van de woning, de omgeving en de wijk scoorden de grootte van de woning van 50 m² (8,11) goed. Andere punten waarop het appartement goed scoort is de indeling van de woning (7,82) en de splitsing van een aparte woon- en slaapkamer (7,12). Als algemeen cijfer geven de bewoners hun appartement een 7,87, iets waaruit blijkt dat de indeling van de woning in combinatie met de grootte en de huurprijs wordt gewaardeerd door de doelgroep. Tijdens het opstellen van de hypothetische succesfactoren in paragraaf 7.3 en het uitwerken van het woonconcept in hoofdstuk 8 zal dan ook goed gekeken worden naar de kenmerken van de woning waarin de geënquêteerden wonen.

III: De praktijk

7. Perspectieven zorgvastgoedpartijen

Om inzicht te krijgen in de mogelijke succesfactoren van een extramuraal woonconcept zijn vijf externe zorgvastgoedpartijen geïnterviewd en is er intern een interview afgenomen. Deze input vormt enerzijds de input voor paragraaf 5.2, waarbij de fysieke kenmerken van de doelgroep centraal staan, en anderzijds de input voor dit hoofdstuk waarbij de toekomst centraal staat. Hierin komt onder andere naar voren wat de gevolgen zijn voor de cliënt, hoe hierop ingespeeld dient te worden en welke aanvullende eisen hieraan gesteld worden. De interviews zijn gehouden met drie zorginstellingen (Florence, ECR/RAZ en Charim), waarvan Charim zich nog niet bezighoudt met extramurale woonconcepten voor de doelgroep van dit onderzoek. Hierdoor worden zij in deze scriptie als 'traditionele zorginstelling' aangeduid en de RAZ/ECR en Florence als 'ondernemende zorginstelling'; zij spelen immers al wel in op het extramuraliseren en zijn hier al actief mee bezig. Daarnaast zijn er twee commerciële vastgoedpartijen benaderd over hun visie op de toekomst van het zorgvastgoed. Dit zijn Boelens de Gruyter (vastgoedontwikkelaar en tevens belegger) en Janssen de Jong Projectontwikkeling (enkel vastgoedontwikkelaar).

7.1 Zorgaanbieders

Alle drie de zorginstellingen gaven unaniem aan dat zij bekend zijn met de wijzigende wetgeving omtrent de ouderenhuisvesting. Op de vraag welke gevolgen deze verandering heeft voor de cliënt zelf komt er eenzelfde antwoord: door het extramuraliseren van de lagere ZZP's moet de cliënt zelf gaan betalen voor de woon- en verblijfslasten en houden ze alleen nog een zorgaanspraak. Hiervoor is geen andere oplossing. Dit wordt ook bevestigd door de theorie uit hoofdstuk 4 van dit onderzoek. Tevens wordt er unaniem hetzelfde antwoord gegeven op de vraag of het verantwoord is om ook ZZP VV4 te extramuraliseren. Ze geven aan dat het bij deze indicatie per persoon afhankelijk is en dat ze ervoor pleiten dit persoon specifiek te bekijken. Staatssecretaris Van Rijn heeft hier inmiddels een besluit over genomen, wat overeenkomt met de wens van de geïnterviewden en reeds beschreven is in paragraaf 5.2.

Een belangrijk onderdeel van dit kwantitatieve onderzoek is het verkrijgen van informatie over hoe de drie verschillende zorginstellingen hun aanvullende services voor de cliënten hebben geregeld of willen gaan regelen. Twee van de ondervraagden, Charim en Florence, geven aan dat ze verschillende services afzonderlijk van elkaar aanbieden aan de cliënt. Hierbij gaat het om maaltijden, schoonmaak, wassen en welzijn. Bij deze services heeft de cliënt zelf de keuze om hier gebruik van te maken of niet. De cliënt kookt zelf of koopt een maaltijd van de zorginstelling, de cliënt wast zelf of maakt gebruik van de wasservice, de cliënt regelt zelf de schoonmaak of maakt gebruik van de huishoudelijke dienst. Zij hebben hiervoor gekozen omdat zij de cliënt alle keuzevrijheid willen geven. Volgens Jan Baan past het prima in deze tijd dat mensen keuzevrijheid hebben. **“Wanneer iemand op zijn kamer wilt eten, bespaart hij hiermee geld, intramuraal zou je er immers ‘indirect voor betaald hebben’”**

Ian Baan – Manager Vastgoed Charim

Intramuraal zou je er immers 'indirect' voor betaald hebben.” De besparing hierop kan de cliënt immers gebruiken als vrij besteedbaar bedrag. De ECR heeft er juist voor gekozen om integrale servicepakketten van €1.000 aan te bieden. “Bij binnenkomst dienen de bewoners zich te conformeren aan het servicepakket van €1.000, hiervoor kunnen zij gebruik maken van alle faciliteiten die de ECR te bieden heeft”, stelt Dick Neijzen. De ECR heeft hiervoor gekozen om alle administratieve lasten bij de bewoners weg te nemen. Hij vervolgt: “Door het integrale servicepakket hoeven bewoners zich nergens druk over te maken, alles wordt voor ze geregeld.” Charim merkt op dat voor deze aanvullende services het belangrijkste is te weten wie de doelgroep is en wat zij wel en niet kunnen. Alle drie de partijen hebben goed inzicht in hun doelgroep en hebben daarom voor hun een juiste keuze gemaakt. Een van de doelgroepen van Charim en Florence is de mensen met enkel een AOW met of zonder een klein aanvullend pensioen. De ECR richt zich, gezien de prijs van het servicepakket, duidelijk op de mensen met een grotere portemonnee. Uit het literatuuronderzoek bleek dat er een grote groep is die enkel een AOW met of zonder een klein aanvullend pensioen heeft. Op de vraag wat de ECR deze doelgroep kan bieden is Dick Neijzen duidelijk: “Wij weten dat een groot publiek in Nederland altijd in een huurwoning heeft gezeten. Deze mensen hebben inderdaad vaak een dergelijk inkomen. Vaak zijn zij hierdoor

niet in staat de huur plus het servicepakket te betalen en zijn dus niet in staat in een ECR te wonen". De ECR kan hier geen oplossing voor bieden, ze richten zich immers op een andere doelgroep. "De enige oplossing die de ECR kan bieden, is dat ze het resterende bedrag uit hun eigen vermogen halen." stelt Dick Neijzen.

'Mensen willen zo lang mogelijk thuis blijven wonen, ook als hun gezondheid achteruit gaat.' Dit is een van de redenen waarom staatssecretaris Veldhuijzen van Zanten het extramuraliseren heeft ingevoerd. Alle drie de zorginstellingen onderschrijven deze tendens, echter worden hier wel voorwaarden aan gesteld. Dick Neijzen: "Ouderen willen zo lang mogelijk blijven wonen in hun eigen sociale omgeving. Daarnaast willen ze zo lang mogelijk de regie over hun eigen leven behouden." Volgens Ruud Stermerdink willen de mensen wel de stap naar een zorgomgeving maken mits het voldoet aan bepaalde punten: "Het bieden van 24-uurs zorg, sociale veiligheid, het kunnen uitbesteden van diensten, het kunnen ontmoeten en tevens de regie over hun eigen leven kunnen houden zijn hierin belangrijke punten". Alle drie de partijen onderschrijven met name de regie en de sociale veiligheid als belangrijke pijlers. Jan Baan: "Ouderen van nu willen zoveel mogelijk in hun eigen sociale omgeving blijven wonen. Beschermd wonen is hierin een belangrijke aspect, waarbij mensen om de cliënt heen belangrijk zijn." De geïnterviewden zien dat veel van hun bewoners uit de directe omgeving komen, waar tevens hun sociale contacten zich bevinden. "Oude bomen moet men niet verplaatsen" noemt Dick Neijzen het. Het kennen van je burens is dan ook een must volgens Ruud Stermerdink. Jan Baan geeft aan dat sociale veiligheid en het kunnen ontmoeten kunnen worden ondervangen door voldoende voorzieningen en kwalitatief goede diensten.

"Oude bomen moet men niet verplaatsen"

Dick Neijzen – Directieadviseur ECR/RAZ

Belangrijk voor de zorgaanbieders is te weten hoe hun toekomst eruit gaat zien en wat zij moeten doen om in te spelen op het extramuraliseren. Jan Baan denkt dat het goed is dat er op een locatie altijd een verpleegunit aanwezig is om de zorg te borgen met een zorgteam. Door het realiseren van zowel intramurale appartementen als zelfstandige appartementen kan je vanuit de verpleegunit extramurale zorg leveren aan de zelfstandige appartementen. Daarnaast kan dit zorgteam tevens zorg bieden in de wijk. Daarnaast zal alle geleverde extramurale zorg door de zorgaanbieders gefactureerd gaan worden op basis van uren. Dick Neijzen van de ECR geeft tevens aan dat een zorgteam van belang is, volgens hem een multidisciplinair zorgteam. Dit zorgteam bestaat uit diverse specialisaties die de bewoners zorg leveren. Charim en Florence leveren momenteel verzekerde zorg vanuit de AWBZ, Ruud Stermerdink doet dit niet altijd. "Bij onze divisie Allure maken we geen gebruik van de verzekerde AWBZ-zorg. Hierdoor hoeft de cliënt geen eigen bijdrage te betalen maar dient hij zelf particuliere zorg in te kopen." Florence fungeert dan als een administratiekantoor, als franchiser van Zorgzuster, voor zelfstandige zonder personeel. Hierdoor kan de cliënt per hulp aangeven of die hem of haar wel of niet wilt. Echter geeft hij aan dat het voor deze doelgroep niet of nauwelijks bereikbaar is.

In tegenstelling tot Charim en Florence levert de RAZ al extramurale zorg. "Door de locaties waarin de ECR zich bevindt, is de ECR aangewezen op de vrije sectorhuur. Hierdoor kunnen wij niet opereren als een intramurale zorgaanbieder, maar als een ambulante zorgaanbieder." Deze zorg verleent de RAZ dan ook. Dick Neijzen: "Dit gebeurt niet omdat er zorg verleend moet worden maar omdat de bewoner die daar op dat moment zit, vindt dat hij of zij op een bepaald moment zorg nodig heeft." Iedere bewoner van een zelfstandige appartement mag volgens de wet zelf kiezen welke zorgaanbieder hij wilt. Hierdoor is het niet altijd vanzelfsprekend dezelfde zorgaanbieder waarvan de cliënt wellicht het appartement huurt. Volgens Jan Baan is het voor Charim een uitdaging om ervoor te zorgen dat de bewoners voor Charim blijven kiezen. Dick Neijzen vult hierop aan dat anders de 24-uurs zorg die de RAZ biedt onbetaalbaar wordt.

Naast het zorggedeelte is het voor dit onderzoek met name van belang hoe de zelfstandige appartementen vorm gegeven dienen te worden. Een belangrijke eerste keuze hierin is de grootte van de appartementen. Voor de hand ligt dat men zoveel mogelijk vierkante meters wilt. Echter dienen cliënten nu zelf te gaan betalen voor hun huur en bijkomende energiekosten en worden ze bewuster van de grootte van hun appartement. Jan Baan: "Klanten ervaren de oude normen van woninggrootte als zeer fijn, 45-50 m² GBO is hierin genoeg." Charim verhuurt reeds appartement in dit segment. "Deze woning beschikt over twee kamers, een eigen keuken en een balkon, iets wat bewoners groot genoeg vinden. Hier wonen ze dan met ze tweeën." Dick

Neijzen heeft hier een andere mening over: “Wij willen graag dat zelfstandige appartementen die de bewoners van ons huren, functioneren.” Hierdoor heeft de ECR ervoor gekozen een appartement te ontwerpen van 70 m² GBO. Alle partijen ontwikkelen al geredeneerd vanuit het beschikbare budget van de huurder. “Vaak gaat het hierdoor dan over appartement van rond de 50 m². Een AOW’er met eventueel een aanvullende pensioen kan immers maar maximaal €550 huur betalen.” Jan Baan vult hier nog op aan: “Met 40-50 m² kom je ruimte-technisch wel uit. Wanneer de cliënt 70 m² wilt, wordt de huurprijs ook hoger. Het wordt echt een markt, je krijgt waarvoor je betaald”. Omdat de appartementen zich op een specifieke doelgroep richten is de indeling hiervan erg van belangrijk. Charim en de ECR vinden het noodzakelijk de woning geheel aan te passen aan de doelgroep. Geheel drempelloos en voldoende draairuimte voor een rolstoel is voor hun noodzaak. Beide geven ze aan dat het anders kan gebeuren dat de cliënt moet verhuizen. Hierdoor verliest de zorginstelling inkomsten en komt er leegstand. Florence vindt dit minder van belang gezien de investeringskosten. “De technische aanpassingen vergen een dermate grootte investering dat het niet rendabel wordt bij een verhuurprijs van €550. Vaak is een functionele aanpassing ook per cliënt verschillend.” zegt Ruud Stemerding. Wat betreft de eisen aan het appartement zijn dit de belangrijkste hypothetische succesfactoren vanuit de interviews:

- Minimaal twee kamers, aparte woon- en slaapkamer
- Minimale badkamer van 2200 x 2000 mm voor voldoende behandelruimte
- Apart (gasten)toilet
- Zelfstandige keuken met minimaal vaatwasser, koelkast, magnetron en kookplaat van minimaal 6 m²
- Zorgalarmering per appartement
- Aanwezigheid buitenruimte in de vorm van balkon of eventueel loggia
- Meterkast per appartement, liefst gesitueerd aan de buitenzijde (voor privacy en mogelijkheid tot afsluiten)
- Aparte berging met minimale afmetingen
- Uitstortmogelijkheid per verdieping voor afval
- Goed functionerende liften
- Juiste stramenmaten voor eventuele kwantitatieve opschaling in de toekomst
- Receptiefunctie
- Voldoende gemeenschappelijke ruimten
- Parkeernorm van 1,0
- Vormfactor van 70%

Daarnaast is in het geval van nieuwbouw de uitdaging om voor <€100.000 incl. BTW een zelfstandig appartement te bouwen. In nieuwbouw ontkom je er niet aan om de cliënt keuzevrijheid te geven. Jan Baan: “In een nieuwe situatie is het gewenst zoveel mogelijk zelfstandig wonen te promoten”. Een belangrijk aspect hiervoor is het inpassen van aparte meterkasten per appartement waardoor er per appartement afgerekend kan worden. Daarnaast is het gebruikelijk de appartementen casco op te leveren.

7.2 Commerciële vastgoedpartijen

Onlangs is een rapport verschenen van Capital Value, in samenwerking met ABN Amro en ABF Research, over de toekomst van de huurdersmarkt. Hierin wordt gesproken over kansen voor markten die zich richten op specifieke doelgroepen en dan met name ouderen. Hiervoor zijn de redenen duidelijk: het is voor een groot deel een zekere huurder, er is geld (de kans op een inkomensval is klein) en men verhuist niet snel meer als de keuze gemaakt is. Daarnaast is het een groeiende groep (er is sprake van een dubbele vergrijzing: er komen meer ouderen en deze worden volgens paragraaf 5.1 ook nog eens steeds ouder). Ook blijkt dat het huidige aanbod maar beperkt aansluit bij de woon- (en eventueel toekomstige zorg-) wensen van de bewoners. Het onlangs door het Economisch Instituut voor de Bouw (EIB) uitgebrachte rapport ‘Bouwen voor de zorg; perspectief voor de Nederlandse bouw’ onderschrijft de stijgende behoefte aan dit type vastgoed.

In grote lijnen is de conclusie van het onderzoek dat beleggers zeer geïnteresseerd zijn in het beleggen in huurwoningen in het middeldure segment (€ 650,- tot € 850,-). Dit komt mede door de (deels verplichte) focus van woningcorporaties op het sociale segment (tot € 680,-). Hierdoor

is het middeldure segment een marktsegment geworden en daardoor is een “level playing field”⁶ ontstaan.

Om het onderzoek van Capital Value toe te spitsen op dit onderzoek zijn er twee commerciële vastgoedpartijen benaderd over hun toekomstvisie voor zorgvastgoed. Arjan van der Neut van Janssen de Jong Projectontwikkeling (JJPO) geeft aan dat zij nooit specifiek ouderenhuisvesting hebben ontwikkeld. Reden hiervoor is hun ogen een beperkte vraag, dat ze ontwikkelaar zijn voor de particuliere koopmarkt en de specifieke kennis maar beperkt aanwezig is. Bob Sanders van Boelens de Gruyter geeft aan dat zij door de groeiende marktpotentie hier al wel naar kijken. Ondanks de conclusie van het onderzoek van Capital Value ziet JJPO hier maar beperkt kansen in. Arjan van der Neut: “Met dergelijke huren en vereiste rendementen door institutionele beleggers zijn hier maar beperkt locaties voor beschikbaar. Grond- en bouwkosten zijn over het algemeen te hoog om sec hiervoor te ontwikkelen.” Factoren die eveneens meespelen om deze markt niet te bedienen zijn volgens hem onzekerheid over betaalbaarheid van (senioren)zorg in de toekomst, er vanuit meerdere doelgroepen vraag is naar dit middensegment en ouderenhuisvesting een ander afwerkingsniveau vraagt. Toch staat JJPO open voor het ontwikkelen voor dit segment, mits bepaalde kenmerken gunstig zijn. Hierbij gaat het om een juiste grondprijs, de juiste locatie, voldoende marktvraag en een geïnteresseerde zorgpartij als afnemer. Volgens Bob Sanders is een goede herontwikkelingspartij (exploitant) van groot belang. “Een eindbelegger is vooraf van belang, echter zijn deze er nog niet altijd”. Door de stijgende vraag ziet Bob Sanders voor Boelens de Gruyter hier wel toekomst en markt in. Op de vraag of ouderenhuisvesting in de toekomst een taak voor de woningcorporatie zal blijven of dit een kans zal worden voor commerciële beleggers reageert Arjan van der Neut helder: “Op dit moment zien we dat corporaties niet of zeer beperkt investeren.” Hij merkt op dat investeringen bijna uitsluitend plaatsvinden door pensioenfondsen/institutionele beleggers. “Ik denk dat corporaties met name voor hun doelgroep actief blijven maar niet de nieuwe investeerders zijn. Commerciële en particuliere beleggers zullen hier meer op in gaan spelen.”

“Een eindbelegger is vooraf van belang, echter zijn deze er nog niet altijd”

*Bob Sanders – Ontwikkelaar
Boelens de Gruyter*

7.3 Conclusies interviews en hypothesenvorming

In deze paragraaf wordt een koppeling gemaakt met het literatuuronderzoek en de onderzoeksgegevens uit de gehouden interviews. Deze koppeling wordt onderverdeeld in algemene, technische, financiële en geografische hypothesen. Deze hypothesen zijn empirisch getoetst in hoofdstuk 9 op basis van drie referentieprojecten. Middels een kwantitatief onderzoek zijn deze hypothesen bevestigd en gecategoriseerd als zijnde primair, secundair, of worden ontkracht. Voor een eenduidige beantwoording van de hypothesen worden deze positief geformuleerd.

7.3.1 Algemeen

Een belangrijke aspect wat al naar voren kwam zijn de aanvullende services. Sommige zijn van mening dat deze als integraal servicepakket aangeboden dienen te worden, andere vinden dat het aanbieden van afzonderlijke services gewenst is. In de lijn van keuzevrijheid en zelfstandigheid van de bewoner is er in de hypothesenvorming uitgegaan van het aanbieden van afzonderlijke services. Als primaire diensten zijn hiervoor maaltijdvoorziening, schoonmaak- en wasservice en welzijn genoemd. Door de extramuralisatie houden cliënten alleen nog een zorgaanspraak. Hierdoor worden zij ingedeeld in functies en klassen, zoals beschreven in bijlage 2. Indien deze indicatie niet aanwezig is, dient de cliënt zelf particulier zorg in te kopen. De woningaanbieder mag zelf kiezen of hierop geselecteerd wordt. Wanneer deze zorgaanspraak aanwezig is, hebben de geïnterviewden aangegeven dat 24-uurs zorg belangrijk is voor de cliënt. Wat tevens belangrijk is voor de cliënt, is het recht op huurtoeslag. Een adressplitsing in de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) is hiervoor van belang. Door de insteek van het onderzoek is kennis van de doelgroep op het gebied van demografie en inkomen van belang. Uit de koppeling tussen het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews zijn de volgende algemene hypothesen opgesteld:

⁶ Level playing field: rechtvaardigheidsprincipe waarbij niet iedere speler evenveel kansen heeft om te slagen, maar wel dat alle spelers het spel spelen volgens dezelfde regels

- De aanvullende services dienen afzonderlijk van elkaar aangeboden te worden ten behoeve van keuzevrijheid voor de cliënt.
- Zelfstandigheid promoten is conform de wens van de bewoners.
- Maaltijdvoorziening, schoonmaak- en wasservice en welzijn zijn de primair aan te bieden diensten.
- Een functie- en klassen indicatie is vereist voor het wonen in het project.
- Het bieden van 24-uurs zorg is een basisbehoefte van de cliënt.
- Voor een zelfstandige woning is een adressplitsing in de GBA aangevraagd.
- Bij aanvang van het project was er kennis van de doelgroep, zowel demografisch als qua inkomen.

7.3.2 Technisch

Het appartement is uiteindelijk de plek waar de zorgbehoevende gaat wonen. Hiervoor gaat hij zelf betalen, waardoor de wensen en eisen hieraan steeds bepalender worden. De input voor de technische hypothesen komt met name voort uit de enquêtes en interviews, de bewoners en zorginstellingen hebben hier immers praktijkervaring mee. Belangrijke hypothesen hebben met name betrekking op de schaalgrootte en de grootte en indeling van het appartement. Daarnaast kwam tijdens de interviews naar voren dat flexibiliteit een grote rol speelt. Hierdoor zijn er ook hypothesen opgesteld over stramienmaten en duurzaamheid. Uit de koppeling tussen het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews zijn de volgende technische hypothesen opgesteld:

- De minimale schaalgrootte is 32 zelfstandige appartementen.
- Appartementen van 50 m² volstaan voor de doelgroep en zijn ruimte-technisch mogelijk.
- Een basaal afwerkingsniveau is standaard.
- Zelfstandige appartementen in het sociale segment worden casco opgeleverd.
- Een gescheiden woon- en slaapkamer is een vereiste.
- Sanitaire voorzieningen worden gesplitst in een eigen badkamer en een apart (gasten)toilet.
- Ten behoeve van keuzevrijheid van de cliënt is een eigen keuken een vereiste.
- Per appartement dient er aan de gangzijde een eigen meterkast gesitueerd te zijn.
- Primaire aanpassingen als zorgalarmering, drempelloosheid en brede deuren zijn een vereiste.
- Een buitenruimte in de vorm van een balkon, al dan niet loggia, is een vereiste.
- Ieder appartement moet kunnen beschikken over een eigen berging.
- Een parkeernorming van 1,0 volstaat in de praktijk.
- Een vormfactor van 70% is haalbaar bij het project.
- Uniforme stramienmaten; flexibiliteit is een prioriteit voor eventuele latere opschaling.
- Duurzaamheid en maatschappelijk verantwoord ondernemen hebben meegespeeld bij het project.

7.3.3 Financieel

De belangrijkste succesfactoren voor extramurale woonconcepten hebben te maken met de betaalbaarheid hiervan. Hiertoe zijn in deze paragraaf de financiële hypothesen opgesteld. Een belangrijke input hiervoor is wat de maximale besteding van de cliënt is. Hiertoe is in paragraaf 5.3, in een tool uitgewerkt in hoofdstuk 10, een huishoudboekje opgesteld. Hieruit blijkt dat een AOW'er met een klein aanvullend pensioen maximaal €550 aan huur kan betalen, iets wat ook bevestigd wordt in de interviews. Het krijgen van huurtoeslag is hiervoor cruciaal. Daarnaast was één van de conclusies uit de interviews dat de investeringskosten per appartement <€100.000 incl. BTW moeten zijn. Daarnaast dienen de energiekosten, met de eigen meterkast uit de technische hypothesen, per appartement afgerekend te worden. Uit de interviews kwam naar voren dat een receptiefunctie gewenst is, maar vaak financieel niet op te brengen is door de cliënt. Daarnaast is de conclusie van het onderzoek van Capital Value dat investeringen in ouderenhuisvesting in de toekomst een business wordt voor commerciële beleggers wordt. Deze visie wordt ook bevestigd tijdens de interviews met de commerciële vastgoedpartijen. Uit de koppeling tussen het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews zijn de volgende financiële hypothesen opgesteld:

- Ouderen met een AOW-uitkering + klein aanvullend pensioen (<€250 per maand) kunnen maximaal €550 aan huur betalen.
- Huurtoeslag is cruciaal voor het huishoudboekje van de cliënt.
- Hulp vanuit de Wmo is cruciaal voor het huishoudboekje van de cliënt.
- Per appartement wordt er apart afgerekend voor energielasten.
- De investeringskosten dienen per appartement <€100.000 incl. BTW te zijn.
- De serviceflat opslag van 35% is cruciaal om de kostprijsdekkende huur te mogen vragen.
- Bewoners zijn bereid te betalen voor een receptiefunctie.
- Investeringskosten in ouderenhuisvesting worden in de toekomst een business voor commerciële beleggers.

7.3.4 Geografisch

Belangrijk voor het succes van het woonconcept is de geografische ligging. Vaak wordt dit aspect vergeten, alleen is het project van invloed op de omgeving en de omgeving van invloed op het project. Zo is de ervaring van de geïnterviewden dat veel bewoners uit de directe omgeving van het project komen, mede door hun sociale omgeving. Dit kan gebruikt worden voor het kennen van de doelgroep wanneer de ligging bekend is. Daarnaast is er tijdens de interviews en enquêtes aangegeven dat zorg dichtbij gewenst is. Om dit betaalbaar te houden is een korte afstand tot een intramurale instelling geen overbodige luxe. Hierdoor worden het als het ware aanleunwoningen. De bewoners willen graag gebruik maken van de omliggende voorzieningen en tevens dient dit als zorgvoorziening in de wijk. Uit de koppeling tussen het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews zijn de volgende geografische hypothesen opgesteld:

- De bewoners van het project zijn veelal blijven wonen in hun eigen sociale omgeving.
- De zelfstandige appartementen dienen gesitueerd te zijn als aanleunwoningen.
- Bij aanvang van het project is er gekeken naar de ligging ten opzichte van de primaire voorzieningen in de buurt.
- Het project fungeert als (zorg)voorziening in de wijk.
- Een rustige omgeving heeft de voorkeur boven een stedelijke omgeving.
- De buurt is van sterke invloed op de huurprijs van zelfstandige zorgappartementen.

7.4 Input voor woonconcept

In paragraaf 7.3 zijn aan de hand van de uitkomsten uit het literatuuronderzoek, de enquête en de interviews hypothetische succesfactoren opgesteld voor een extramuraal woonconcept. Echter kunnen deze niet allemaal verwerkt worden in de uitwerking van het losse zelfstandige appartement. In onderstaande tabel zijn criteria opgesomd die een fysieke invulling hebben gekregen in het woonconcept uit hoofdstuk 8.

Hypothetische succesfactoren met fysieke uitwerking in het woonconcept:
• Het appartement heeft een grootte van 50 m ² GBO
• Het appartement heeft een basaal afwerkingsniveau
• Voor het promoten van zelfstandigheid is een eigen keuken, washok met aansluitingen en een badkamer gesitueerd
• Sanitaire voorzieningen zijn gesplitst in een badkamer met een apart (gasten)toilet
• Er is een aparte slaap- en woonkamer gesitueerd
• Aan de gangzijde is een eigen meterkast gesitueerd voor het apart kunnen afrekenen met de huurder
• Het appartement is primair aangepast aan de doelgroep door het inpassen van zorgalarmering, drempelloosheid en brede deuren
• Een uniforme stramienmaat is gehanteerd zodat er later eventueel opgeschaald wordt
• Het appartement is levensloopbestendig doordat het zowel verhuurd kan worden als intramuraal kan worden gebruikt
• Het appartement heeft een kale huurprijs van €550 per maand
• De investeringskosten van het appartement zijn <€100.000 incl. BTW

**Afbeelding 7.1, hypothetische succesfactoren met fysieke uitwerking in het woonconcept van hoofdstuk 8*

8. Uitwerking woonconcept

In dit hoofdstuk is er aan de hand van de conclusies uit het literatuuronderzoek een (visuele) uitwerking gegeven van een potentieel woonconcept. Het woonconcept (product) dat is opgesteld voldoet aan de wensen en mogelijkheden van de ouderen (markt) en is een uitwerking van de hypothetische succesfactoren. Aan de hand van de empirische toetsing in hoofdstuk 9 worden er in de conclusie succesfactoren vastgesteld waaraan een extramuraal woonconcept in de praktijk moet voldoen.



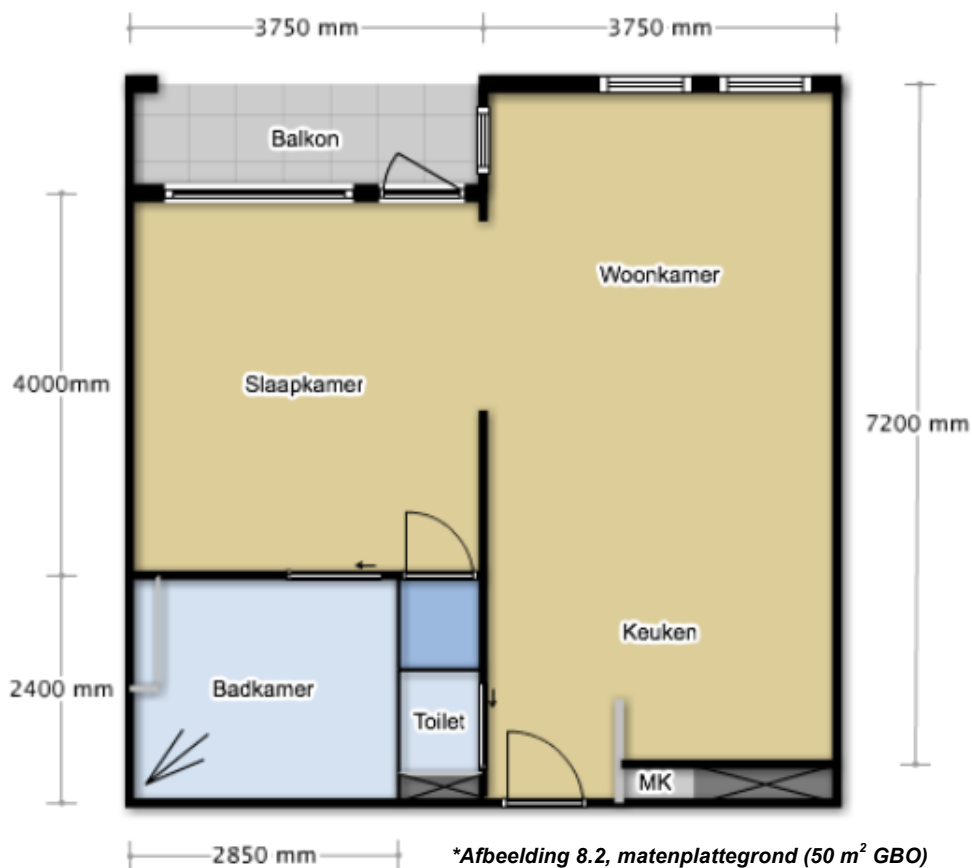
**Afbeelding 8.1, 3D-visualisatie woonconcept*

8.1 Gemeenschappelijke ruimte

Voor het kunnen dekken van de exploitatielasten van de zorginstellingen zullen er minimaal 32 van dergelijke appartementen in een woonconcept gesitueerd worden. Ook dient er voor ieder appartement een adressplitsing aangevraagd te worden in de GBA en is het aan te raden, ondanks dat het niet vereist is, per appartement een huisnummer aan te vragen. Het concept kan zowel worden toegepast in een nieuwbouw als bestaande situatie. Bij nieuwbouw dient rekening gehouden te worden met een BVO/GBO verhouding van 1,4 en bij bestaande bouw van 1,7. In het concept wordt een maaltijdvoorziening aangeboden waar de bewoners gebruik van kunnen maken. Daarnaast wordt er een was- en schoonmaakservice aangeboden. De aanvullende services worden niet als integraal pakket aangeboden, maar kunnen afzonderlijk van elkaar worden afgenomen. Iedere keer als de bewoner gebruik maakt van de dienst, betaalt diegene hiervoor. Keuzevrijheid en zelfstandigheid promoten staat hoog in het vaandel bij het woonconcept. Dit is immers conform de wens van de doelgroep. Het zorgappartement betreft geclusterde aanleunwoningen bij een intramurale instelling, waardoor er gebruik gemaakt kan worden van de aanwezige voorzieningen. Hierdoor is het tevens mogelijk de cliënt 24-uurs zorg te bieden. Iets waardoor de sociale veiligheid van de bewoner toeneemt. Door het aanwezige zorgalarmeringssysteem in het appartement kan er snel hulp ingeschakeld worden.

8.2 Technische eigenschappen appartement

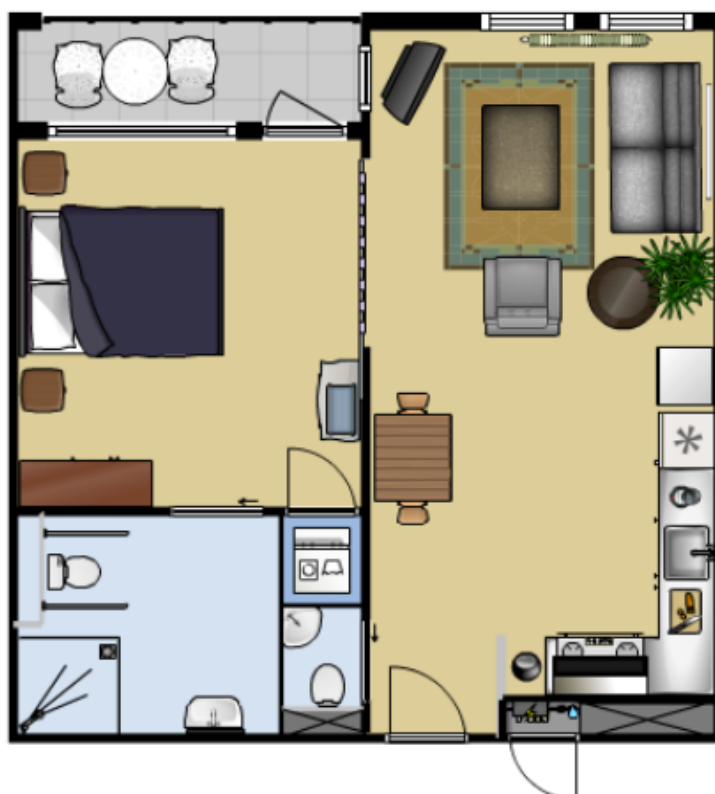
De belangrijkste technische succesfactoren waar het woonconcept volgens het literatuuronderzoek, de interviews en enquête aan moet voldoen zijn uitgewerkt in de plattegrond van het appartement. Het betreft een zelfstandig appartement van 50 m² dat beschikt over een aparte woon- (19 m²) en slaapkamer (15,2 m²), een badkamer (6,8 m²) met apart (gasten)toilet, een eigen keuken (6,3 m²), een eigen loggia (3,5 m²) en een meterkast per appartement gesitueerd aan de buitenzijde van het appartement. De woon- en slaapkamer kunnen worden gescheiden doormiddel van een gordijn. Hiervoor is gekozen voor eventuele sociale interactie wanneer iemand op bed ligt, maar ook het kunnen afscheiden van deze privé ruimte. Alle vertrekken hebben een basale afwerking en de maten zijn in gebruiksoppervlakte (GBO). Het appartement wordt niet casco opgeleverd. Ouderen willen immers zo snel mogelijk in hun appartement en hebben vaak het geld niet om dit als meerwerk te betalen. Het appartement is primair aangepast aan de doelgroep en beschikt over een zorgalarmeringssysteem. Daarnaast is het geheel drempelloos en beschikt het over brede deuren zodat het rolstoelvriendelijk is. Daarnaast heeft ieder appartement een eigen berging van ca. 3 m². Voor het eventueel later kunnen opschalen van de appartementen of het kunnen inwisselen van een appartement voor gemeenschappelijke ruimte is er gekozen voor een uniforme stramenmaat van 3750 mm.



8.3 Financiële eigenschappen appartement

Zoals beschreven in paragraaf 8.2 beschikt het appartement over een eigen toilet, opgang en keuken. Hierdoor wordt het aangemerkt als zelfstandige woonruimte en is de Wet op huurtoeslag (Wht) van toepassing. Deze huurtoeslag is immers cruciaal voor het huishoudboekje van de cliënt. Conform het woningwaarderingstelsel (WWS) krijgt het appartement 132 punten, wat gelijk staat aan een maximale kale huurprijs van €628,65 per maand. Hierdoor is het tevens mogelijk een servicekosten opslag van €48 per maand bij de huur op te tellen. Deze opslag is opgebouwd uit 4 x €12 voor schoonmaak- en energiekosten van de gemeenschappelijke ruimten, huismeesterkosten en kosten voor dienst- en recreatieruimten. De som hiervan blijft net onder de liberalisatiegrens waardoor het een sociale huurwoning betreft. Hierdoor is het wederom mogelijk voor de cliënt huurtoeslag aan te vragen. Daarnaast voldoet het concept aan de voorwaarden van een serviceflat toeslag van 35%

bovenop de kale huurprijs. Echter is het onduidelijk of deze regeling blijft bestaan, ondanks dat is deze toeslag niet van belang. Uit het literatuuronderzoek bleek dat een cliënt per maand maar maximaal €550 aan huur kan betalen. Hierdoor worden deze appartementen dan ook aangeboden voor deze huurprijs. Kennis van de doelgroep op het gebied van demografie en qua inkomen is hierbij van belang. Door deze potentiële huurinkomsten is het cruciaal voor de investeerder om de investeringskosten per appartement (inclusief gemeenschappelijk ruimten) <€100.000 incl. BTW te houden.



**“Een dergelijk
zorgappartement is
de toekomst”**

Michiel Wentges – Algemeen
directeur BOB Advies

**Afbeelding 8.3, visualisatie zelfstandig appartement (50 m²)*

8.4 Stichtingskosten per appartement

Een hypothetische succesfactor voor het woonconcept is dat de maximale stichtingskosten per appartement <€100.000 incl. BTW moeten zijn om met de huurinkomsten van €550 per maand de kapitaallasten te dekken. Dit heeft met het bruto aanvangsrendement (BAR) te maken, waar veel partijen een minimum van 6,0% hanteren (Wentges, 2013). Een korte stichtingskostenopzet is weergegeven in tabel 8.4.

Stichtingskostenopzet	Nieuwbouw	Verbouwing bestaande bouw ⁷
Oppervlakte appartement (GBO)	50 m ²	50
Vormfactor ⁸	1,4	1,7
Oppervlakte appartement (BVO)	70 m ²	85 m ²
Bouwkosten ⁹ per m ² BVO	€1.690	€845
Totaal bouwkosten:	€118.300	€71.825
Grondkosten ¹⁰ per m ² gebouwd BVO	€240	€240
Totaal grondkosten:	€16.800	€20.400
Totaal investeringskosten:	€135.100	€92.225

**Tabel 8.4, stichtingskosten opzet voor het woonconcept (Kampman, 2013)*

⁷ Een grootschalige 'mid-life' renovatie

⁸ Vormfactor: verhouding tussen het BVO en GBO

⁹ Inclusief 21% BTW, t.b.v. bouw, bijkomende kosten, directiekosten, rente tijdens de bouw en startkosten prijspeil januari 2013. Op basis van het oude budgetsysteem voor zorgvastgoed

¹⁰ prijspeil januari 2013

9. Referentieprojecten

Op basis van het literatuuronderzoek en de resultaten uit de gehouden interviews zijn er in paragraaf 7.3 hypothetische succesfactoren opgesteld. Deze hypothesen worden in dit hoofdstuk empirisch getoetst bij direct betrokkenen van drie referentieprojecten. Deze projecten zijn Jonker Frans van Florence, Merefelt van de Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen (RSZK) en De Looborch/Oosterborch van Charim. De geïnterviewden van de referentieprojecten zijn Ruud Stermerdink van Florence, Rob Slegers van de RSZK en Jan Baan van Charim (Stermerdink, 2013) (Slegers, 2013) (Baan, 2013). In iedere paragraaf worden de drie referentieprojecten inhoudelijk beschreven, de gemaakte keuzes en afwegingen en een terugkoppeling op de hypothesen. De ingevulde hypothese tabel is te vinden in paragraaf 9.4.

9.1 Referentieproject Jonker Frans



**Afbeelding 9.1, aanzicht Jonker Frans (l) en plattegrond tweekamerappartement (44 m²) (r) (Florence, 2012)*

9.1.1 Het project

Jonker Frans ligt in Den Haag op een centrale plek in de wijk Regentesse-Valkenboskwartier. In deze wijk zijn verschillende culturen te vinden. Jonker Frans biedt voorzieningen die de bewoners in staat stellen prettig en zelfstandig te wonen. Op de begane grond is een sfeervolle ontmoetingsruimte waar geregeld activiteiten plaatsvinden. Er is ruimschoots gelegenheid om elkaar te ontmoeten, maar er zijn ook plekken waar rustig gezeten kan worden. Het restaurant is er voor de dagelijkse maaltijden, waarbij het ook mogelijk is om deze te laten bezorgen. Daarnaast is er een grand café aanwezig.

Het gebouw is een voormalig intramurale instelling. Deze heeft Florence verbouwd door onder andere de gevel te vervangen. Het project is primair ingevuld met intramurale woningen, echter kan er ook worden gewijzigd naar zelfstandige appartementen. In het gebouw zijn in totaal 84 eenheden gesitueerd, hiervan zijn er 55 levensloopbestendige tweekamerappartementen voor cliënten met een functie- en klassenindicatie. De appartementen zijn comfortabel en ruim van opzet en hebben een grootte van 44 m² GBO. De appartementen worden aangeboden voor een kale huurprijs van €550 per maand.

9.1.2 Keuzes en afwegingen

Volgens Ruud Stermerdink is kennis van de doelgroep het allerbelangrijkste bij het starten van een project, Florence was dan ook op de hoogte van de wensen en financiële mogelijkheden van de cliënt. Hierdoor heeft Ruud Stermerdink een product kunnen ontwikkelen dat voldoet aan de vraag vanuit de markt. Door deze kennis zijn er bewuste keuzes gemaakt voor wat betreft de invulling van het project. Allereerst is vooraf goed gekeken naar de directe voorzieningen in de buurt. Volgens Ruud Stermerdink willen ouderen het liefst in een stedelijke omgeving wonen waar zij boven op de voorzieningen zitten. De locatie van Jonker Frans biedt dit dan ook, door de ligging centraal in Den Haag. Ruud Stermerdink heeft expliciet gekozen voor het herbesteden van het bestaande pand: "Een concept als dit kan alleen toegepast worden in bestaande bouw, nieuwbouw is hiervoor te duur. Tevens was hier het voordeel dat het een afgeschreven pand betrof". Volgens hem kan een cliënt namelijk maar maximaal €550 per maand aan huur betalen. "Bij nieuwbouw moet ik bedragen tussen de €600-700 per maand

vragen om het rond te rekenen, we weten echter dat de doelgroep dit niet kan betalen waardoor we hier niet voor gekozen hebben”. Hij vervolgt: “De portemonnee van de bewoners is het allerbelangrijkste, betaalbaarheid is dan ook het thema van de toekomst. Het gaat om de cliënt die centraal gesteld moet worden.” Om met de €550 per maand huurinkomsten uit te komen geeft Stermerdink aan dat er minimaal gekozen dient te worden voor een schaalgrootte van >80. Daarnaast merkt Stermerdink op: “Huur is altijd afhankelijk van de buurt, maar een klein beetje van het project. Zonder kennis van de buurt lever je het verkeerde product”.

***“Betaalbaarheid is het
thema van de toekomst”***

*Ruud Stermerdink – Manager Vastgoed
Florence*

Door de technische eigenschappen van het gebouw heeft Ruud Stermerdink keuzes moeten maken wat betreft de indeling. Volgens hem zijn uniforme stramienmaten echter geen garantie voor succes. “Toevallig zijn de stramienmaten 3600mm, wat een gangbare maat is, maar ik heb er geen rekening mee gehouden of het gunstig was voor de aannemer”. Doordat het een voormalige intramuraal verpleegtehuis betrof zijn de kleine kamers van vroeger geschakeld naar een appartement van 44 m², zoals op afbeelding 9.1 te zien is. Door zijn ontwikkelaarsachtergrond heeft Ruud Stermerdink vooraf gezegd dat hij alleen tweekamer appartementen wil realiseren die hij ook kan verhuren. De appartementen voldoen dan ook aan de criteria voor zelfstandige woonruimten. Hier is volgens Stermerdink een adressplitsing in de GBA voor de huurtoeslag wel van belang, die vaak ook cruciaal is voor het huishoudboekje van de cliënt. Ondanks dat het zelfstandige appartementen betreft, kunnen ze ook worden gebruikt voor intramurale cliënten. Er is gekozen voor deze opzet zodat er gewicht kan worden tussen een intramurale of extramurale cliënt. Voordeel hiervan is dat het appartement verhuurt kan worden of bekostigd wordt vanuit de NHC¹¹. “Hierdoor zal er dus nauwelijks leegstand ontstaan en zijn de huurinkomsten bijna gegarandeerd”. Hierdoor zijn de appartementen maximaal flexibel, wat volgens Stermerdink technisch ook het allerbelangrijkste is. Mede hierdoor zijn de appartementen levensloopbestendig, iets wat volgens Stermerdink qua duurzaamheid heeft meegespeeld, terwijl energie helemaal niet. Echter kan het hierdoor ook voorkomen dat een huurder naast een cliënt komt te wonen. Volgens Stermerdink is dit geen probleem: “Het is soms zelfs goed om deze mix te hebben, hierdoor kan de intramurale cliënt zich meten aan de zelfstandige die wellicht hierdoor gemotiveerd worden ook dingen zelf te doen. Hierdoor nemen de zorgkosten voor Florence zelfs af”. Echter geeft Stermerdink wel aan dat somatische (SOM) en psychogeriatrische (PG) cliënten van elkaar worden gescheiden. “Doordat iedere verdieping bestaat uit circa 12 eenheden kan het worden opgedeeld in een aparte afdeling, voor de PG’ers bijvoorbeeld”.

De appartementen zijn dan ook ingericht conform de wens van de bewoners. “Mensen zitten niet te wachten om alles zelf te doen en zijn hier vaak niet eens in staat toe”. Hierdoor is gekozen voor een gestoffeerde oplevering. Echter wel voor een basaal afwerkingsniveau, om de investeringskosten laag te houden. Standaard worden de appartementen dan ook opgeleverd met witte wanden, vloerbedekking, muurbeugels en een luxe zorgoproepsysteem. “Deze investering wordt echter wel middels een huuropslag van €100 per maand verrekend in de huurprijs. Dit zit echter al wel inbegrepen bij de €550 per maand. Volgens de huurwet mag ik dit namelijk, indien de investering niet ouder is dan vijf jaar en deze geleverd wordt, dit opslaan in de huur”. Volgens Stermerdink willen zijn bewoners alleen nog de meubels erin zetten en het meteen betrekken. Wat betreft de indeling van de woning voldoet deze volgens Stermerdink geheel aan de wensen van de bewoners. “Mensen willen geen grote appartementen omdat ze er zelf voor moeten betalen en ze dit vaak zelf niet kunnen”. Een appartement van 50 m² kan je volgens Stermerdink dan ook uitstekend verhuren. “Mensen willen binnen twee stappen bij de muur zijn”. Volgens Stermerdink is een aparte woon- en slaapkamer geen vereiste, maar wel een meerwaarde. Evenals dat een aparte (gasten)toilet en een buitenruimte volgens hem een meerwaarde is. “Er is wel gekozen voor een aparte slaapkamer om het gevoel van thuis te geven. Echter is er door ruimtegebrek niet gekozen voor een apart (gasten)toilet en doordat het een bestaand pand betreft niet voor een buitenruimte, mede door de kosten”. Om dit laatste aspect deels te compenseren heeft Florence ervoor gekozen om Franse balkons toe te passen met ramen tot aan de grond. Daarnaast is er niet gekozen voor een eigen berging, mede doordat dit extra ruimte kost maar ook omdat bewoners hier volgens Stermerdink nauwelijks

¹¹ Normatieve huisvestingscomponent, productie gebonden vergoeding voor de kapitaallasten. Alleen van toepassing voor intramurale huisvesting (KCWZ, 2011)

behoefte aan hebben. Ondanks dat de doelgroep ouderen zijn geeft Stermerdink aan dat primaire aanpassingen zoals drempelloosheid en brede deuren geen prioriteit hebben. Het moet volgens hem wel mogelijk zijn en niet ten koste gaan van de betaalbaarheid. Stermerdink geeft aan dat een dergelijk appartement gebouwd kan en moet worden voor €85.000 - €90.000 per appartement. "Nieuwbouw wordt vaak te duur, echter is een verbouwing van een bestaand pand wel realistisch". Volgens hem zullen er dan ook nauwelijks meer nieuwbouw worden gebouwd. "De bestaande voorraad, vaak in eigendom van de zorginstelling, is dermate bruikbaar en betaalbaar dat dit een serieuze optie is". Wat betreft de parkeernormering geeft Stermerdink aan dat uit ervaring blijkt dat een normering van 0,3 volstaat.

"De bestaande voorraad is dermate bruikbaar en betaalbaar dat dit een serieuze optie is"

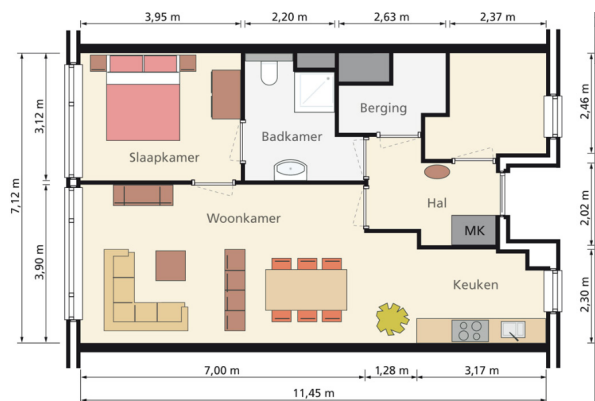
*Ruud Stermerdink – Manager Vastgoed
Florence*

Echter is het volgens Stermerdink het allerbelangrijkste dat er aanvullende services worden aangeboden. Er is bewust voor gekozen om deze services in Jonker Frans afzonderlijk van elkaar aan te bieden. "Ik bied alles in lego aan, mensen willen namelijk kunnen kiezen". Als primaire services is dan ook gekozen voor maaltijden, schoonmaak, wassen en welzijn. Daarnaast moet er wel een eigen keuken en wasmachine inzitten om bewoners de keuzevrijheid te geven. Daarnaast biedt Florence ook nog internet aan. "Alles wat er thuis ook is, moet er zijn. Het is van belang dat mensen door kunnen gaan met hun leven, alleen dan wel in een zorgomgeving". Stermerdink geeft aan dat deze services door de bewoner betaald wordt middels een hotelrekening. Hierdoor staat er precies wat de bewoner verbruikt heeft en hoeveel hij moet betalen. "Belangrijk hiervoor is het faciliteren van een eigen meterkast, voor het monitoren van het verbruik". Tevens kan middels deze meterkast de kamer die eventueel wordt ingezet voor een PG'er worden afgesloten van gas en warm water. Volgens Stermerdink is het bieden van 24-uurs zorg niet noodzakelijk. "Het bieden van enige vorm van zorg natuurlijk wel". Makkelijk hiervoor is volgens Stermerdink dat de appartementen als aanleunwoningen worden gesitueerd, in of dichtbij een intramurale instelling. Echter hoeft dit volgens hem niet per se. Daarnaast hechten bewoners veel waarde aan sociale veiligheid, waardoor ze bereid zijn te betalen voor een receptiefunctie. Alleen is dit in de praktijk vaak alleen betaalbaar indien het gesitueerd is in of bij een intramuraal complex.

9.1.3 Terugkoppeling hypothesen

Aan Ruud Stermerdink zijn de opgestelde hypothetische succesfactoren voorgelegd, zoals opgesteld in paragraaf 7.3. De hypothesen zijn beoordeeld op basis van of deze een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het referentieproject en de ervaring met de praktijk. Hieruit komt naar voren dat Ruud Stermerdink het met 29 hypothesen helemaal mee eens of enigszins mee eens is. Acht hypothesen zijn beoordeeld met helemaal mee oneens of enigszins mee oneens. Opvallend is dat Ruud Stermerdink met betrekking tot alle hypothesen goed onderbouwde antwoorden kan geven en kan aangeven wat daadwerkelijk de gemaakte keuzes zijn. Iets wat betekent dat hij hier al duidelijk mee bezig is en er kennis van heeft. Uit de beantwoording van de hypothesen blijkt dat deze de juiste zijn. Een uitwerking van de resultaten is te vinden in paragraaf 9.4.

9.2 Referentieproject Merefelt



*Afbeelding 9.2, aanzicht RSZK Merefelt (l) en plattegrond zorgappartement (70 m²) (r) (Woningstichting de Kempen, 2013)

9.2.1 Het project

Wonen, zorg en welzijn komen samen in RSZK Merefelt. RSZK Merefelt is gelegen aan de Parklaan in Veldhoven. Het project bestaat uit 85 zelfstandige huurappartementen, waarvan er 67 zich in het sociale segment bevinden. RSZK Merefelt biedt voorzieningen die bewoners in staat stellen zelfstandig te wonen. Op de begane grond is het sfeervolle restaurant 't Veldhof gelegen waar (warme) maaltijden worden geserveerd. Verder beschikt RSZK Merefelt over onder andere een bruin café, wintertuin en diverse welzijnsactiviteiten. Daarnaast is er de praktijk van RSZK KempenVitaal gevestigd met fysiotherapie, ergotherapie, logopedie en diëtetiek. Op loopafstand is een bakker, een supermarkt en een apotheek gevestigd in het buurtwinkelcentrum. Op een afstand van 200 meter is een bushalte voor openbaar vervoer naar het centrum van Veldhoven en Eindhoven (RSZK Merefelt, 2013). De woningen zijn in eigendom van woningstichting de Kempen (WDK). WDK richt zich op het verhuren van woningen voor senioren met een zorgvraag, de RSZK is hierin de seniorenpartner (Woningstichting de Kempen, 2013).

De appartementen zijn comfortabel en ruim van opzet en hebben een grootte van 70 m². De appartementen worden aangeboden voor een kale huurprijs van €660 per maand. Om bewoner te zijn van het project, is een zorgaanspraak niet vereist. Wel hebben cliënten met een zorgaanspraak voorrang. Daarnaast geldt er een minimum leeftijd van 55 jaar. In de appartementen wordt zelfstandig gewoond met zorg op maat van uitsluitend de RSZK (Woningstichting de Kempen, 2013).

9.2.2 Keuzes en afwegingen

De bewoners van de RSZK hebben een gedwongen winkelnering. Als de bewoner kiest voor een woning van WDK wordt er automatisch gekozen voor de RSZK. Ondanks dat dit volgens artikel 13 van de Zorgverzekeringswet niet mag, zijn er volgens Rob Slegers mazen in dit wet: "Wij lossen dit op middels een huur- en een raamovereenkomst. Beide vormen dan het contract met de bewoner". Er is tijdens de planvorming expliciet rekening gehouden met de keuzevrijheid voor de cliënt. Hierdoor zijn er in de appartementen mogelijkheden voor een eigen keuken, sanitair en aansluitingen voor een wasmachine. Schoonmaak- en wasservice wordt aangeboden door de divisie huishoudelijke hulp. Deze wordt bekostigd vanuit de Wmo. Op termijn zal dit waarschijnlijk verdwijnen. Hiervoor denkt Rob Slegers een oplossing te hebben: "In de toekomst zal de schoonmaak- en wasservice niet vanuit het intramurale deel geregeld gaan worden maar net zoals vroeger middels een alfahulp. Dit is particuliere dienstverlening, anders is het voor de RSZK niet te betalen". De RSZK is inmiddels bezig een concept op te stellen waarbij zij een tussenpersoon zijn tussen de bewoners en de alfahulp. "Hierdoor is het mogelijk de cliënt huishoudelijke hulp te bieden voor €14 per uur". Er is gekozen voor dit concept vanuit de wens van cliënten. "Cliënten zijn vaak huiverig met wie ze binnenhalen, hoe ze hieraan komen en willen gewoon dat alles geregeld is". Om te mogen wonen in Merefelt dient de cliënt 55 jaar of ouder te zijn. Een functie-indicatie is hierbij niet verplicht. Wel is het zo dat cliënten met een functie- of WMO-indicatie voorrang hebben. Hiervoor is gekozen om oudere mensen in een vitale en beschermde omgeving te laten wonen, ongeacht hun gezondheid.

"Hierdoor is het mogelijk de cliënt huishoudelijke hulp te bieden voor €14 per uur"

*Rob Slegers – Manager Welzijn,
Dienstverlening en Vastgoed RSZK*

Bij de nieuwbouw van Merefelt is er geen rekening gehouden met een uniforme stramienmaat. "Door de grote van de appartementen (70 m² red.) is het niet nodig deze eventueel later te veranderen". Er is bij de RSZK Merefelt gekozen voor de 70 m² appartementen om de bewoners grote en luxe appartementen te bieden. Bij het project is er niet expliciet gekozen voor een minimale schaalgrootte. Dit omdat de appartementen fungeren als een soort aanleunwoningen in een intramurale setting. Hierdoor is het volgens Rob Slegers kostendekkend om in de extramurale appartementen ook zorg te leveren. De appartementen van de RSZK Merefelt worden niet casco opgeleverd. Hiervoor is gekozen om het de bewoner makkelijk te maken en deze zo te kunnen laten instappen in de woning. Uit onderzoek onder huurders bleek dat zij graag een apart (gasten)toilet willen. Door de indeling was dit niet mogelijk bij appartementen in Merefelt. Dit is opgelost door de badkamer zowel vanuit de slaapkamer als de gang toegankelijk te maken. Volgens Rob Slegers is dit geen vereiste, maar zeker een meerwaarde gezien de privacy van de bewoner. Er is gekozen om elk appartement

van een eigen meterkast te voorzien, dit om per appartement te kunnen afrekenen. Op de vraag of de appartementen technisch aangepast moeten worden aan de doelgroep doormiddel van drempelloosheid, brede deuren en zorgalarmering antwoord Rob Slegers stellig: "Dat moge duidelijk zijn". Ondanks dat het geen vereiste is, is het wel een grote wens, en dus een meerwaarde voor de bewoners om een balkon of loggia te hebben. Bij Merefelt ontbreekt dit, waar ook veel commentaar op is geweest. Doordat ze niet uitkwamen met het budget is er gekozen voor een Frans balkon. "Ondanks dat alle appartementen snel verhuurd waren, hebben veel mensen die afgehaakt zijn aangegeven dat dit mede was doordat er geen buitenruimte is". Voor het project is rekening gehouden met een parkeernorm van 1,0. Echter blijkt nu in de praktijk dat dit te weinig is. Hierdoor wordt er binnenkort een extra parkeerplaats aangelegd bij het pand. De huurprijs die Merefelt hanteert is €660 per maand. "Ondanks dat mensen huurtoeslag krijgen merken we dat een hoop mensen afhaken omdat het te duur is. Vaak wordt er dan al snel de keuze gemaakt voor kleinere appartementen op basis van financiële gronden. €660 is daarom te veel en kan de doelgroep niet betalen".

Volgens Rob Slegers is hulp vanuit de Wmo voor huishoudelijke taken cruciaal voor mensen met enkel een AOW. "Mocht diegene twee uur per week hulp nodig hebben met een tarief van €14 per uur dan kost dit al snel €120 per maand. Iets wat niet te betalen is voor deze mensen." Een oplossing hiervoor is volgens Rob Slegers naast de Wmo mantelzorg of vrijwilligers in te schakelen. Er is gekozen voor een receptiefunctie omdat dit de wens is van de bewoners. Zij betalen hieraan mee middels huismeesterkosten. Dit is bij Merefelt financieel te dekken doordat ook andere disciplines als het verpleeghuis vanuit de NHC en een hotel hieraan mee betalen.

"Wij doen graag de zorgexploitatie, niet de vastgoedinvestering"

*Rob Slegers – Manager Welzijn,
Dienstverlening en Vastgoed RSZK*

Volgens Rob Slegers zou het mooi zijn als de investeringen in ouderenhuisvesting in de toekomst een business wordt van commerciële beleggers. "Er zijn al voorbeelden waar plannen voor koopappartementen worden omgezet naar senioren huurappartementen. Hier zouden wij graag de (zorg)exploitatie van doen, niet de investering". Rob Slegers merkt dat veel bewoners van Merefelt uit de directe omgeving komen, sociale contacten zijn volgens hem namelijk erg belangrijk. Bij de planvorming van het project is er duidelijk rekening gehouden

met de aanwezigheid van het naastgelegen buurtwinkelcentrum. Tevens vervult RSZK Merefelt een (zorg)voorziening voor de wijk. Bij de planvorming voor Merefelt is er jaren geleden al voorgesorteerd op het scheiden van wonen en zorg. "Alles wat wij doen is met het oog op de toekomst". Op de vraag wat er met de bestaande panden moet gebeuren antwoord Rob Slegers: "De aanleunwoningen zijn we aan het inzetten als zelfstandige huurappartementen. Voor de voormalige intramurale kamers van 15-20 m² wordt gekeken of hier studio's van gemaakt kunnen worden. Hier is juist veel vraag naar". De huurprijs van deze studio's zal variëren van €300-350 per maand.

"Alles doen we met het oog op de toekomst"

*Rob Slegers – Manager Welzijn,
Dienstverlening en Vastgoed RSZK*

9.2.3 Terugkoppeling hypothesen

Ook aan Rob Slegers zijn de opgestelde hypothetische succesfactoren voorgelegd, zoals opgesteld in paragraaf 7.3. De hypothesen zijn beoordeeld op basis van of deze een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het referentieproject en de ervaring met de praktijk. Hieruit komt naar voren dat Rob Slegers het met 33 hypothesen helemaal mee eens of enigszins mee eens is. Slechts vier hypothesen zijn beoordeeld met helemaal mee oneens of enigszins mee oneens. Opvallend is hierbij is dat vrijwel alles gebaseerd is op de cliënt. Ondanks dat de RSZK achteraf dingen anders had kunnen doen, zoals een apart (gasten)toilet, buitenruimte en huurprijs, is er onbewust en natuurlijk ook bewust rekening gehouden met de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Dit is zeker voor de levensloopbestendigheid van het project een meerwaarde. Een uitwerking van de resultaten is te vinden in paragraaf 9.4.

9.3 Referentieproject De Looborch/Oosterborch



**Afbeelding 9.3, aanzicht
De Looborch/Oosterborch
(Charim, 2013)*

9.3.1 Het project

Het complex van de Looborch/Oosterborch is gelegen aan de Woudenbergseweg in Zeist. Het gebouw dateert uit het jaar 2011 en is verdeeld over drie vleugels. Twee daarvan zijn onderdeel van de Oosterborch, het aanleuncomplex, en de derde is de Looborch. Het gebouw bestaat uit 48 verzorgingsappartementen, 24 woon- en slaapkamers ten behoeve van het kleinschalig wonen en enkele appartementen in de Looborch. De Oosterborch bestaat uit 55 zorggarantiewoningen waar bewoners zelfstandig wonen. Deze mensen kunnen echter wel gebruikmaken van alle diensten en voorzieningen in de Looborch. Tevens kunnen mensen vanuit de wijk gebruik hiervan maken. Ook deze buurtbewoners dragen bij aan het sociale aspect van het plezierig wonen in de Looborch/Oosterborch. Op de begane grond ligt het Looplein, het restaurant van de Looborch. Daarnaast beschikt de Looborch over een winkel, bruin café, kapper, pedicure, bibliotheek en geneeskundige faciliteiten zoals een huisarts en fysiotherapeut. Tevens zijn er onder het complex twee parkeergarages gesitueerd (Charim, 2013) (Charim, 2011). Aangezien de bewoners in de Oosterborch zelfstandig wonen, is met name de focus gelegd op de Oosterborch. Deze bewoners maken echter, zoals eerder gezegd, wel gebruik van de Looborch.

De appartementen in de Oosterborch variëren van 90 m² tot 200 m² en bieden voldoende ruimte voor ouderen die zelfstandig willen wonen. De appartementen bestaan uit een woonkamer met open keuken, minimaal twee slaapkamers, een badkamer, een apart toilet, een berging en een terras of balkon. Charim levert thuiszorg aan deze zelfstandige appartementen. De huurprijzen van De Oosterborch variëren van €830 tot €1671. De bijkomende servicekosten bedragen €75 per maand en de huur voor een eventuele parkeerplaats €76 (Charim, 2013).

9.3.2 Keuzes en afwegingen

Tijdens de planvorming van de Oosterborch is er rekening gehouden met de wens van bewoners om zelfstandig te wonen. Deze woningen fungeren dan ook als aanleuncomplex tegen de Looborch aan. Deze appartementen beschikken dan ook over een eigen keuken, sanitair en aansluitingen voor een wasmachine. Tevens kunnen de bewoners gebruik maken van de aanvullende diensten van Charim. Deze diensten zijn dan ook volgens Charim primair voeding, schoonmaak- en wasservice en welzijn. Mocht bewoners uit de Oosterborch hiervoor kiezen, dienen ze hier apart voor te betalen. Volgens Jan Baan is hiervoor gekozen om de cliënt keuzevrijheid te geven en hebben ze volgens hem de keuze waar ze wat aan uitgeven. Volgens Jan Baan past het prima in deze tijd dat mensen keuzevrijheid hebben.

De appartementen in de Oosterborch vallen in de vrije huursector. Hier is dan ook bewust voor gekozen omdat Charim wist dat de doelgroep dit kon betalen. Hierdoor zijn dan ook alle appartementen verhuurd. Deze appartementen zijn bedoeld voor mensen die niet meer thuis kunnen worden en nog niet hele stap naar een intramuraal tehuis te maken. Het aanbieden van een zelfstandig appartement als aanleunwoning biedt dan ook volgens Jan Baan voldoende voorzieningen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Een belangrijk onderdeel van het gaan wonen in de Oosterborch is de geboden zorg. Om te mogen wonen in de Oosterborch is een functie- en klassenindicatie niet een vereiste, alleen moeten zij die zorg dan wel zelf betalen. Om de bewoners veiligheid te bieden beschikken de zelfstandige appartementen over

een zorgalarmeringssysteem waarbij direct een beroep gedaan kan worden op de zorg vanuit de Looborch. De bieden van deze 24-uurs zorg is volgens Jan Baan dan ook een vereiste.

Gezien de situatie als aanleunwoning is er niet direct gekozen voor een minimale schaalgrootte. Volgens Jan Baan hangt de grootte van het zelfstandige complex sterk af van de aanwezigheid van een verpleegunit. Deze verpleegunit is hier aanwezig is de vorm van de Looborch. Volgens Jan Baan is de minimale schaalgrootte toch wel minimaal 32 appartementen. Wanneer je er bijvoorbeeld 16 hebt, geeft Jan Baan dat je hierdoor al snel aangewezen bent op 5000-9000 vrijwilligersuren. Jan Baan denkt dan ook dat er op een locatie altijd een verpleegunit aanwezig moet zijn. "Dit kan je oplossen door zowel intramuraal als zelfstandige woningen bij elkaar te clusteren zodat je vanuit het intramurale gedeelte deze zorg kan bieden".

Over de keuze van de indeling van de appartementen is Jan Baan helder. "De woning is aangepast aan de doelgroep door drempelloosheid, brede deuren en voldoende draairuimte voor de gebruiker". Wanneer de appartementen niet op een dergelijke manier worden aangepast kan het volgens Jan Baan gebeuren dat de bewoner op een keer moet verhuizen. Dit heeft leegstand en inkomstenderving als gevolg. Charim heeft hier volgens Jan Baan dan ook expliciet voor gekozen. Naast de

standaard indeling is er door de ruimte in de appartementen gekozen voor zowel een apart gastentoilet als een buitenruimte. Volgens Jan Baan waren dit geen vereisten voor het appartementen en vormen ze wel een grote meerwaarde voor de bewoner. "Er is gekozen voor een buitenruimte om de bewoner niet het gevoel van opgesloten te geven". Tevens is een belangrijk keuze volgens Jan Baan geweest een eigen woon- en slaapkamer te maken. "Hierdoor houden mensen hun privacy en kunnen ze zich afsluiten, dit wordt erg gewaardeerd". Wat betreft de grootte van de appartementen is Jan Baan ervan overtuigd dat een appartement van 50 m² zou volstaan voor de doelgroep, en zeker voor de onderzoeksdoelgroep. Ondanks dat veel van deze mensen uit een corporatiewoning komen is het volgens Jan Baan een stukje motivatie om deze in een 50 m² te laten wonen. "Wanneer de bewoners deze doelgroep waren, boden wij dit formaat appartementen aan. Woningen van 45-50 m² vind deze doelgroep heerlijk". Een belangrijke keuze voor aanvang van het project is de keuze voor uniforme stramienmaten. "Belangrijk is dat de stramienmaten goed zijn zodat je eventueel in de toekomst nog kan opschalen naar meer appartementen".

"Er is gekozen voor een buitenruimte om de bewoner niet het gevoel van opgesloten te geven"

*Jan Baan – Manager Vastgoed
Charim*

"Nieuwbouw is een grote uitdaging, daarom ligt bestaande bouw al snel voor de hand"

*Jan Baan – Manager Vastgoed
Charim*

Om de bewoners apart te kunnen laten afrekenen voor hun gebruikerslasten is er voor gekozen om een eigen meterkast per appartement aan te brengen. "Hierdoor betalen mensen precies wat ze hebben verbruikt en tevens worden ze bewust van het gebruik hiervan". Wat betreft de investeringskosten is het een uitdaging om voor <€100.000 incl. BTW een zelfstandig appartement te bouwen. Door de grotere appartementen is dit in de Oosterborch vanzelfsprekend niet gelukt. "Voor nieuwbouw wordt dit een grote uitdaging, daarom ligt

bestaande bouw al snel voor de hand". Om de investeringskosten laag te houden heeft Charim ervoor gekozen de appartementen basaal af te werken en tevens deze casco op te leveren. Echter biedt Charim wel diensten aan die kunnen helpen bij de inrichting van het appartement. Echter dient hier wel apart voor betaald te worden. Jan Baan ziet door de groeiende markt in de toekomst de investeringen in ouderenhuisvesting richting de commerciële beleggers gaan. Wat betreft het aanbod is er in de Looborch/Oosterborch expliciet gekozen voor een gedifferentieerd prijsaanbod. "Bewoners willen kunnen kiezen". Jan Baan merkt dat veel bewoners graag een receptiefunctie willen, alleen zij ze vaak hier niet voor bereid te betalen. Doordat dit erg duur is, is het niet mogelijk dit goedkoop aan te bieden. "Een goede receptiedekking kost al gauw rond de €500 per huishouden per jaar in de vorm van servicekosten. Zeker een doelgroep in het sociale segment kan dit niet betalen". In het boek 'Scheiden van wonen en zorg doet u zo!' van AAG heeft Jan Baan een inkomensplaatje opgesteld. Hij merkt hierbij op dat hogere inkomens

erop vooruit gaan en de lagere inkomens erop achteruit. Deze doelgroep zal dan ook volgens Jan Baan bij de gemeente vanuit de Wmo een tegemoetkoming gaan krijgen.

Jan Baan merkt dat veel van zijn bewoners uit de directe omgeving komen. Het blijven onderhouden van sociale contacten speelt hierin een belangrijke rol. Bij aanvang van het project is er dan ook erg gefocust op deze groep. Tevens is er bij aanvang van het project gekeken naar de omliggende voorzieningen. “De ligging van de Looborch ten opzichte van het centrum en de voorzieningen is een absoluut pluspunt”. Doordat bewoners dan ook vaak dichtbij deze voorzieningen willen zitten heeft een rustige omgeving dan ook niet de voorkeur boven een stedelijke omgeving. Tot slot geeft Jan Baan dat het allerbelangrijkste te weten is wie de doelgroep is en wat deze wilt. “Belangrijk is te weten wat ze kunnen betalen en wat ze willen en op basis daarvan basale keuzes maken in wat wel en wat niet.

9.3.3 Terugkoppeling hypothesen

Ook aan Jan Baan zijn de opgestelde hypothetische succesfactoren voorgelegd, zoals opgesteld in paragraaf 7.3. De hypothesen zijn beoordeeld op basis van of deze een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het referentieproject en de ervaring met de praktijk. Hieruit komt naar voren dat Jan Baan het met 30 hypothesen helemaal mee eens of enigszins mee eens is. Zeven hypothesen zijn beoordeeld met helemaal mee oneens of enigszins mee oneens. Opvallend hierbij is dat, evenals bij Florence en de RSZK, alle keuzes zijn gemaakt met het oog op de cliënt. Een goede ontwikkeling; van een aanbodgericht naar een vraaggestuurde aanpak. Ondanks dat de zelfstandige appartementen in de Oosterborch zich in een ander segment bevinden, zijn veel keuzes gemaakt die ook gemaakt zouden zijn bij ontwikkeling van de zelfstandige appartementen uit dit onderzoek. Tevens heeft Jan Baan voldoende praktijkervaring om ook de doelgroep van dit onderzoek te kennen en kijkt hij ook al naar deze doelgroep doordat de verzorgingstehuizen op termijn ook zelfstandig verhuurt dienen te worden. Een uitwerking van de resultaten is te vinden in paragraaf 9.4.

9.4 Beoordeling hypothesen

In afbeelding 9.4 op de volgende pagina zijn de beoordelingen van de hypothetische succesfactoren door de betrokken van het referentieproject weergegeven. In het zwart die van Jonker Frans, rood van Merefelt en blauw van de Looborch/Oosterborch.

“De hypothesen zijn een goede afspiegeling van wat er in de praktijk speelt”

Ruud Stermerdink – Manager Vastgoed Florence

De respondenten hebben er keuze moeten maken tussen helemaal mee (on)eens of enigszins mee (on)eens. Er is expliciet niet voor een optie ‘neutraal’ gekozen om de respondent verplicht een keuze te laten maken. Daarnaast zijn sommige hypothesen ‘belangrijker’ dan andere, hierdoor is de optie voor enigszins mee (on)eens ingevoegd in de mogelijkheden. Voor een eenduidige beantwoording zijn de antwoorden positief geformuleerd.

Wanneer een hypothese door de drie respondenten wordt beoordeeld als ‘helemaal mee eens’ vormt dit een primaire succesfactor. Wanneer twee respondenten kiezen voor ‘helemaal mee eens’ en één respondent voor ‘enigszins mee eens’ vormt dit tevens een primaire succesfactor. Wanneer een hypothese door de drie respondenten wordt beoordeeld als ‘enigszins mee eens’ vormt dit een secundaire succesfactor. Wanneer twee respondenten kiezen voor ‘enigszins mee eens’ en één respondent voor ‘helemaal mee eens’ vormt dit tevens een secundaire succesfactor. Mocht een hypothese door de drie respondenten verschillend worden beoordeeld, wordt deze verworpen. Hetzelfde geldt voor een hypothese die een negatief beantwoording heeft. Mocht een hypothese twee maal positief worden beantwoord en één maal negatief kan deze beargumenteerd nog een secundaire succesfactor worden.

10. Tool

In dit hoofdstuk is uit de verzamelde onderzoeksgegevens een dashboard opgesteld waarmee het huishoudboekje in het geval van de PDF-versie interactief is gemaakt. Door het draaien aan de verschillende knoppen, waarmee de parameters veranderen, kan er berekend worden wat de cliënt aan maximale huur kan betalen wanneer deze extramuraal gaat huren.

10.1 Uitgangspunten van de tool

Paragraaf 5.3 “Financiële kenmerken” vormt de basis voor de tool. In deze paragraaf is aan de hand van de inkomsten en uitgaven van de doelgroep een huishoudboekje opgesteld voor verschillende scenario's. Om het aantal scenario's oneindig te maken is deze tool opgesteld. Het wijzigen van de parameters is vrij eenvoudig.

De doelgroep waarop het model gebaseerd is, zijn zorgbehoevende ouderen die geen indicatie meer krijgen voor verblijf en door het extramuraliseren zelf moeten gaan betalen voor hun woon- en verblijfslasten. Kenmerken van deze doelgroep zijn beschreven in hoofdstuk 5. Uitgangspunt van de tool is een oudere met een AOW-uitkering in een extramurale woonsituatie. Voor niet-AOW-gerechtigden of bewoners van een intramurale instelling is deze tool dan ook niet van toepassing. Uitgangspunt is tevens een alleenstaande situatie. Mocht er een toeslagpartner zijn dient dit aangevinkt te worden. Daarnaast zijn alle bedragen per maand, tenzij anders aangegeven. De doelgroep die gebruik gaat maken van deze tool zijn met name zorginstellingen (dit kunnen ook commerciële beleggers zijn) die gevoel willen krijgen bij de mogelijke huurinkomsten van een extramuraal te verhuren pand. Van belang hierbij is kennis van de doelgroep te hebben, zowel demografisch als qua inkomen. Daarnaast zal BOB Advies de tool gaan gebruiken voor haar advieswerk. Tevens zal de tool gedeeltelijk op de website worden geplaatst. Tevens is er een artikel geschreven die verspreid is in de nieuwsbrieven van onder andere Zorgvisie en Zorgmarkt. Het artikel is opgenomen in bijlage 8.

De achterliggende waarden en rekenmethodieken zijn met uiterste nauwkeurigheid tot stand gekomen. Samen met BOB Advies is de juistheid van de formules vastgesteld en zo accuraat mogelijke waardes gekozen als input van het model. Echter kunnen er geen rechten worden ontleend aan de tool. Een beschrijving van alle waarden is opgenomen in bijlage 6.

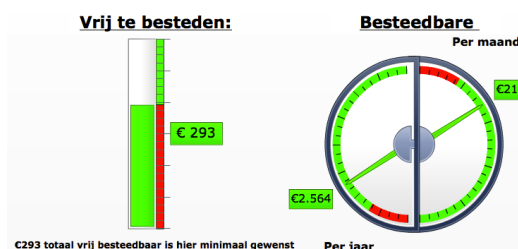
10.2 Werking van de tool

Een duidelijk stappenplan voor het invullen van de tool is er niet. Wel is het van belang de huurtoeslag pas te berekenen wanneer de andere parameters zijn ingevuld. De hoogte van de huurtoeslag is immers afhankelijk van de te besteden huur, het eindresultaat van de tool. Uitgangspunt van de tool is dat alle draaiknoppen draaibaar zijn, en dus variabel, en de staafdiagrammen vast staan als resultante van de draaiknoppen. Een handleiding is opgenomen in bijlage 9.

“Dit is wel een leuk tooltje dit, een goede acquisitietool voor klanten”

Ruud Stermerdink – Manager Vastgoed Florence

Als uiteindelijk alle parameters zijn ingevuld, blijft midden bovenaan de maximaal besteedbare huur over die de cliënt kan betalen en het vrij besteedbaar bedrag, zoals in afbeelding 10.1 te zien is. Hierdoor kan er voor de verhuurder een beeld worden verkregen van de mogelijke huurinkomsten van een extramuraal te verhuren pand en voor de huurder een inzicht in zijn huuruitgaven en het vrij besteedbaar bedrag wat hij hiernaast overhoudt. Interessant voor zorginstellingen voor gesprekken met toekomstige huurders en te concluderen of het extramuraliseren een kans of bedreiging vormt, of voor commerciële beleggers om te investeren in ouderenhuisvesting.



***Afbeelding 10.1, resultante dashboard tool. Vrij besteedbaar bedrag vs. besteedbare huur**

10.3 Tool

Op de volgende pagina is de ontwikkelde tool weergegeven. In de digitale versie van deze rapportage is de tool interactief en kan er aan de knoppen worden gedraaid.

Inkomen

€1.085 **AOW**

Vermogen

€0

Aanvullend pensioen

€0

Aanvullen met inkomsten box 2 en 3 /per maand

Vrij te besteden:

€ 293

C293 totaal vrij besteedbaar is hier minimaal

Besteedbare

Per maand

€214

€2.564

Per jaar

Resumé

Per jaar

Bruto

€ 13.848

Per maand

€ 1.154

Per jaar

Netto

€ 12.868

Per maand

€ 1.072

Zorgtoeslag

€ 88

Eigen bijdrage

€ 20,15

€1.300

Premie ziektekosten (per jaar)

Mutatie vrij besteedbaar:

€0

Huurtoeslag:

Op basis van besteedbare huur

€0

Huurtoeslag

Huurtoeslag berekenen

☒ AOW <1946
☒ Extramuraal
☐ Toeslagpartner

Scenario opslaan

Herstel

Print

Indien centraal geregeld:

Schoonmaak

Wassen

Maaltijden

Overig

€0

€0

€0

€0

NIBUD waarden:

Reset NIBUD waarden

Verzekeringen

Energiekosten

Gem. belastingen

Huurschuldverl.

Servicekosten

Boodschappen

Domotica

Internet/tel./tv

€13

€106

€0

€20

€48

€300

€6

€54

(C) BOB Advies BV

*Afbeelding 10.2, ontwikkelde beschikbare huur tool BOB Advies ©

IV: Conclusies en aanbevelingen

11. Conclusie

Door de recente invoering van het extramuraliseren is er onder veel zorgvastgoedpartijen nog onduidelijk hoe hierop ingespeeld dient te worden. Voor met name zorginstellingen is het niet altijd duidelijk of het extramuraliseren een kans of een bedreiging vormt. De vraag is namelijk niet wie deze doelgroep is, maar wat de wensen en mogelijkheden van deze zorgbehoevende ouderen zijn. Concreet houdt dit in dat het onbekend is welk woonconcept voldoet aan de wensen en mogelijkheden van deze zorgbehoevende ouderen die voorheen in een verzorgingshuis zouden gaan wonen; veelal ouderen met een niet al te groot budget. Om deze probleemstelling te beantwoorden is er onderzoek gedaan naar de technische, financiële en geografische succesfactoren voor een extramuraal woonconcept geredeneerd vanuit het cliënt perspectief. Daarnaast is een tool opgesteld om de besteedbare huur van deze cliënt te bepalen.

In dit hoofdstuk worden de eindconclusies van het onderzoek beschreven. In de eerste paragraaf worden de algemene conclusies uit het onderzoek beschreven. De tweede paragraaf geeft een opsomming van de primaire en secundaire succesfactoren die bevestigd zijn door middel van de empirische toetsing. Tot slot wordt er in de derde paragraaf een korte eindconclusie gegeven van het onderzoek.

11.1 Algemene conclusies

Door de demografische kenmerken van de doelgroep kan er dus geconcludeerd worden dat Nederland te maakt heeft met een dubbele vergrijzing. Om de zorgkosten in de toekomst beheersbaar te houden is door de overheid het extramuraliseren dan ook versneld ingevoerd. Naast dat geconcludeerd kan worden dat dit in lijn is met de wens van de cliënt om langer thuis te blijven wonen en het krijgen van meer keuzevrijheid, is het dus een bezuinigingsmaatregel op de AWBZ.

Onderdeel van ZFP-prijs	Zorgfuncties	Persoonlijke verzorging
		Verpleging
		Begeleiding
		Dagbesteding
		Behandeling
	Verblijfscomponenten	Schoonmaakservice
		Maaltijdservice
		Receptie-, restaurant-, winkelvoorziening, magazijn, logistiek, wasservice, geestelijke verzorging et cetera
	Wooncomponenten	Gas, water, licht (eigen appartement)
		Gas, water, licht (algemene ruimten)
Huurdersonderhoud		
Eigenaarsonderhoud		
Geen onderdeel ZFP-prijs	Kapitaallasten (nacalculatie en vanaf 2012 geleidelijk NHC's)	Kapitaallasten zorggebonden ruimten
		Kapitaallasten individuele ruimten

Bij scheiden wonen en zorg gaat de cliënt zelf betalen voor rood gemarkeerde onderdelen (maar blijft sprake van integraal pakket)

Bij extramuralisering van ZFP VV1 t/m VV3 en deels VV4 wordt alleen geïndiceerd voor de blauwe functies

***Afbeelding 11.1, schematische uitwerking van het scheiden van wonen en zorg en extramuraliseren**

Door het extramuraliseren worden deze zorgbehoevende ouderen¹² dus niet meer geïndiceerd, de indicaties verdwijnen op termijn. Dit dus in tegenstelling tot het eerder aangekondigde scheiden van wonen en zorg. Het verschil tussen de twee zit hem dus in de mate waarin de overige dienstverlening wordt geïndiceerd en vergoed. Dit verschil is weergegeven in afbeelding 11.1. Doordat de cliënten nog wel een extramurale zorgaanspraak houden dienen zorgaanbieder dit in de nieuwe situatie dit dus te leveren in de vorm van thuiszorg. Doordat dit deel van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) per 2017 wordt overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en gemeenten geheel verantwoordelijk worden gemaakt voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging, dienen cliënten deze

¹² Zorgbehoevende ouderen: voorheen geïndiceerde ouderen met ZFP VV1 – VV4

dus zelf te 'gaan halen' bij de gemeente middels de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarnaast dienen zij, wanneer ze het niet kunnen betalen, voor huishoudelijke hulp tevens een beroep te doen op deze voorziening.

Doordat deze zorgbehoevende ouderen geen indicatie meer krijgen dienen zij dus zelf te gaan betalen voor hun woon- en verblijfslasten. Als gevolg hiervan wordt door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) de hoge eigen bijdrage wel verlaagd naar een lage eigen bijdrage. Met dit verschil dienen ze de bovengenoemde lasten dus zelf te gaan betalen. Hierdoor kan de cliënt zelf gaan bepalen hoeveel hij of zij waaraan uitgeeft. Het wordt immers echt een markt: je krijgt waarvoor je betaald. Dit draagt bij aan het promoten van keuzevrijheid voor de cliënt, iets waar zij volgens dit onderzoek ook aan toe zijn. Door de genoemde vergrijzing en extramuralisatie zal de komende jaren de vraag naar zorgappartementen dus toenemen. Deze appartementen dienen echter wel te voldoen aan de wensen en mogelijkheden van de doelgroep. Uit dit onderzoek blijkt dat betaalbaarheid en keuzemogelijkheid hierbij een belangrijke rol speelt. Tevens blijkt dat de doelgroep maar een beperkt bedrag kan reserveren voor de huuruitgave. Door middel van de tool is dit bedrag inzichtelijk gemaakt in tabel 11.2.

Vrij besteedbaar vs. besteedbare huur			
Aanvullend pensioen (p/m)	Vermogen	Vrij besteedbaar	Besteedbare huur
€0	€0	€293	€439
€0	€50.000	€293	€410
€150	€0	€353	€550
€150	€50.000	€328	€550
€250	€0	€398	€550
€250	€50.000	€368	€550

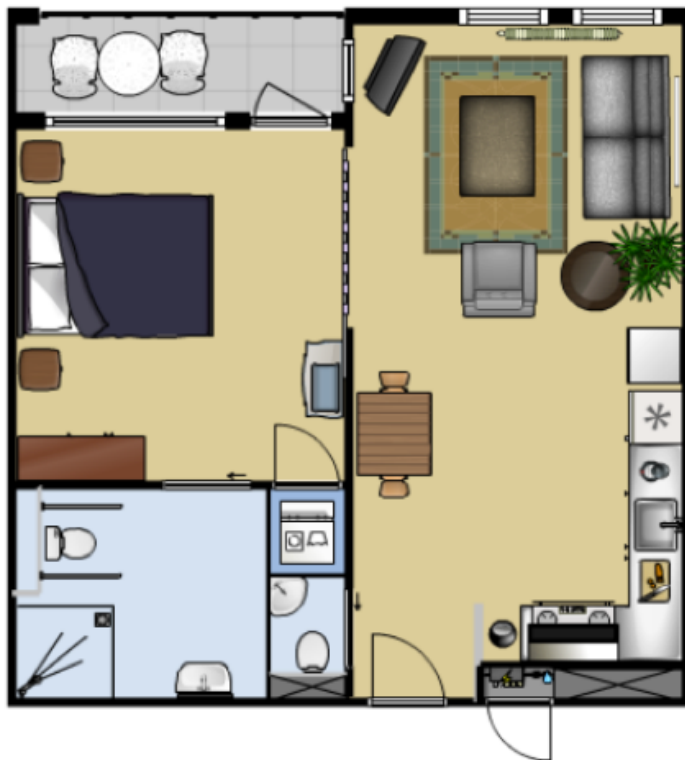
***Afbeelding 11.2, besteedbare huur en vrij besteedbaar bedrag in relatie tot het inkomen en vermogen**

Hieruit blijkt dus dat iemand die alleen een AOW-uitkering geniet dus 'slechts' €420 per maand aan huur kan betalen. Iemand die ook over een aanvullend pensioen beschikt kan aanzienlijk meer betalen en tevens zelf meer vrij besteedbaar overhouden. Uit de tool blijkt dat iemand met een aanvullende pensioen van €150 of €250 per maand €550 aan huur kan betalen. Tevens houdt de cliënt dan ook nog meer vrij besteedbaar over dan het gestelde minimum in de tool. Dit is dan ook gewenst om niet geconfronteerd te worden met een dergelijk minimaal vrij besteedbaar bedrag. Kortom, een cliënt met enkel een AOW-uitkering kan slechts €420 aan huur per maand betalen, terwijl iemand met een aanvullend pensioen van €150 of €250 per maand €550 aan huur per maand kan betalen. Het huurbedrag dient dus ingezet te worden dus op dit bedrag, anders kan de doelgroep het immers niet betalen.

Uit dit onderzoek blijkt dat de fysieke gesteldheid van de doelgroep afdoende is om deze te extramuraliseren. De geïnterviewden zijn het er unaniem mee eens dat het verantwoord is om ZZP VV1 – VV3 te extramuraliseren. Zij kunnen zichzelf goed redden in het dagelijks leven, al dan niet met wat hulp. Voor ZZP VV1 en VV2 geldt dat zij ten aanzien van zelfredzaamheid met name behoefte hebben aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk verkeer, het uitvoeren van complexe taken en het huishoudelijk leven. Ten aanzien van mobiliteit hebben deze mensen weinig tot geen hulp nodig, al dan niet in de vorm van een rollator. Met betrekking tot de cliënten die geïndiceerd zouden worden voor ZZP VV3 geldt dat zij deze kenmerken hebben als de lagere ZZP's. Echter hebben zij vanwege omvangrijke somatische problematiek enige behoefte aan begeleiding en vooral ook aan intensieve zorg. De cliënten hebben daarnaast ten aanzien van geestelijke ondersteuning hulp, toezicht of sturing nodig. Ten aanzien van mobiliteit hebben deze cliënten hulp nodig bij het opstaan of het uit bed komen. Voor ZZP VV4 gelden dezelfde eerder genoemde kenmerken als bij de lagere ZZP's. Echter hebben zij daarnaast ook behoefte aan intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging. Ook ten aanzien van mobiliteit hebben zij meer toezicht en stimulatie nodig. Binnenshuis kan deze cliënt zich dan ook beperkt zelfstandig bewegen. Unaniem waren de geïnterviewden het erover eens dat het extramuraliseren van deze groep dan ook niet verantwoord is gezien de zelfredzaamheid. Staatsecretaris Van Rijn heeft dan ook besloten ZZP VV4 maar voor 50% te extramuraliseren, gezien de praktijkervaring van de geïnterviewden en de kenmerken dus een verstandige beslissing.

Om de wensen van de doelgroep inzichtelijk te maken is er een enquête uitgevoerd onder de bewoners van een verzorgingstehuis. Tevens zijn de expert gevraagd naar hun ervaringen wat betreft deze wensen. Hieruit blijkt dat de kenmerken van het appartement zeer belangrijk zijn voor de keuze hiervoor. Belangrijke eigenschappen hiervan zijn: een oppervlakte van 50 m² GBO (volstaat voor de doelgroep en is conform hun wens), een aparte woon- en slaapkamer, een eigen keuken en aansluitingen voor een wasmachine. Daarnaast dient per appartement een eigen meterkast aangesloten te worden zodat er per appartement apart afgerekend kan worden voor de gebruikerslasten. Een apart (gasten)toilet of balkon, al dan niet in de vorm van een loggia, zijn voor de doelgroep geen vereiste. Echter vormen deze wel een grote meerwaarde voor het appartement. In het geval van bestaande bouw is volgens de geïnterviewden een Frans balkon ook een oplossing. Daarnaast vinden bewoners de ligging ten opzichte van natuur en het openbaar vervoer, de ligging ten opzichte van hun eigen sociale contacten en een beroep kunnen doen op een zorgvoorziening erg belangrijk. Wat betreft de aanvullende services blijkt uit de enquête dat de bewoners met name sociale interactie in de vorm van het kunnen ontmoeten van medebewoners en het kunnen deelnemen aan activiteiten erg belangrijk vinden. Opvallend is dat zij weinig belang hechten aan een maaltijdvoorziening, huishoudelijke hulp of een wasservice. Volgens de geïnterviewden is het aanbieden van deze aanvullende services echter wel van belang, dit ervaren zij dan ook in de praktijk. Dit om de cliënt de mogelijkheid te geven om het zelf te doen of gebruik te maken van de service. Doordat de bewoners zo snel mogelijk hun appartement willen betrekken is een gestoffeerd appartement met een basaal afwerkingsniveau dus de standaard en conform de wens van de cliënt.

Conform de wensen van de doelgroep en de ervaringen van de geïnterviewden met de praktijk is een zorgappartement in afbeelding 11.3 uitgewerkt. Belangrijke speerpunten hierin zijn keuzevrijheid voor de cliënt, zelfstandigheid, privacy en betaalbaarheid voor de cliënt. Door de geïnterviewden is aangegeven dat de investeringskosten voor een dergelijk appartement maximaal €100.000 incl. BTW mogen zijn, anders is de huur van €550 niet kostprijsdekkend. Uit dit onderzoek blijkt dat dit bijna niet haalbaar is voor nieuwbouw, mits er heel scherp wordt aanbesteed. Het ombouwen van voormalig intramurale instellingen tot zelfstandige appartementen ligt dan dus ook voor de hand. Hierdoor kunnen de investeringskosten rond de €90.000 worden gehouden. Dit zal bij een huur van €550, het resultaat van besteedbare huur tool, een rendement opleveren van 7,3%. Aantrekkelijk voor een zorginstellingen die de appartementen zelf wilt gaan verhuren, al dan niet voor een woningcorporatie of commerciële belegger.



**Afbeelding 11.3, visualisatie van zelfstandig zorgappartement (50 m² GBO)*

De geïnterviewden gaven aan dat de situering als aanleunwoning bij een intramurale instelling gewenst is. Dit niet alleen vanwege de zorgexploitatie en dat bewoners gebruik kunnen maken van de voorzieningen, maar ook door met de NHC van de intramurale bewoners deels het rendement van de zelfstandige appartementen te verhogen. Mocht het rendement op zelfstandige appartementen niet hoog genoeg zijn, kan dit dus een oplossing zijn.

11.2 Primaire en secundaire succesfactoren

Door de drie betrokkenen van de referentieprojecten zijn 23 succesfactoren positief beoordeeld op basis van hun ervaringen met de praktijk en de mate waarin deze een rol hebben gespeeld bij het referentieproject. Eén verworpen hypothese is beargumenteerd een secundaire succesfactor geworden. Deze positieve succesfactoren zijn onderverdeeld in primaire en secundaire succesfactoren. De primaire en secundaire succesfactoren zijn:

Primaire succesfactoren (10):

- De **aanvullende services** dienen **afzonderlijk van elkaar aangeboden te worden** ten behoeve van keuzevrijheid voor de cliënt
- Bij aanvang van het project was er **kennis van de doelgroep**, zowel demografisch als qua inkomen
- **Zelfstandigheid promoten** is conform de wens van de bewoners
- Een **gescheiden woon- en slaapkamer** is een vereiste.
- Sanitaire voorzieningen worden gesplitst in een eigen badkamer en een **apart (gasten)toilet**.
- Ten behoeve van keuzevrijheid van de cliënt is een **eigen keuken** een vereiste.
- Per appartement dient er aan de gangzijde een **eigen meterkast** gesitueerd te zijn.
- **Primaire aanpassingen** als zorgalarmering, drempelloosheid en brede deuren zijn een vereiste.
- Per appartement wordt er **apart afgerekend** voor energielasten.
- De zelfstandige appartementen dienen gesitueerd te zijn als **aanleunwoningen**.

Secundaire succesfactoren (14):

- **Maaltijdvoorziening, schoonmaak- en wasservice en welzijn** zijn de primair aan te bieden diensten.
- Voor een zelfstandige woning is een **adressplitsing** in de GBA aangevraagd.
- Het bieden van **24-uurs zorg** is een basisbehoefte van de cliënt
- Appartementen van **50 m²** volstaan voor de doelgroep en zijn ruimte-technisch mogelijk.
- Een **basaal afwerkingsniveau** is standaard.
- Een buitenruimte in de vorm van een **balkon**, al dan niet **loggia**, is een vereiste.
- Ouderen met een AOW-uitkering + klein aanvullend pensioen (<€250 per maand) kunnen maximaal **€550** aan **huur** betalen.
- **Huurtoeslag** is cruciaal voor het huishoudboekje van de cliënt.
- De **investeringskosten** dienen per appartement **<€100.000 incl. BTW** te zijn.
- **Investeringskosten in ouderenhuisvesting** worden in de toekomst een **business** voor commerciële beleggers.
- De bewoners van het project zijn veelal blijven wonen in hun **eigen sociale omgeving**.
- Bij aanvang van het project is er **gekeken** naar de ligging ten opzichte van de **primaire voorzieningen in de buurt**.
- Het project fungeert als **(zorg)voorziening** in de wijk.
- De **buurt** is van sterke **invloed** op de **huurprijs** van zelfstandige zorgappartementen.

Ondanks dat de hypothese omtrent in de adressplitsing in de GBA formeel verworpen zou moeten zijn, is deze alsnog toegevoegd tot de secundaire succesfactoren. Dit aangezien een voorwaarde voor de huurtoeslag een dergelijke adressplitsing is. Aangezien de huurtoeslag cruciaal is voor het huishoudboekje van de cliënt, is een dergelijke splitsing dus een vereiste.

11.3 Eindconclusie

Kortom, kennis van de doelgroep en de buurt is van groot belang. Daarnaast is het promoten van zelfstandigheid, het bieden van keuzemogelijkheden door een zelfstandig appartement aan te bieden met primair de aanvullende services voeding, schoonmaak- en wasservice en welzijn en een maximale kale huurprijs van €550, cruciaal. Het wordt immers echt een markt; degene die betaald, bepaald. De zorgcliënt wordt eigenlijk dus een huurder. Door het openbreken van deze markt zijn er ook volop kansen voor andere partijen, iets wat in de toekomst dan ook een mogelijke business kan worden van commerciële beleggers.

12. Aanbevelingen

Op basis van de geformuleerde conclusies in hoofdstuk 11 worden er in dit hoofdstuk enkele aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen zijn opgesplitst in algemene, praktische en onderzoeksmatige aanbevelingen. De algemene aanbevelingen worden gedaan aan zorginstellingen die te maken hebben gekregen met het extramuraliseren. De praktische aanbevelingen worden gedaan aan BOB Advies en zijn een vertaling van de conclusies om deze te gebruiken tijdens het geven van strategisch vastgoedadvies. De onderzoeksmatige aanbevelingen betreft aanbevelingen voor een vervolg onderzoek.

12.1 Algemene aanbevelingen

Uit het onderzoek kwam naar voren dat er onder zorginstellingen onderscheidt valt te maken tussen traditionele en ondernemende zorginstellingen. Ondanks dat beide bekend zijn met de wijzigende regelgeving, zit het onderscheid met name in de manier waarop hier op ingespeeld wordt. Door de uitstroom van geïndiceerden in de bestaande verzorgingstehuizen wordt het steeds meer noodzaak om in te spelen op het extramuraliseren door wellicht te kiezen voor het verhuren van zelfstandige appartementen. Een andere keuze zou kunnen zijn dat de zorginstelling zich alleen nog toelegt op de zwaardere zorg (ZGP VV5+). Uit dit onderzoek komt naar voren dat het inspelen hierop ook staat of valt bij de betrokken persoon van de zorginstelling. Voorheen facilitaire managers die het onderdeel vastgoed erbij hebben gekregen hebben namelijk een andere kijk op het ontwikkelen en verhuren van zelfstandige appartementen dan bijvoorbeeld iemand die ervoor bij een commerciële vastgoedpartij werkzaam is geweest. De argwaan voor het verhuren van het in hun ogen kleine zelfstandige appartement voor een naar hun idee buiten proportionele huurprijs berust dan ook vaak op vooroordelen. Deze dogma dient dan ook zo snel mogelijk doorbroken te worden. Met dit onderzoek is immers aangetoond dat een dergelijk appartement conform de wens en mogelijkheden van de doelgroep is. Het is dan ook aan te bevelen aan zorginstellingen om voor zichzelf duidelijk te maken wat hun strategie is bij het verhuren van de appartementen. Tevens dient men af te vragen of er voldoende kennis in huis is om naast het zorggedeelte het vastgoedgedeelte te exploiteren. Mocht deze expertise niet in huis zijn is het aan te bevelen zich op de zorg te focussen, dat is immers hun core business. Het vastgoedgedeelte zou dan uitbesteedt kunnen worden aan een woningcorporatie of commerciële belegger.

Door de uitstroom van verzorgingstehuizen komen veel van dergelijke panden geleidelijk leeg te staan. Dit in combinatie met de hoogte van de toekomstige huurstromen is het aan te bevelen deze panden te verbouwen tot verhuurbare zelfstandige appartementen, aangezien nieuwbouw niet haalbaar lijkt. Bij de keuze voor verbouwen is het aan te bevelen rigoureuus op de boekwaarde van het pand af te schrijven. Hierdoor kan er een nieuw evenwicht worden gevonden tussen de huuropbrengsten en de kosten. Daarnaast is het aan te bevelen, wanneer een zorginstelling de kamers zelfstandig gaat verhuren, dit op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) te melden bij het College sanering zorginstellingen. Niet iedere kamer hoeft hiervoor individueel aangemeld te worden, een eenmalig melding is voldoende. Wanneer de huurprijs conform het woningwaarderingssysteem (WWS) is, zal dit vaak leiden tot goedkeuring in het kader van het extramuraliseren (College sanering zorginstellingen, 2013). Daarnaast is aan te bevelen onderzoek te doen naar de mogelijkheden die het vigerende bestemmingsplan biedt. Voormalige zorgbestemmingen mogen immers niet zomaar bestemd worden voor huurwoningen.

12.2 Praktische aanbevelingen

De conclusies van dit onderzoek tonen succesfactoren voor een extramuraal woonconcept dat inspeelt op de wensen en (financiële) mogelijkheden van de doelgroep. Aan BOB Advies is aan te bevelen deze succesfactoren te gebruiken voor hun advies aan zorgvastgoedpartijen die geïnteresseerd zijn in ouderenhuisvesting, traditioneel gezien veelal zorginstellingen. Echter kunnen dit door de marktpotentie in de toekomst ook commerciële marktpartijen zijn die zich willen richten op deze sector. Door de uitstroom van verzorgingstehuizen komen met name deze panden leeg te staan. Door de hoge investeringskosten voor nieuwbouw in combinatie met de €550 per maand huurinkomsten per appartement is dit vaak niet haalbaar. Het verbouwen van voorheen intramurale panden naar zelfstandige appartementen heeft dan ook de toekomst, BOB Advies dient zich in haar advieswerk hierop te richten.

De voor dit onderzoek ontwikkelde tool kan tevens door BOB Advies worden gebruikt bij de acquisitie voor nieuwe klanten. Doormiddel van de tool kan BOB Advies bestaande of nieuwe klanten inzicht geven in de mogelijke huurinkomsten van een extramuraal te verhuren pand. Daarnaast kunnen de relaties van BOB Advies de tool gebruiken voor gesprekken die zij met toekomstige bewoners voeren. Door gebruik te maken van de succesfactoren en de tool kan de aanbodgerichte aanpak ingewisseld voor een vraaggerichte aanpak. Kortom, de volgende punten zijn aan te bevelen aan BOB Advies:

- Gebruik de succesfactoren uit de conclusie van dit onderzoek voor strategisch vastgoedadvies voor veelal zorginstellingen;
- focus met name op de bestaande bouw die verbouwd kan worden tot zelfstandige appartementen;
- hanteer een vraaggerichte aanpak in plaats van een aanbodgerichte aanpak bij de huisvesting van geëxtramuliseerde ouderen;
- implementeer de ontwikkelde tool in de praktijk om klanten inzicht te laten krijgen in de toekomstige huurinkomsten;
- verbreed de focus van alleen zorginstellingen ook naar commerciële vastgoedpartijen.

12.3 Onderzoeksmatige aanbevelingen

Om de succesfactoren vast te stellen is er onder andere een kwantitatief onderzoek gehouden onder direct betrokken van referentieprojecten. Ondanks dat er nog niet veel concrete referentieprojecten zijn is het aan te bevelen een groter kwantitatief onderzoek op te zetten voor het vaststellen van de succesfactoren. Ondanks dat veel hypothetische succesfactoren positief zijn beantwoord, zal een groter kwantitatief onderzoek de fout marge verkleinen. Het is daarom aan te bevelen voor een vervolgonderzoek deze hypothetische succesfactoren onder een grote groep experts te toetsen. Tevens is aan te bevelen de gehouden enquête uit te breiden onder meer respondenten. Gezien de tijd die voor het gehele onderzoek staat en de beperkte mogelijkheden met dergelijke mensen in contact te komen, is het aan te bevelen een apart onderzoek te houden naar de veranderende woonwens onder de doelgroep.

Door het extramuraliseren wordt de cliënt dus huurder. Door de dubbele vergrijzing zal de vraag naar zorgappartementen de komende jaren sterk toenemen. Dit zal niet onopgemerkt blijven bij commerciële beleggers. Aangezien het voor veel beleggers een nieuwe sector is, is het aan te bevelen onderzoek te doen naar de mogelijkheden van dergelijke appartementen in de portefeuille van beleggers.

Doordat cliënten in zelfstandige appartementen gaan wonen krijgen ze van de zorgaanbieder hier thuiszorg geleverd. Op grond van artikel 6 Mededingingswet hebben cliënten keuzevrijheid in een zorgaanbieder, ongeacht of deze de verhuurder is van het zelfstandige appartement. Om dit te voorkomen kan een zorgaanbieder een koppelcontract voor wonen en zorg sluiten met de cliënt. Met deze koppeling wordt beoogd te voorkomen dat de cliënt de mogelijkheid krijgt om enerzijds de zorgovereenkomst te beëindigen en anderzijds een beroep kan doen op de huurbescherming. Het gevolg hiervan is dat de zorginstelling de woningen wel kan verhuren aan de cliënt, maar hier geen zorg kan leveren. Voor veel zorginstellingen is dit een bedrijfseconomische ongewenste situatie. Door het koppelen van wonen en zorg wordt er beoogd dat er geen huurbescherming is waardoor de cliënt bij het beëindigen van de zorgovereenkomst eveneens de woning moet verlaten. Tevens impliceert dit dat een dergelijke woning niet op basis van het woningwaarderingssysteem gewaardeerd hoeft te worden. Jurisprudentie met betrekking tot de case Geertruidenberg gaat in op de situatie waarin een dergelijke koppeling gerechtvaardigd is, mits dit goed verdedigbaar is. Hierbij moet aangetoond worden dat de zorg belangrijker is dan de woning en deze koppelbeding de zorgmarkt niet verhinderd, beperkt of vervalst. Hierdoor is het niet juist om te zeggen dat een dergelijk koppelbeding in strijd is met de Mededingingswet. De cliënt is vrij om te kiezen voor een zorgaanbieder en kan ten alle tijden de zorgovereenkomst met deze partij opzeggen. Echter moet de cliënt zich dan wel bedenken dat bij opzegging hiervan, op basis van de koppelbeding ook de huurovereenkomst wordt ontbonden (Dirkzwager advocaten & notarissen, 2013). Voor een extramuraal woonconcept is een dergelijke koppelbeding van belang. Hierdoor is het dus van belang als zorginstelling dit juridisch juist te organiseren. Het is daarom aan te bevelen hier nader onderzoek naar te doen.

13. Literatuur

13.1 Bibliografie

- USP Marketing Consultancy. (2012, juli 27). *Vastgoedactueel*. (R. Vastgoed, Producent) Opgeroepen op mei 5, 2013, van Website van vastgoedactueel voor makelaars: http://www.vastgoedactueel.nl/index.php?option=com_k2&view=item&id=968:onderzoek-de-woonwensen-van-senioren&Itemid=2
- Zorgkantoor Friesland. (2013). *Zorgkantoor Friesland*. Opgeroepen op April 04, 2013, van Website van het zorgkantoor Friesland: <http://www.zorgkantoorfriesland.nl/zorgaanbieders/wat-is-zorgkantoor-friesland/zvw/default.aspx>
- Wentges, M. (2013, februari 6). Mini-symposium Scheiden Wonen en Zorg. Zeist, Utrecht, Nederland: BOB Advies.
- Wet Besluit Zorgafspraken AWBZ. (2013). Besluit zorgafspraken AWBZ. In W. e. Ministerie van Volksgezondheid, *Besluit zorgafspraken AWBZ*. Den Haag: Rijk.
- Woningstichting de Kempen. (2013, mei 24). *WSdeKempen*. Opgeroepen op mei 24, 2013, van Website van Woningstichting de Kempen: <http://www.wsdekempen.nl/veldhoven.html>
- VVD - CDA. (2010). *Regeerakkoord*. Akkoord, Den Haag.
- VVD, CDA, D66, Groenlinks en Christenunie. (2012). *Verantwoordelijkheid nemen in crisistijd*. Akkoord, Den Haag.
- van Dalen, H. (1991). *De prijs van de AOW*.
- van Rijn, S. (2013). *Resultaten zorgoverleg*. Brief, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag.
- Veldhuijzen van Zanten, S. (2012). *Uitwerking extramuraliseren lichte zorgzwaartepakketten*. Brief, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociale Zaken, Den Haag.
- Veldhuijzen van Zanten, S. (2011). *Programmaprijs langdurige zorg*. Brief, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociale Zaken, Den Haag.
- Veldhuijzen van Zanten, S. (2012). *Scheiden Wonen en Zorg*. Brief, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Sociale Zaken, Den Haag.
- Aedes. (2011). *www.aedes.nl*. Opgeroepen op maart 04, 2013, van Website van vereniging van woningcorporaties: <http://www.aedes.nl/content/elementen/feiten-en-cijfers.xml>
- AGIS. (2013). *AGIS Zorgverzekeringen*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van AGIS: http://www.agisweb.nl/Voor_Consumenten/Verzekering/Zorgverzekering/Basisverzekering/Eigen_risico
- Baan, J. (2013, mei 30). Referentieproject De Looborch/Oosterborch. 1-3. (F. v. Haaren, Interviewer)
- Belastingdienst. (2013). *Zvw Belastingdienst*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Belastingdienst: http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/zorgverzekeringswet/veranderingen_bijdrage_zvw_2013/
- Belastingdienst. (2013). Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Belastingdienst: http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/inkomstenbelasting/nieuw_in_2013/boxen_en_tarieven_2013/overzicht_tarieven_en_schijven/u_hebt_voor_2013_de_aow_leeftijd_bereikt

Belastingdienst. (2013). *Toeslagen Belastingdienst*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Belastingdienst:
http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/informatie_over_toeslagen/huurtoeslag/kan_ik_huurtoeslag_krijgen/kan_ik_huurtoeslag_krijgen

Belastingdienst. (2013). *Toeslagen Belastingdienst*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Belastingdienst:
http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/informatie_over_toeslagen/zorgtoeslag/kan_ik_zorgtoeslag_krijgen/kan_ik_zorgtoeslag_krijgen

Belastingdienst. (2013). *Toeslagen Belastingdienst*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Belastingdienst:
http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/toeslagen/informatie_over_toeslagen/huurtoeslag/huurtoeslag_2012/voorwaarden_2012/welke_servicekosten

CVZ. (2011). *College voor Zorgverzekeringen*. Opgeroepen op maart 2, 2013, van Website van CVZ: <http://www.cvz.nl/zorgcijfers/awbz-exploitatie/awbz-exploitatie.html>

CVZ. (2010). Hoe werkt de AWBZ en wie doet wat in de AWBZ? *De Informatiekaart*. (De Argumentenfabriek, & De Informatiekaart, Samenstellers)

CVZ. (2010). Hoe lopen de geldstromen in de AWBZ en wie betaalt wat in de AWBZ? *De Informatiekaart*. (De Argumentenfabriek, & De Informatiekaart, Samenstellers)

CAK. (2013). Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van CAK:
<https://www.hetcak.nl/portalserver/portals/cak-portal/pages/k1-1-8-4-zak-en-kleedgeldgrens.html>

CBS. (2012, maart 22). Opgeroepen op april 15, 2013, van Website van het CBS:
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/levensloop/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3586-wm.htm>

CBS. (2011). *Demografie van de vergrijzing*. Rapport, Centraal Bureau voor de Statistiek.

CIZ. (2013). *Centrum Indicatiestelling Zorg*. Opgeroepen op maart 04, 2013, van Website van CIZ: <http://www.ciz.nl/awbz-zorg>

CIZ. (2013). *Centrum Indicatiestelling Zorg*. Opgeroepen op maart 05, 2013, van Website van CIZ: <http://www.ciz.nl/awbz-zorg/awbz-wegwijzer/levering-van-de-zorg>

CIZ. (2012). *CIZ Basisrapportage AWBZ Nederland*. Versie 3.1, Centrum Indicatiestelling Zorg.

Charim. (2013). *De Looborch*. Opgeroepen op mei 30, 2013, van Website van Charim:
<http://www.zorggroepcharim.nl/delooborch>

Charim. (2013). *De Oosterborch*. Opgeroepen op mei 30, 2013, van Website van Charim:
<http://www.zorggroepcharim.nl/deoosterborch>

Charim (Regisseur). (2011). *Looborch 2011* [Film]. Martijn Godeke.

College sanering zorginstellingen. (2013). *Extramuraliseren*. Opgeroepen op mei 15, 2013, van Website van college sanering zorginstelling:
<http://www.collegesanering.nl/Home/Nieuwtjes.aspx>

Coolen, J. (2010). *Een wegwijzer voor cliënten bij de zorgzwaartepakketten*. Ministerie van Volkshuisvesting, Welzijn en Sport. Haarlem: VaDeHa Communicatie BV.

EIB. (2013). *Bouwen voor de zorg, perspectief voor de Nederlandse bouw*. Onderzoek, Economisch Instituut voor de Bouw.

Dirkzwager advocaten & notarissen. (2013). *Scheiden van wonen en zorg*. Adviesrapport, Dirkzwager advocaten & notarissen, advocatuur.

- Florence. (2012). *Thuis in Regentesse-Valkenbos, zelfstandig en veilig wonen*. Florence, Vastgoed. Den Haag: Woonzorgcentrum Jonker Frans.
- Ginneken, J. v. (2012). *Extramuralisering kleedt dienstverlening verzorgingshuis uit*. Aedes-Actiz, Kenniscentrum Wonen-Zorg.
- Kampman, G. (2013, juni 3). Stichtingskosten verzorgingstehuis. (F. v. Haaren, Interviewer)
- KCWZ. (2011, juli 28). *Kenniscentrum Wonen en Zorg*. Opgeroepen op april 26, 2013, van Website van Aedes-Actiz: http://www.kcwz.nl/dossiers/regelgeving_zorg_en_welzijn/invoering_nhc_vanaf_2012_definitief
- NZa. (2013). *Zorgzwaartepakketten Sector V&V versie 2013*. Rapport, Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. (2012). *Advies Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ*. Adviesrapport, Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. (2012). *Advies Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ*. Adviesrapport, Nederlandse Zorgautoriteit.
- NZa. (2013). *Nederlandse Zorgautoriteit*. Opgeroepen op maart 2, 2013, van Website van NZA: <http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/AWBZ/>
- Nederlandse Grondwet. (1815, augustus 24). Grondwet voor het Koninkrijk der Nederlanden . Den Haag, Zuid-Holland, Nederland.
- NIBUD. (2013). *Wat geeft u uit aan voeding?* Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van NIBUD: <http://www.nibud.nl/uitgaven/huishouden/voeding.html>
- NIBUD. (2013). *Energie en water*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van NIBUD: <http://www.nibud.nl/uitgaven/huishouden/gas-elektriciteit-en-water.html>
- NIBUD. (2013). *Heffingen*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van NIBUD: <http://www.nibud.nl/uitgaven/wonen/heffingen.html>
- NOS Nieuwsuur. (2013, januari 8). *Nederlands zorgstelsel in 2010 nog als best getest*. Opgeroepen op April 2, 2013, van Nieuwsuur: <http://nieuwsuur.nl/onderwerp/459567-nederlands-zorgstelsel-in-2010-nog-als-beste-getest.html>
- Ministerie VWS. (2013). *Rijksbegroting*. (M. v. Sport, Producent) Opgeroepen op April 16, 2013, van Website van de Rijksoverheid: http://www.rijksbegroting.nl/2013/voorbereiding/begroting,kst173930_26.html
- SVB. (2013). *Sociale Verzekeringsbank*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van SVB: http://www.svb.nl/int/nl/aow/hoogte_aow/bedragen/
- Slegers, R. (2013, mei 24). Referentieproject RSZK Merefelt. 1-3. (F. v. Haaren, Interviewer)
- Stemerdink, R. (2013, mei 14). Referentieproject Jonker Frans Florence. 1-3. (F. v. Haaren, Interviewer)
- RVZ. (2011). *Advies care en cure*. Advies, Raad voor Volksgezondheid & Zorg.
- Regeerakkoord. (2013). *Regering*. Opgeroepen op mei 22, 2013, van Website van de Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord/zorg-dichtbij>
- Rijksoverheid. (2013). *Wanneer kom ik in aanmerking voor kwijtschelding van gemeentelijke belastingen?* Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/vraag-en-antwoord/wanneer-kom-ik-in-aanmerking-voor-kwijtschelding-van-gemeentelijke-belastingen.html>

Rijksoverheid. (2013). *Wat is de huurliberalisatiegrens?* Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van de Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/vraag-en-antwoord/wat-is-huurliberalisatie.html>

Rijksoverheid. (2013, april 7). *Liberalisatiegrens*. Opgeroepen op april 7, 2013, van Website van de Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/vraag-en-antwoord/wat-is-huurliberalisatie.html>

RSZK Merefelt. (2013, mei 24). *Regionale Stichting Zorgcentra de Kempen*. Opgeroepen op mei 24, 2013, van Website van RSZK: http://www.rszk.nl/op_zoek_naar_zorg/het_verblijf_in_onze_woonzorgcentra/onze_woonzorgcentra/rszk_merefelt_veldhoven.html

Telfort. (2013). *Telefonie*. Opgeroepen op april 20, 2013, van Website van Telfort: <http://www.telfort.nl/internet/alles-in-1-basispakket/>

The Commonwealth Fund. (2010, november 18). Commonwealth Fund International Policy Survey. *How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries*. (D. Lorber, Vert., C. Schoen, R. Osborn, D. Squires, M. Doty, R. Pierson, & S. Applebaum, Samenstellers) Deborah Lorber.

TNO. (2010, juni 29). *TNO Innovation for life*, de Zilverbouwwijzer. Opgeroepen op mei 6, 2013, van Website van TNO: http://www.tno.nl/content.cfm?context=markten&content=markt_nieuwsbericht&laag1=186&item_id=2010-06-24%2015:01:55.0

13.2 Persoonlijke communicatie

Neijzen, Dick. Directieadviseur RAZ en ECR (05 april 2013)

Stemerdink, Ruud. Manager Vastgoed en Facilitair Florence. (9 april 2013)

Baan, Jan. Manager Vastgoed Zorggroep Charim. (10 april 2013)

Neut, Arjan van der. Ontwikkelingsmanager Janssen de Jong Projectontwikkeling (02 mei 2013)

Stemerdink, Ruud. Manager Vastgoed en Facilitair Florence (14 mei 2013)

Slegers, Rob. Manager Welzijn & Dienstverlening RSZK (23 mei 2013)

Sanders, Bob. Ontwikkelaar Boelens de Gruyter. (2 april 2013 en telefonisch 28 mei)

Baan, Jan. Manager Vastgoed Zorggroep Charim (30 mei 2013)

Wentges, Michiel. Algemeen directeur BOB Advies (persoonlijke communicatie)

Muller, George. Businessdeveloper en senior vastgoedeconoom BOB Advies (persoonlijke communicatie)

Kampman, Gerjan. Huisvestingsadviseur BOB Advies (persoonlijke communicatie)

De uitwerkingen van de interviews kunnen persoonlijk worden opgevraagd bij de onderzoeker.

14. Bijlagen

Nummer:	Titel:
Bijlage 1	Uitwerking ZZP VV1 t/m VV4
Bijlage 2	Zorgvraag ZZP's en beschrijving extramurale zorgomvang
Bijlage 3	Zorguitval ZZP's VV1 t/m VV3 door extramuraliseren
Bijlage 4	Geldstromen binnen de AWBZ
Bijlage 5	Wie doet wat in de AWBZ?
Bijlage 6	Beschrijving inkomsten en uitgaven
Bijlage 7	Bewonersenquête
Bijlage 8	Artikel: "Welke huur kan uw klant betalen?"
Bijlage 9	Handleiding werking tool

Bijlage 1, uitwerking ZZP VV1 t/m VV4

Zorgzwaartepakketten Sector V&V

Versie 2012

Enschede, juni 2011
PJ/11/1525/imz

Inhoudsopgave

1.	Zorgzwaartepakketten V&V	3
1.1	Cliëntprofiel	3
1.2	Functies en totaaltijd per week	3
1.3	Verblijfskenmerken.....	6
2.	Overzicht zorgzwaartepakketten V&V	7

1. Zorgzwaartepakketten V&V

Voorliggend rapport bevat een omschrijving van de zorgzwaartepakketten (ZZP's) die voor de sector Verpleging & Verzorging zijn ontwikkeld. De beschrijving van een ZZP start met een titel waarin het ZZP-nummer, de sector en een korte omschrijving van het ZZP staan vermeld. Vervolgens worden per ZZP de volgende drie onderdelen onderscheiden: cliëntprofiel, functies en tijd per cliënt per week en verblijfskenmerken.

1.1 Cliëntprofiel

Het cliëntprofiel bestaat uit de volgende componenten:

- Inhoudelijke beschrijving van de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de gemiddelde scores op de beperkingen. Per categorie wordt de gemiddelde score op de beperkingen weergegeven die van toepassing is op een cliënt binnen de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de aard van het begeleidingsdoel. Per aard van het begeleidingsdoel wordt de gemiddelde verdeling weergegeven die van toepassing is op de cliëntgroep.
- Grafische weergave van de aard van de psychiatrische problematiek. Per aard van de psychiatrische problematiek wordt de gemiddelde verdeling weergegeven die van toepassing is op de cliëntgroep.
- Voorbeelden van cliëntgroepen. Ter illustratie zijn enkele voorbeelden van cliëntgroepen opgenomen. Dit betreft nadrukkelijk géén gelimiteerde lijst.

1.2 Functies en totaaltijd per week

In het ZZP is aangegeven welke functies de componenten woonzorg, dagbesteding en behandeling bevatten. Deze worden hieronder toegelicht. Voor de definities van de hieronder genoemde AWBZ-functies wordt verwezen naar het AWBZ-Kompas dat het CVZ heeft vastgesteld (www.cvz.nl). Om duidelijk te maken dat de afzonderlijke functies en componenten niet als een individueel recht moeten worden gezien, is in de ZZP's alleen een totaaltijd met bandbreedte opgenomen. In de onderbouwing die de NZa geeft op de tarieven is de omvang per functie wel zichtbaar (www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/zorgzwaartebekostiging/prijzen-zorgzwaartepakketten/).

Woonzorg

De component woonzorg bevat de functies begeleiding (BG-ind), persoonlijke verzorging (PV) en verpleging (VP). Per ZZP is aangegeven welke functies van toepassing kunnen zijn.

Het betreft (direct en indirect) cliëntgebonden activiteiten die worden geleverd vanuit de formatie van het woonzorgteam. Onder het woonzorgteam verstaan we de medewerkers die op de afdeling/groep/verblijfseenheid direct zijn betrokken bij het leveren van zorg aan de cliënt.

Voor alle ZZP's geldt, dat cliënten naast de individuele zorg, de mogelijkheid hebben tot deelname aan sociaal culturele activiteiten die de instelling organiseert.

De niet-cliëntgebonden activiteiten (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) en de functies huishoudelijke verzorging (HV) en verblijf (VB) zijn verdisconteerd in het ZZP-tarief.

Dagbesteding

De component dagbesteding bevat de functie begeleiding (BG-groep). Per ZZP is het gemiddeld aantal dagdelen vermeld. Dit betreft het gemiddeld aantal dagdelen van die cliënten die daadwerkelijk dagbesteding ontvangen. Dit betreft (direct en indirect) cliëntgebonden activiteiten. De niet-cliëntgebonden activiteiten (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) zijn verdisconteerd in het ZZP-tarief. Daarnaast is aangegeven van welke groepsgrootte is uitgegaan.

Of er sprake is van begeleiding in groepsverband wordt bepaald door het doel van de zorg. Daarbij kan het volgens de CIZ Indicatiewijzer (www.ciz.nl) gaan om:

1. Het bieden van een dagprogramma met als doel al dan niet aangepaste vormen van arbeid (ook vrijwilligerswerk) of school te vervangen gedurende maximaal 9 dagdelen per week of;
2. Het bieden van activiteiten met als doel een andersoortige vorm van dagstructurering dan arbeid of school (denk aan 65-plussers) en tevens zelfredzaamheid en cognitieve capaciteiten en vaardigheden zoveel mogelijk te handhaven en/of gedragsproblematiek te reguleren gedurende maximaal 9 dagdelen per week.

De dagactiviteiten zoals hiervoor vermeld onder 1 en 2 moeten programmatisch/methodisch zijn, gericht op het structureren van de dag op praktische ondersteuning en op het oefenen van vaardigheden die de zelfredzaamheid bevorderen. Dagbesteding houdt in, een structurele tijdbesteding met een welomschreven doel waarbij de verzekerde actief wordt betrokken en die hem zingeving verleend. Hieronder wordt niet verstaan een reguliere dagstructurering zoals die in de woon-/verblijfsituatie wordt geboden of een welzijnsactiviteit zoals zang, bingo, uitstapjes en dergelijke.

Conform de hiervoor gehanteerde definitie is binnen de V&V de dagbesteding vaak niet duidelijk te onderscheiden van dagstructurering en welzijn. Derhalve is ervoor gekozen om geen afzonderlijke tijd voor dagbesteding op te nemen, maar deze tijd over de gehele V&V-populatie om te slaan en op te nemen in de totaal tijd van alle ZZP's (dus bijvoorbeeld ook bij ZZP10 dat is bedoeld voor specifieke terminale zorg waarbij in principe geen sprake is van dagbesteding, maar deze tijd kan voor andere vormen van begeleiding worden ingezet).

Behandelaars

De component behandelaars bevat de functie behandeling (BH) die door behandelaars (medici, paramedici en gedragswetenschappers) worden geleverd, buiten de formatie van de woongroepen om. Met betrekking tot de functie behandeling wordt opgemerkt dat deze specifiek is gericht op de aandoening, stoornis of beperking die de grondslag vormt voor de AWBZ (artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken).

Het betreft (direct en indirect) cliëntgebonden activiteiten. De niet-cliëntgebonden activiteiten (zoals scholing, intervisie en organisatieoverleg) zijn verdisconteerd in het ZZP-tarief.

De toelating van de verblijfsinstelling (verblijf met of zonder behandeling) bepaalt of er ook daadwerkelijk een prijs inclusief behandeling kan worden afgesproken.

In een aantal ZZP's is aangegeven dat er geen sprake is van betrokkenheid van een behandelaar bij de zorgverlening. In de totaal tijd en het tarief van deze ZZP's is echter wel enige ruimte opgenomen voor de inzet van behandelaren op de achtergrond, ten behoeve van het adviseren en bijstaan van medewerkers in het uitoefenen van hun taken. In deze ZZP's is dus geen sprake van een indicatie die behandeling als bedoeld in artikel 8 van het Besluit Zorgaanspraken omvat, maar van bekostiging van incidenteel gebruik van één of meerdere voor de verblijfsinstelling werkzame behandelaren. Artikel 15 van het BZA is in deze gevallen ook niet van toepassing. Bij artikel 15 gaat het om geneeskundige zorg van algemeen medische aard (lid a en b) en zorggebonden materiële kosten voortvloeiend uit lid c tot en met g.

Ter toelichting is in onderstaande tabel een overzicht opgenomen van de behandelaren in de AWBZ. Dit overzicht is zo volledig mogelijk, echter niet uitputtend.

Behandelaar	
Arts (specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, revalidatiearts)	Nurse practitioner
Beeldend therapeut	Oefentherapeut
Bewegingsagoog	Orthopedagoog
Bezigheidstherapeut	Orthoptist
Creatief therapeut	Physician assistant
Diëtist	Podotherapeut
Ergotherapeut	Psycholoog (klinisch psycholoog, GZ-psycholoog)
Fysiotherapeut	Psychiater
Gedragskundige	Psychomotore therapeut
Geriatr/gerontoloog	Psychotherapeut
Logopedist	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV)
Maatschappelijk werker	Speltherapeut
Mondhygiënist	

Tabel 1. Overzicht behandelaren

Totaal tijd

Voor de V&V is in de overzichten één totaal tijd opgenomen. Dit betreft de totaal tijd inclusief de dagbesteding. Reden hiervoor is dat binnen de V&V dagbesteding (conform de hiervoor gehanteerde definitie) vaak niet duidelijk is te onderscheiden van dagstructurering en welzijn. Derhalve is bij het berekenen van de totaal tijd ervoor gekozen om de gemiddelde omvang van dagbesteding om te slaan over de gehele populatie. De totaal tijd voor de V&V omvat aldus de gemiddelde tijd voor de woonzorg, behandelaren en de omgeslagen tijd voor de dagbesteding. Deze totaal tijd omvat ook de begeleiding bij de terminale fase van het leven.

De totaalijd is uitgedrukt in een bandbreedte. Dat betekent dat de uren die een cliënt gemiddeld ontvangt, liggen tussen de uren die worden genoemd. De instelling maakt met de cliënt afspraken over welke zorg daar bij hoort.

1.3 Verblijfskenmerken

Bij dit onderdeel is aangegeven wat de setting is, hoe de nachtdienst over het algemeen is georganiseerd en op basis van welke leveringsvoorwaarde de zorg wordt geleverd.

2. Overzicht zorgzwaartepakketten V&V

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de ZZP's die voor de Verpleging en Verzorging (V&V) gaan gelden met ingang van 1 januari 2012. De versie voor 2012 is gebaseerd op het AWBZ-brede ZZP-stramien dat in 2006 is gehanteerd tijdens de landelijke score, waarbij de ervaringen die sindsdien zijn opgedaan met de ZZP's en de opmerkingen van diverse landelijke partijen (Actiz, ZN, VWS, CIZ) zijn verwerkt.

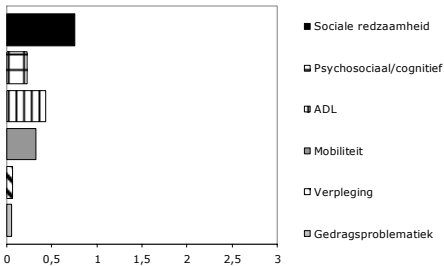
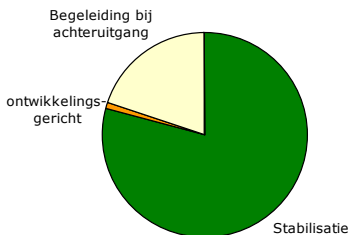
In totaal heeft de V&V-sector tien ZZP's. Het zijn acht pakketten voor langdurende zorg (ZZP's 1 tot en met 8) en twee pakketten voor kortdurende zorg aan specifieke doelgroepen (ZZP 9a,b en 10). Bij de langdurende zorg is een oplopende reeks van zorgzwaarte. De reeks begint met ZZP 1 VV voor personen die zich niet meer zelf kunnen redden thuis en loopt op naar ZZP 8 VV voor personen met zware ziekten die volledig zorgafhankelijk zijn en daarom intensieve verzorging en verpleging nodig hebben. De kortdurende pakketten zijn gericht op geriatrische revalidatiezorg (ZZP 9a VV), herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging (ZZP 9b VV) en kortdurende palliatieve terminale zorg voor mensen met een terminale ziekte (ZZP 10 VV).

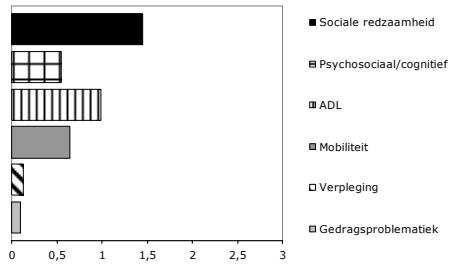
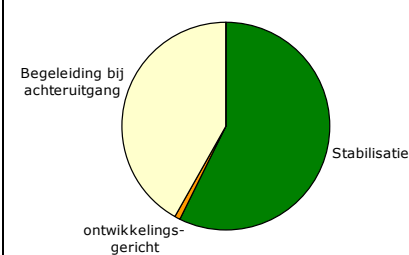
In onderstaand schema is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven, zodat een beeld wordt verkregen van het onderscheid tussen de verschillende pakketten. Een '0' betekent dat op dit aspect geen zorg nodig is. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, +++ = hulp en +++++ = overname.

ZZP	Begeleiding Sociale redzaam- heid	Psycho- sociaal functio- neren	Verzorging Persoon- lijke zorg	Mobili- teit	Motorisch functio- neren	Verple- ging	Probleem- gedrag
VV 1	+	0	+	+	0	0	0
VV 2	+++	+	++	+	+	+	0
VV 3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV 4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV 5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV 6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV 7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV 8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
VV 9a	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV 9b	++++	+++	++++	+++	++	++	+
VV 10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

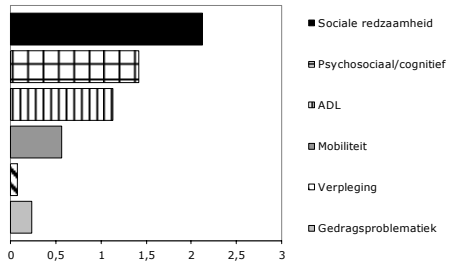
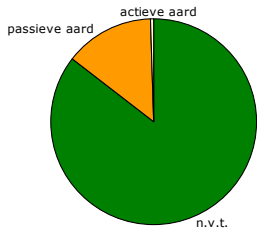
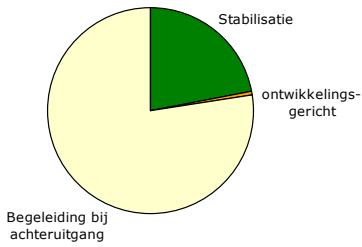
Tabel 2. Intensiteitverschillen tussen de VV-ZZP's

Op de volgende pagina's wordt elk ZZP afzonderlijk beschreven aan de hand van een cliëntprofiel en de omvang van het zorgaanbod.

ZZP 1 VV					Beschut wonen met enige begeleiding																									
Cliëntprofiel																														
Deze cliëntgroep heeft enige begeleiding nodig, in een beschutte woonomgeving, omdat ze niet meer helemaal zelfstandig kan wonen. De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> vooral behoefte aan enige begeleiding op het gebied van het nemen van besluiten, het komen tot oplossingen, deelname aan het maatschappelijk leven, het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven. De begeleiding bestaat uit toezicht of stimulatie. Betreffende het uitvoeren van complexere taken kan ook overname van zorg nodig zijn. De cliënten hebben in het algemeen weinig ondersteuning nodig ten aanzien van de <i>psychosociale/cognitieve functies</i>. Vanwege bijvoorbeeld eenzaamheid of lusteloosheid kan bij deze cliënten af en toe behoefte bestaan aan hulp, toezicht of sturing ten aanzien van motivatie, geheugen en denken en het psychosociaal welbevinden. Ten aanzien van <i>ADL</i> zijn de cliënten meestal zelfstandig. Zij kunnen wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie betreffende kleine verzorgingstaken en wassen en kleden, zodat de cliënt zich goed blijft verzorgen. Ten aanzien van <i>mobiliteit</i> zijn de cliënten in het algemeen redelijk zelfstandig. Betreffende het verplaatsen buitenshuis, het lopen van korte afstanden, kunnen cliënten wel behoefte hebben aan toezicht en stimulatie (bijvoorbeeld door aan te geven hoe ergens te komen). Bij deze cliënten is geen sprake van <i>verpleging</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij de cliënten vaak stabilisatie. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert meestal langzaam. De <i>zorgverlening</i> is volgens afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening. <i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn: De 'lichte' bewoner in het verzorgingshuis.					Gemiddelde scores beperkingen 																									
					Aard van de psychiatrische problematiek 																									
					Aard van het begeleidingsdoel 																									
					Funcities en tijd per cliënt per week <table><tr><th colspan="4">Woonzorg</th><th>Dagbesteding</th><th>Behandelaars (BH)</th><th>Totaaltijd</th></tr><tr><td>Functie</td><td>BG</td><td>PV</td><td>VP</td><td rowspan="2">Is integraal onderdeel van het ZZP.</td><td rowspan="2">Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.</td><td rowspan="2">Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur</td></tr><tr><td></td><td>ja</td><td>ja</td><td>nee</td></tr></table>								Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd	Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur		ja	ja	nee
					Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd																			
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 3,0 tot 5,0 uur																								
	ja	ja	nee																											
Verblijfskenmerken Setting: beschut wonen. Nachtdienst: oproepbare wacht. Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar, of voortdurend in de nabijheid.																														

ZZP 2 VV					Beschut wonen met begeleiding en verzorging		
Cliëntprofiel							
Deze cliëntgroep kan niet meer zelfstandig wonen en heeft vanwege vooral somatische problematiek dagelijks behoefte aan begeleiding en verzorging in een beschutte woonomgeving. De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> in het algemeen weinig ondersteuning nodig. Met name kan behoefte bestaan aan toezicht of stimulatie betreffende deelname aan het maatschappelijk leven en besluitnemings- en oplossingsvaardigheden. Bij het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijk leven kan ook behoefte bestaan aan het overnemen van zorg. Er kan sprake zijn van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven. De cliënten kunnen ten aanzien van alle <i>psychosociale/cognitieve functies</i> af en toe behoefte hebben aan hulp, toezicht en sturing, met name vanwege beperkingen met betrekking tot geheugen en denken, concentratie en motivatie. Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten betreffende de kleine verzorgingstaken, het wassen en het aan- en uitkleden dagelijks behoefte aan hulp. Betreffende eten en drinken en de toiletgang bestaat bij de cliënten soms behoefte aan toezicht en stimulatie. Ten aanzien van <i>mobiliteit</i> hebben de cliënten betreffende het verplaatsen binnenshuis soms hulp nodig (voor veel cliënten is bijvoorbeeld een rollator voldoende). Voor het verplaatsen buitenshuis hebben cliënten (naast eventueel de hulp van een rollator) behoefte aan toezicht en stimulatie. In een beperkt aantal gevallen is sprake van <i>verpleegkundige</i> aandacht. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i> en ook geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij deze cliënten vaak stabilisatie of begeleiding bij achteruitgang. De zorgbehoefte kan in de tijd wisselend van aard zijn en er is behoefte aan zorg op meerdere momenten per dag. De <i>zorgverlening</i> is op afspraak en direct oproepbaar (bijvoorbeeld 24 uur per dag via een alarmeringssysteem) of voortdurend in de nabijheid te leveren. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert langzaam. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening of een (beginnende) psychogeriatrische ziekte/aandoening. <i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn: - De ‘gemiddelde’ bewoner van het verzorgingshuis (kan eventueel ook in het verpleeghuis wonen). - Tijdelijk verblijvenden in het verzorgingshuis ten behoeve van herstel na bijvoorbeeld ziekenhuisopname of als gevolg van een tijdelijk falend cliëntsysteem.					Gemiddelde scores beperkingen 		
					Aard van de psychiatrische problematiek 		
					Aard van het begeleidingsdoel 		
Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd	
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn geen behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 5,5 tot 7,5 uur	
	ja	ja	ja				
Verblijfskenmerken							
Setting: beschut wonen.							
Nachtdienst: wakende wacht.							
Leveringsvoorwaarde: volgens afspraak en direct oproepbaar of voortdurend in de nabijheid.							

ZZP 3 VV					Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	
Cliëntprofiel						
Deze cliëntgroep heeft vanwege omvangrijke somatische problematiek behoefte aan begeleiding en vooral ook intensieve verzorging, in een beschutte woonomgeving. De cliënten hebben ten aanzien van <i>sociale redzaamheid</i> hulp nodig betreffende deelname aan het maatschappelijk leven, besluitnemings-/oplossingsvaardigheden, uitvoeren van eenvoudige taken en dagelijkse routine. Betreffende de communicatie is veelal toezicht of stimulatie nodig. Betreffende het uitvoeren van complexere taken en het huishoudelijke leven moet vaak overname van zorg plaatsvinden. Er is vaak sprake van een beginnend verlies van regie over het dagelijks leven. De cliënten hebben vanwege het verlies aan geestelijke spankracht ten aanzien van verschillende <i>psychosociale/cognitieve functies</i> vaak hulp, toezicht of sturing nodig; het betreft concentratie, geheugen en denken, motivatie en psychosociaal welbevinden. Ten aanzien van <i>ADL</i> hebben de cliënten op verschillende terreinen hulp nodig, het betreft de kleine verzorgingstaken, de zorg voor tanden, haren, nagels en huid, het wassen en kleden en de toiletgang. Bij het eten en drinken is vaak toezicht en stimulatie nodig. Ten aanzien van <i>mobiliteit</i> binnenshuis en het bewegen/maken van transfers (opstaan/zitten, in/uit bed) hebben cliënten regelmatig behoefte aan hulp. Betreffende de mobiliteit buitenshuis is vaak hulp of overname van zorg nodig. Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende <i>verpleegkundige aandacht</i> vereist. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>gedragsproblematiek</i>. Bij deze cliënten is meestal geen sprake van <i>psychiatrische problematiek</i>. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> is bij deze cliënten gericht op begeleiding bij achteruitgang of op stabilisatie. De <i>zorgverlening</i> is voortdurend in de nabijheid te leveren en wordt op meerdere momenten per dag geboden. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert langzaam tot snel. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een somatische ziekte/aandoening. <i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn: - Bewoners somatische meerzorg in het verzorgingshuis. - Lichte somatische bewoners in een verpleeghuis.					Gemiddelde scores beperkingen	
					Aard van de psychiatrische problematiek	
					Aard van het begeleidingsdoel	
Functies en tijd per cliënt per week						
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 9,5 tot 11,5 uur
	ja	ja	ja			
Verblijfskenmerken						
Setting: beschut wonen.						
Nachtdienst: wakende wacht.						
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.						

ZZP 4 VV					Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging		
Cliëntprofiel							
Deze cliëntgroep heeft intensieve begeleiding gecombineerd met uitgebreide verzorging in een beschutte omgeving. De reden hiervoor kan verschillend zijn. De cliënten hebben ten aanzien van hun <i>sociale redzaamheid</i> betreffende veel aspecten hulp nodig, zoals bij de communicatie, het nemen van besluiten, communicatie en het uitvoeren van taken. Ze kunnen niet of nauwelijks zelfstandig deelnemen aan het maatschappelijk leven. De cliënten hebben ten aanzien van alle <i>psychosociale/cognitieve functies</i> behoefte aan hulp, toezicht of sturing, omdat de cliënten veel beperkingen hebben met betrekking tot met name denken en geheugen, oriëntatie en concentratie. Ten aanzien van de verschillende aspecten van <i>ADL</i> hebben de cliënten veelal toezicht en stimulatie nodig, omdat de cliënt beperkingen heeft waardoor er ondersteuning nodig is bij kleine verzorgingstaken, wassen en kleden. De cliënten hebben ten aanzien van <i>mobiliteit</i> veelal toezicht of stimulatie nodig. Binnenshuis kan de cliënt zich beperkt zelfstandig bewegen. Betreffende het verplaatsen buitenshuis is in het algemeen hulp of overname van zorg nodig. Cliënten kunnen een kwetsbare gezondheid hebben vanwege een chronische ziekte die voortdurende <i>verpleegkundige aandacht</i> vereist. Bij deze cliënten kan sprake zijn van enige <i>gedragsproblematiek</i> waarbij af en toe hulp, toezicht of sturing nodig is. Bij deze cliënten kan ook <i>psychiatrische problematiek</i> voorkomen, vooral passief van aard. De <i>aard van het begeleidingsdoel</i> heeft vaak betrekking op begeleiding bij achteruitgang, maar kan ook stabilisatie zijn. De cliënten hebben een structurele behoefte aan zorg, op meerdere momenten per dag. De <i>zorgverlening</i> is voortdurend in de nabijheid te leveren. Het <i>beperkingenbeeld</i> van deze cliënten verandert langzaam tot snel. De <i>dominante grondslag</i> voor dit cliëntprofiel is meestal een psychogeriatrische of somatische ziekte/aandoening (zie voorbeelden). <i>Voorbeelden van cliëntgroepen</i> zijn: • Cliënten met een matig dementieel syndroom. • Bewoners met PG meerzorg in het verzorgingshuis. • Cliënten die door ouderdom een verzorgingsbehoefte hebben gekregen naast reeds bestaande langdurende psychiatrische problematiek. • Personen die in samenhang met de fysieke verzorgingsbehoefte extra begeleiding nodig hebben vanwege ernstige zintuiglijke beperkingen (doof- en/of blindheid op latere leeftijd).					Gemiddelde scores beperkingen		
							
					Aard van de psychiatrische problematiek		
							
					Aard van het begeleidingsdoel		
							
Functies en tijd per cliënt per week							
Woonzorg				Dagbesteding	Behandelaars (BH)	Totaaltijd	
Functie	BG	PV	VP	Is integraal onderdeel van het ZZP.	Bij de zorgverlening zijn behandelaars betrokken.	Inclusief dagbesteding: 11,0 tot 13,5 uur	
	ja	ja	ja				
Verblijfskenmerken							
Setting: beschut wonen.							
Nachtdienst: wakende wacht.							
Leveringsvoorwaarde: voortdurend in de nabijheid.							

Bijlage 2, zorgvraag ZZP's en beschrijving extramurale zorgomvang

Clïentgroep	Minimumklasse	Maximumklasse
Persoonlijke verzorging (PV)	Klasse 1 0 – 1,9 uur per week	Klasse 8 20 – 24,9 uur per week
Verpleging (VP)	Klasse 0 0 – 0,9 uur per week	Klasse 7 16 – 19,9 uur per week
Begeleiding Individueel (BGI)	Klasse 1 0 – 1,9 uur per week	Klasse 8 20 – 24,9 uur per week
Begeleiding Groep (BBG)	Klasse 1 Dagdeel per week	Klasse 9 9 dagdelen per week
Behandeling (BH) en Behandeling Individueel (BHI)	Het CIZ indiceert geen omvang voor de functies BH en BHI	
Behandeling Groep (BHG)	Klasse 1 Dagdeel per week	Klasse 9 9 dagdelen per week
Kortdurend Verblijf (KVB)	Klasse 1 Etmaal per week	Klasse 3 3 etmalen per week

**Bijlagetabel 2.1, functieaanspraken extramurale zorgcliënt (CIZ, 2012)*

ZZP VV	Beknopte omschrijving	Zorgvraag (uren/w)	Aantal geïndiceerden 1 juli 2012 (CIZ, 2012)
1	Beschut wonen met enige begeleiding	3 – 5	6.290
2	Beschut wonen met enige begeleiding en verzorging	5,5 – 7,5	22.465
3	Beschut wonen met begeleiding en intensieve verzorging	9,5 – 11,5	25.760
4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	11 – 13,5	31.960
5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	16,5 – 20	55.555
6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	16,5 – 20	22.075
7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op begeleiding	20 – 24,5	12.580
8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, vanwege specifieke aandoeningen, met de nadruk op verzorging/verpleging	24,5 – 29,5	2.330
9	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	18 – 22	18.675
10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	26,5 – 32,5	1.055

**Bijlagetabel 2.2, opdeling (deels voormalige) intramurale Zorgzwaartepakketten (ZZP) (NZa, 2013)*

Bijlage 3, vraaguitval ZZP's VV1 t/m VV3 door extramuraliseren

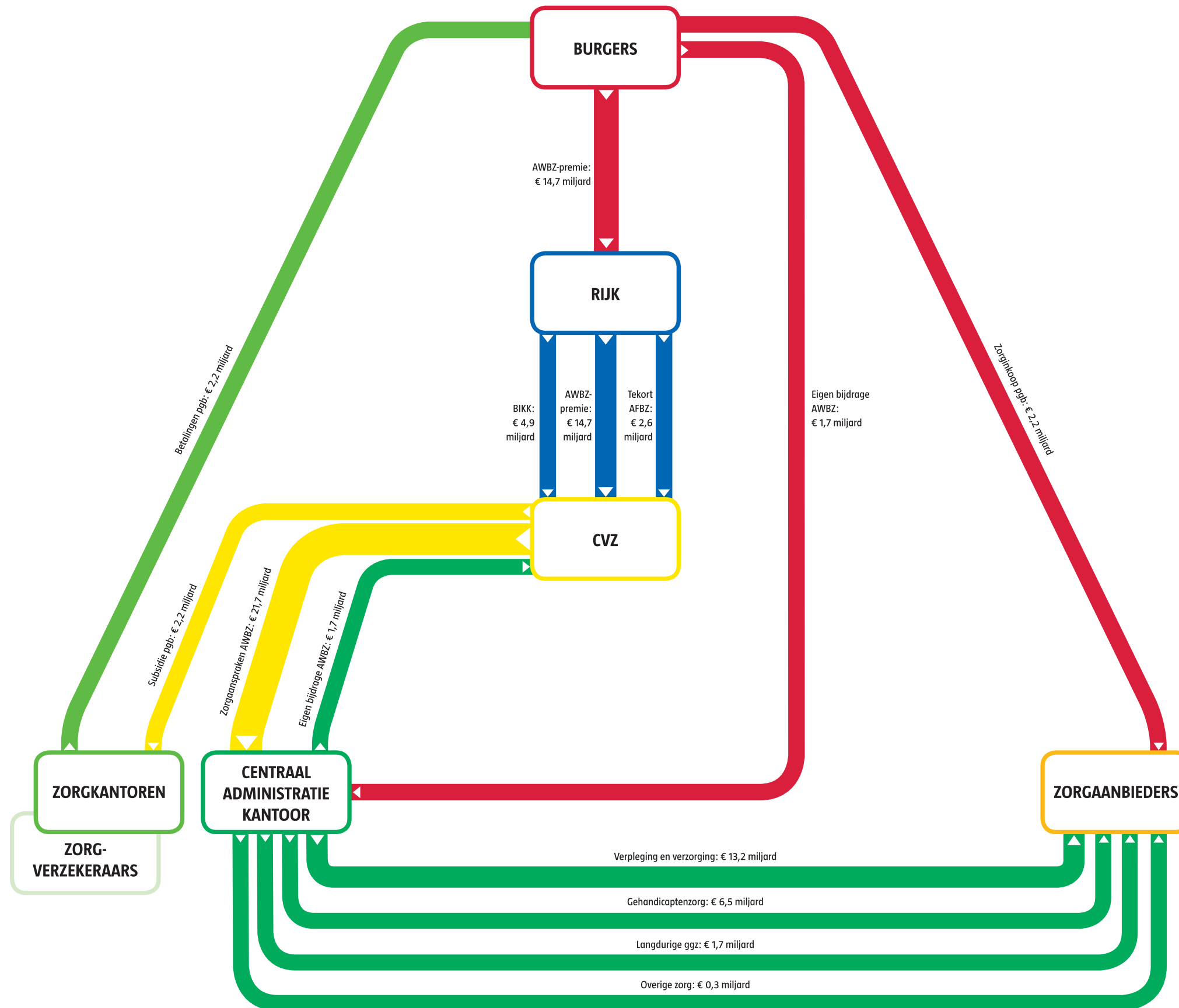
Door de NZa is een advies geschreven het extramuraliseren van cliënten. De NZa heeft hierbij onderzocht wat de gevolgen zijn voor de extramuralisering van ZZP VV1 t/m VV3 en wat de vraaguitval is voor zorginstellingen. Ondanks dat deze scriptie zich ook richt op het extramuraliseren van 50% van ZZP VV4, is de vraaguitval wel een goede indicatie voor de lagere ZZP's. De vraaguitval wordt bepaald door instroom van nieuw cliënten en de uitstroom van zittende cliënten. Door de wijzigende regelgeving missen zorgaanbieders sinds 2013 nieuwe instroom. De NZa heeft onderstaande stroomgegevens in bijlagetabel 3.1 bepaald aan de hand van gegevens van het CIZ. Het CIZ heeft aangegeven hoeveel personen op 1 januari 2011 over een de ZZP-indicatie beschikten, terwijl zij op 1 januari 2010 nog niet over die indicatie beschikten. Het betreft hier alleen landelijke indicatiecijfers (NZa, 2012).

ZZP	Instroom in 2010	Vraaguitval 2013	Vraaguitval 2014
VV1	21%	10%	29%
VV2	44%	22%	57%
VV3	56%	28%	68%

**Bijlagetabel 3.1, vraaguitval vanwege extramuraliseren ZZP's VV1 t/m VV3 (NZa, 2012)*

Bijlage 4, geldstromen in de AWBZ

Hoe lopen de geldstromen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?



Bijlage 5, wie doet wat in de AWBZ?

Hoe werkt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)?

Functies:

Toegang >

Zorglevering >

Toezicht >

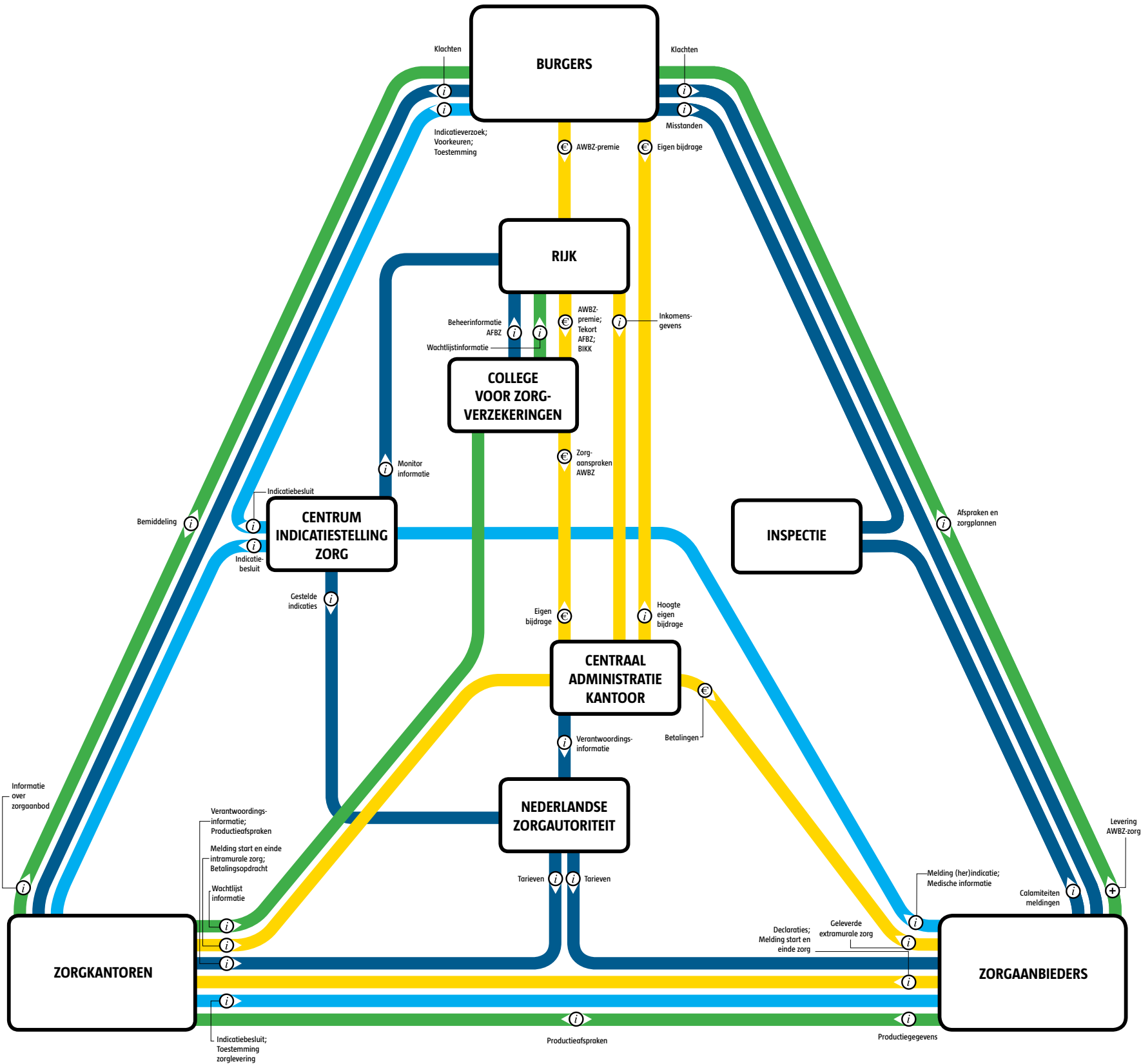
Financiering >

Stromen:

 Informatiestroom

 Zorgstroom

 Geldstroom



start ▶

stromenkaart ▶

wie doet wat kaart ▶

toelichting ▶

overzichtskaart ▶

Bijlage 6, beschrijving inkomsten en uitgaven

Inkomsten (BIJ)

De inkomsten van de doelgroep bestaan uit twee onderdelen, een AOW-uitkering en het aanvullende pensioen. De AOW-uitkering is in 2013 vastgesteld op netto €1.084,86 per maand. Naast deze uitkering krijgen mensen ook nog AOW-vakantiegeld, wat is vastgesteld op €69,12 per maand. Het aanvullende pensioen is natuurlijk per persoon verschillend. Bovenop het aanvullende pensioen ontvangen ouderen ook nog vakantiegeld hierover, wat 8,00% van het pensioen betreft (SVB, 2013). Daarnaast kunnen ouderen beroep doen op zorgtoeslag. Zorgtoeslag is een bijdrage in de kosten voor de zorgverzekering. Hoe hoog deze toeslag is, hangt onder andere af van het totale inkomen en het vermogen. De maximaal te ontvangen zorgtoeslag is €88 per maand. De gestelde eisen zijn hieronder opgesomd (Belastingdienst, 2013):

- 18 jaar of ouder
- Betaalt premie bij een Nederlandse zorgverzekering
- In bezit van de Nederlandse nationaliteit of geldige verblijfsvergunning
- Het inkomen is niet te hoog
 - *Alleenstaand niet hoger dan €30.939 per jaar*
 - *Met partner niet hoger dan €42.438 per jaar*
- Het vermogen is niet te hoog, exclusief vrijstellingsbedrag van €80.000
 - *AOW-leeftijd met een inkomen die niet meer is dan €14.302 per jaar, max. €49.123*
 - *AOW-leeftijd met een inkomen tussen €14.302 en €19.985 per jaar, max. €35.131*
 - *AOW-leeftijd met een inkomen die meer is dan €19.895 per jaar, max. €21.139*

Een andere toeslag waar ouderen recht op hebben is huurtoeslag. Huurtoeslag is een bijdrage in de huurkosten. Hoe hoog deze toeslag is, is per persoon afhankelijk en hangt onder andere af van de hoogte van de huur, het inkomen en het vermogen. De maximale te ontvangen huurtoeslag is €317 per maand. De gestelde eisen zijn hieronder opgesomd (Belastingdienst, 2013):

- 18 jaar of ouder
- Er wordt een zelfstandige woonruimte gehuurd (eigen woon(slaap)kamer, keuken, toilet en opgang)
- Ingeschreven op het woonadres in de GBA
- In bezit van de Nederlandse nationaliteit of geldige verblijfsvergunning
- Huurprijs incl. servicekosten moet minimaal €220,36 zijn en maximaal €681,02
- Het inkomen is niet te hoog
 - *Alleenstaand niet hoger dan €21.100 per jaar*
 - *Met partner of medebewoner niet hoger dan €28.725 per jaar*
- Het vermogen is niet te hoog, exclusief vrijstellingsbedrag van €80.000
 - *AOW-leeftijd met een inkomen die niet meer is dan €14.302 per jaar, max. €49.123*
 - *AOW-leeftijd met een inkomen tussen €14.302 en €19.985 per jaar, max. €35.131*
 - *AOW-leeftijd met een inkomen die meer is dan €19.895 per jaar, max. €21.139*

Uitgaven (AF)

Naast de inkomsten hebben de ouderen natuurlijk uitgaven. Deze uitgaven bestaan uit basis uitgaven zoals belasting, premies en een eigen bijdrage. Daarnaast zijn er (niet) woning gerelateerde uitgaven. Een korte beschrijving van deze uitgaven is hieronder weergegeven.

Basis uitgaven:

Belasting

Net als iedereen in Nederland dienen ouderen ook belasting te betalen. De belastingschijven van de inkomensbelasting in box 1 zijn echter wel gedeeltelijk anders dan de "normale". Deze schijven en belastingpercentages zijn hieronder weergegeven (Belastingdienst, 2013):

- Schijf 1, inkomen t/m €19.645: 19,1%
- Schijf 2, inkomen vanaf €19.646 t/m €33.555: 24,1%

- Schijf 3, inkomen vanaf €33.556 t/m €55.991: 42,0%
- Schijf 4, inkomen vanaf €55.992 en hoger: 52,0%

Zorgverzekeringswet (ZVW)

Net als iedere andere Nederlander betalen ouderen ook premie voor de ZVW. De premie over de AOW-uitkering plus het aanvullend pensioen bedraagt in 2013 5,65% per jaar over het bruto inkomen. Het maximumbijdrage-inkomen in 2013 is €50.853 (Belastingdienst, 2013). Dit betekent dat er tot een bruto inkomen van €50.853 5,65% wordt ingehouden, over het bedrag daarboven wordt niks ingehouden.

Basispremie ziektekosten

Ouderen betalen een basispremie voor hun ziektekostenverzekering. Bij AGIS bedraagt deze premie €1.200 per jaar met een eigen risico van €350 (AGIS, 2013).

Eigen bijdrage

Bij zorg met verblijf betalen cliënten veelal een hoge eigen bijdrage die kan oplopen tot €2.189 per maand. De lage eigen bijdrage geldt voor cliënten met zorg zonder verblijf. Dit bedrag is minimaal €20,15 en is maximaal de maximale periode bijdrage. Tevens geldt de lage eigen bijdrage bij zorg met verblijf ook voor mensen die (nog) de kosten voor een huishouden buiten de instelling moeten betalen.

Woning gerelateerde uitgaven:

Huur

In het opgestelde huishoudboekje is uitgegaan van een maximale huur tot de liberalisatiegrens van €681,02 minus de servicekosten van €48, een maximale kale huur van €633,02. Hier staat de volledige huurtoeslag tegenover in het beste geval (Rijksoverheid, 2013).

Servicekosten

Servicekosten worden maandelijks betaald door de huurder aan de verhuurder. Deze servicekosten kunnen bestaan uit:

- Schoonmaakkosten voor gemeenschappelijke ruimten
- Energiekosten voor gemeenschappelijke ruimten
- Huismeesterkosten
- Kosten voor dienst- en recreatieruimten

Per onderdeel mag maximaal €12 worden opgeteld bij de huurprijs, ook als er een hoger bedrag betaald wordt. Dit betekent dat er maximaal €48 mag worden optelt bij de huurprijs (Belastingdienst, 2013)

Energiekosten

Doordat ouderen ook moeten gaan betalen voor de energiekosten is er een aanname gedaan op basis van Nibud-gegevens. Deze gegevens betreffen €67 voor gas, €30 voor energie en €8,50 voor water (NIBUD, 2013). Het gaat hierbij om een appartement van 50-70 m² die alleen wordt bewoond.

Gemeentelijke belastingen en verzekeringen

Bij huishoudens met een minimum inkomen, enkel een AOW, is ervan uit gegaan dat de gemeentelijke heffingen en waterschapsbelasting wordt kwijtgescholden (Rijksoverheid, 2013). Indien dit niet het geval is wordt er zowel voor de heffingen als de WA/inboedel verzekering gerekend met een kengetal van €150 per maand (NIBUD, 2013)

Niet woning gerelateerde uitgaven:

Internet/telefoon/televisie

Door de leeftijd is ervoor communicatie vanuit gegaan dat er een vaste telefoon aanwezig is. Er wordt vanuit gegaan dat er een all-in pakket wordt afgenomen waarin internet, telefoon en

televisie. Bij Telfort kost een dergelijk pakket €38,50 per maand plus €15 voor onbeperkt bellen (Telfort, 2013).

Boodschappen voor eten/drinken

Volgens het NIBUD geven ouderen ongeveer €5,36 per dag uit (NIBUD, 2013). Aangezien dit heel weinig is en hierdoor geen budget is voor eventueel andere dingen is er uit gegaan van €10 per maand en dat er iedere dag zelf gekookt wordt, iets waar andere partijen ook mee rekenen. Hiervoor doen ze boodschappen in de vorm van eten en drinken.

Vrij besteedbaar

Dit bedrag is door de ouderen zelf in te vullen. Te denken hierbij valt aan kleding, recreatie, persoonlijke verzorging en diversen als cadeautjes en bijvoorbeeld bloemen. Bij een intramurale situatie is de zak- en kleedgeldgrens €292,94 per maand voor alleenstaanden en €455,63 per maand voor gehuwden (CAK, 2013). In een extramurale situatie is het vrij besteedbare bedrag de resultante van het inkomen minus alle uitgaven, zonder minimum. Als streefbedrag wordt er in de extramurale situatie ook het bedrag van €292,94 per maand voor alleenstaanden en €455,63 per maand voor gehuwden aangehouden. Dit bedrag kan aangevuld worden met de huurtoeslag.

Bijlage 7, bewonersenquête

Enquete bewonerswensen

Totaal 51 appartementen
52 m2 per appartement
€485 per maand kaal

0 = niet van toepassing
1 = zeer onbelangrijk
2 = onbelangrijk
3 = neutraal
4 = belangrijk
5 = zeer belangrijk

1. Waarom

Graag willen we van u weten waarom u destijds voor een woning op deze locatie heeft gekozen. Daartoe leggen we u verschillende redenen voor. Wilt u iedere keer aangeven hoe belangrijk de genoemde reden was bij de bepaling van uw keuze?

U wilde graag in uw eigen omgeving blijven wonen.
De woningen liggen dicht bij uw familie en/of vrienden.
De woningen hebben een gunstige ligging ten opzichte van voorzieningen (winkels, openbaar vervoer) en natuur.
De huurprijs van de woningen.
De woning zelf.

Totaal	Aantallen ingevuld	Gemiddelde score	Aantallen								Niet ingevuld	
				0	1	2	3	4	5	Blanco		Totaal

61	18	3,39	1	1	2	3	8	3	2	20
54	18	3,00	4	0	1	3	7	3	2	20
80	19	4,21	0	1	0	1	9	8	1	20
54	16	3,38	1	0	4	1	7	3	4	20
77	18	4,28	0	0	0	2	9	7	2	20

2. Waardering van de woning

We noemen hieronder verschillende aspecten van uw huidige woning. Wilt u elke keer met behulp van een rapportcijfer op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe tevreden u bent met het betreffende aspect?

Hoe tevreden bent u met de grootte van uw woning?
De indeling van uw woning
Het aantal kamers
De hoeveelheid bergruimte in uw woning
De ligging van uw woning (denkt u aan uitzicht, lichtinval, ligging tov de zon)
De grootte van de buitenruimte (balkon of tuin)
Tuin rondom het complex
Verhouding tussen de huurprijs en de geboden kwaliteit van het appartement

Totaal	Aantallen ingevuld	Gemiddelde score
--------	-----------------------	---------------------

146	18	8,11
133	17	7,82
121	17	7,12
110,5	17	6,50
131	16	8,19
114	16	7,13
133	17	7,82
107,5	15	7,17

Kunt u door middel van het geven van een rapportcijfer op een schaal van 1 tot en met 10 uw tevredenheid over de woning in het geheel uitdrukken?

118	15	7,87
-----	----	------

3. Waardering van de woonomgeving en wijk

Hieronder noemen we verschillende aspecten van de woonomgeving waarin u woont. Wilt u elke keer met behulp van een rapportcijfer op een schaal van 1 tot en met 10 aangeven hoe tevreden u bent met het betreffende aspect?

De recreatieruimte in het complex
De parkeergelegenheid
De bereikbaarheid per openbaar vervoer
Hoe tevreden bent u met de nabijheid van winkels?

Totaal	Aantallen ingevuld	Gemiddelde score
--------	-----------------------	---------------------

153	19	8,05
127	18	7,06
168	20	8,40
158,5	19	8,34

Hoe tevreden bent u met de woonomgeving in het algemeen?

154	19	8,11
-----	----	------

4. Voorzieningen

Wilt u voor iedere genoemde voorziening aangeven hoe belangrijk u de aanwezigheid van deze voorziening vindt?

Hoe belangrijk vindt u de mogelijkheid gebruik te kunnen maken van de maaltijdvoorziening?
De mogelijkheid een beroep te kunnen doen op een klusjesman
De mogelijkheid om aan activiteiten mee te kunnen doen
De mogelijkheid een beroep te kunnen doen op (zorg)voorzieningen
De mogelijkheid om gebruik te maken van fitness
De mogelijkheid om gebruik te maken van de kapper
De mogelijkheid om gebruik te maken van de pedicure
De mogelijkheid om gebruik te maken van de schoonheidsspecialiste

Totaal	Aantallen ingevuld	Gemiddelde score	Aantallen	0	1	2	3	4	5	Blanco	Totaal
--------	-----------------------	---------------------	-----------	---	---	---	---	---	---	--------	--------

53	19	2,79	4	2	1	2	7	3	1	20
63	18	3,50	1	1	1	1	13	1	2	20
63	18	3,50	1	2	0	2	10	3	2	20
73	18	4,06	0	2	0	1	7	8	2	20
48	17	2,82	2	2	2	3	7	1	3	20
63	18	3,50	0	2	2	3	7	4	2	20
56	18	3,11	2	2	2	1	8	3	2	20
32	17	1,88	5	1	6	2	2	1	3	20

Totaal	Aantallen ingevuld	Gemiddelde score	Aantallen	0	1	2	3	4	5	Blanco	Totaal
--------	-----------------------	---------------------	-----------	---	---	---	---	---	---	--------	--------

Wij zouden graag meer inzicht krijgen in de behoefte die er onder bewoners bestaat aan aanvullende voorzieningen. We noemen er enkele op. Wilt u voor iedere genoemde voorziening aangeven hoe belangrijk deze voor u op korte termijn is.

Heeft u behoefte aan huishoudelijke hulp?
Heeft u behoefte aan een booschappendienst?
Heeft u behoefte aan specifieke ouderenvervoer?
Heeft u behoefte aan een wasservice?
Heeft u behoefte aan bijeenkomsten met de bewoners?

44	18	2,44	6	0	3	3	1	5	2	20
32	17	1,88	6	0	5	3	2	1	3	20
58	17	3,41	2	0	2	3	5	5	3	20
23	17	1,35	7	0	7	3	0	0	3	20
61	17	3,59	1	0	1	4	8	3	3	20

Bijlage 8, artikel: “Welke huur kan uw klant betalen?”

“Welke huur kan uw klant betalen?”

Interessant genoeg maakt ieder huishouden de som automatisch bij de aankoop of huur van woonruimte: wat is het netto inkomensplaatje, welke vaste en variabele lasten zijn er en wat is er, na eventuele overige reserveringen, nog over om de huur te betalen of de hypotheeklasten (rente en aflossing) te voldoen.

Residuele huurwaarde berekening: van belang voor zorginstelling en huurder

De systeemwijziging, waarbij klanten in de lichte doelgroepen (ZZP VV1 t/m VV3, en deels ZZP VV4) zelf moeten gaan betalen voor de huisvesting, betekent dat men moet gaan uitrekenen wat men kan of wil betalen aan huur. Dit is feitelijk maximaal het bedrag nadat de overige kosten van het netto besteedbaar inkomen zijn afgetrokken. Inzicht over deze kosten ontbreekt nogal eens, zowel bij de oudere als bij de zorginstelling. Hierbij is van belang dat men een goed inzicht heeft in de te verwachten kosten; niet alleen voor zaken als gas/water/licht maar ook voor extra services die men graag wilt afnemen. Denk hierbij aan maaltijdkosten, schoonmaakkosten of bijvoorbeeld een boodschappendienst. Ook dient rekening gehouden te worden met de eigen bijdrage en de huur- en zorgtoeslag. Pas na duidelijkheid hierover kan worden bepaald wat er overblijft voor het betalen van de huur, en dat is lang niet altijd de €600,- tot €800,- die al snel voor een nieuw (tweekamer)appartement nodig is om deze kostendekkend te exploiteren.

Inzicht in de kosten: de tool van BOB Advies

Om bovenstaand inzicht te verkrijgen, heeft BOB Advies een tool ontwikkeld waarmee door het invullen van een aantal parameters, inzicht kan worden verkregen in de te besteden huur. Van belang is kennis van de doelgroep, zowel demografisch als qua inkomen, op een rij te zetten. Met onder andere deze gegevens wordt snel duidelijk of het extramuraliseren voor u als zorginstelling een kans of bedreiging vormt.

De tool is zo opgezet dat u, door zelf aan de verschillende knoppen te draaien, meteen kan zien wat beschikbaar blijft voor de huur. Interessant voor gesprekken met toekomstige huurders, maar ook voor uzelf als zorginstelling om gevoel te krijgen bij de mogelijke huurinkomsten van uw extramuraal te verhuren pand.

Meer informatie? Wij delen onze tool graag met u, ook helpen wij u graag uw doelgroep in kaart te brengen. Neem hiertoe contact op met Michiel Wentges, algemeen directeur BOB Advies te Zeist.

Wentges-michiel@bobadvies.nl of 030 – 251 351 9/ 06 – 515 232 33

Bijlage 9, handleiding werking tool

Een duidelijk stappenplan voor het invullen van de tool is er niet. Wel is het van belang de huurtoeslag pas te berekenen wanneer de andere parameters zijn ingevuld. De hoogte van de huurtoeslag is immers afhankelijk van de te besteden huur, het eindresultaat van de tool. Uitgangspunt van de tool is dat alle draaiknoppen draaibaar zijn, en dus variabel, en de staafdiagrammen vast staan als resultante van de draaiknoppen.

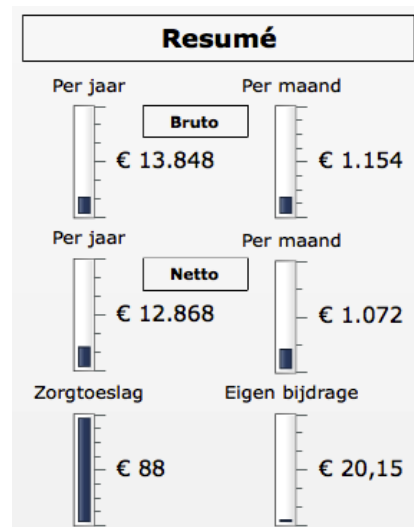
Een logische eerste stap om mee te beginnen, is het invullen van het inkomen van de cliënt. Dit inkomen bestaat uit een AOW-uitkering, een eventueel aanvullend pensioen en/of een eigen vermogen. Dit is weergegeven in bijlageafbeelding 9.1. Het vermogen is hier van belang aangezien deze meeweegt in het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage. Dit deel van de tool is hiernaast weergegeven. Een beschrijving van alle inkomsten is opgenomen in bijlage 6.

In het model wordt tevens een resumé gegeven van alle parameters die vast staan, die een resultante zijn van de draaiknoppen. In bijlageafbeelding 9.2 is dit onderdeel weergegeven. In dit resumé wordt zowel het bruto als het netto inkomen weergegeven, dat van belang is bij het berekenen van de huurtoeslag en de zorgtoeslag, maar ook de hoogte van de eigen bijdrage. Dit betreft de lage eigen bijdrage zonder verblijf waarvan de hoogte afhankelijk is van het inkomen en het eigen vermogen en betaald moet worden aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK). De hoogte hiervan is minimaal €20,15

per maand en nooit meer dan de maximale periodebijdrage. De berekening hiervan is opgenomen in bijlage 6. De zorgtoeslag is afhankelijk van het inkomen en is maximaal €88 per maand en bouwt geleidelijk af naar €0 bij alleenstaanden. De berekening en randvoorwaarden hiervan zijn opgenomen in bijlage 6. In het geval van een toeslagpartner¹³ dient dit aangevinkt te worden en zal er een aparte draaiknop tevoorschijn komen voor de zorgtoeslag in geval van een toeslagpartner, zoals op de bijlageafbeelding 9.3 te zien is. Aangezien de berekening hiervan te situatie specifiek is, dient deze zelf berekend te worden via de proefberekening van de Belastingdienst, waarnaar een link is opgenomen. Naast de draaiknop voor de zorgtoeslag bij een toeslagpartner is een draaiknop weergegeven waar de ziektekosten premie (per jaar) kan worden ingevuld, bijlageafbeelding 9.4.



*Bijlageafbeelding 9.1, inkomsten dashboard



*Bijlageafbeelding 9.2, resumé

*Bijlageafbeelding 9.3, zorgtoeslag in geval van een toeslagpartner

☒ AOW <1946
☒ Extramuraal
☒ Toeslagpartner

Zorgtoeslag

€ 79



€79

bij toeslagpartner

Berekenen



€1.300

Premie ziektekosten (per jaar)

*Bijlageafbeelding 9.4, invullen van de zorgpremie (per jaar)

(C) BOB Advies BV

¹³ Een toeslagpartner is iemand waarmee gezamenlijk een toeslag wordt aangevraagd. Meestal is dit degene waarmee iemand samenwoont of mee is getrouwd.

De volgende stap is het invullen van de verschillende woon- en verblijfslasten. Hieronder vallen naast de boodschappen en persoonlijke verzorging tegenwoordig ook onder andere energiekosten, gemeentelijke belastingen en huurdersonderhoud. Door het extramuraliseren treedt de cliënt in de nieuwe situatie immers als huurder op. Deze uitgaven zijn in bijlageafbeelding 9.5 weergegeven en zijn variabel. Omdat het lastig is bij al deze posten een beeld te krijgen, is er in het model een Nibud¹⁴-knop opgenomen. Door hierop te klikken slaan de parameters automatisch op standaard waarden, de draaiknoppen blijven echter variabel.



**Bijlageafbeelding 9.5, invullen van de uitgaven, inclusief reset NIBUD-knop*

Bovenstaande uitgaven gaan ervan uit dat alle huishoudelijke taken door de bewoner zelf of door mantelzorgers wordt gedaan. Mocht het betreffende woonconcept services voor onder andere schoonmaak, wassen of maaltijden ed. faciliteren, of een integraal pakket, kan dit tevens worden ingevuld met behulp van onderstaande draaiknoppen zoals afgebeeld in bijlageafbeelding 9.6. Mochten deze knoppen worden ingevuld, is het inherent dat bijvoorbeeld de reservering voor boodschappen zelf naar beneden bijgesteld moet worden.



**Bijlageafbeelding 9.6, invullen van aanvullende services*

De huurtoeslag is net al genoemd. Huurtoeslag is een tegemoetkoming in de huurkosten. Deze toeslag hangt sterk af van de persoonlijke situatie van de cliënt. Hierin worden onder andere de leeftijd, het inkomen en het vermogen meegenomen. De laatste stap van de tool is het berekenen van deze toeslag. Deze is namelijk afhankelijk van de huur en vormt samen met het zak- en kleedgeld het vrij besteedbare bedrag. Aangezien de berekening van de huurtoeslag te situatie specifiek is, dient deze zelf berekend te worden via de proefberekening van de Belastingdienst, waarnaar een link is opgenomen. Op bijlageafbeelding 9.7 is het invullen van de huurtoeslag te zien. Indien het inkomen of het vermogen te hoog is, verdwijnt de mogelijkheid tot het invullen van de huurtoeslag. De randvoorwaarden hiervan zijn opgenomen in bijlage 6.



**Bijlageafbeelding 9.7, invullen van huurtoeslag*

Een belangrijke reservering voor de cliënt is het vrij besteedbaar bedrag. Bij een intramurale situatie is de zak- en kleedgeldgrens €292,94 per maand voor alleenstaanden en €455,63 per maand voor gehuwden (CAK, 2013). In een extramurale situatie is het vrij besteedbare bedrag de resultante van het inkomen minus alle uitgaven. Als streefbedrag wordt er in de extramurale situatie ook het bedrag van €292,94 per maand voor alleenstaanden en €455,63 per maand voor gehuwden aangehouden. Mocht dit vrij besteedbare bedrag te veel of te weinig zijn, kan dit doormiddel van de mutatie-knop worden gewijzigd naar boven of beneden. Dit onderdeel is op bijlageafbeelding 9.8 weergegeven. Dit heeft als gevolg dat er

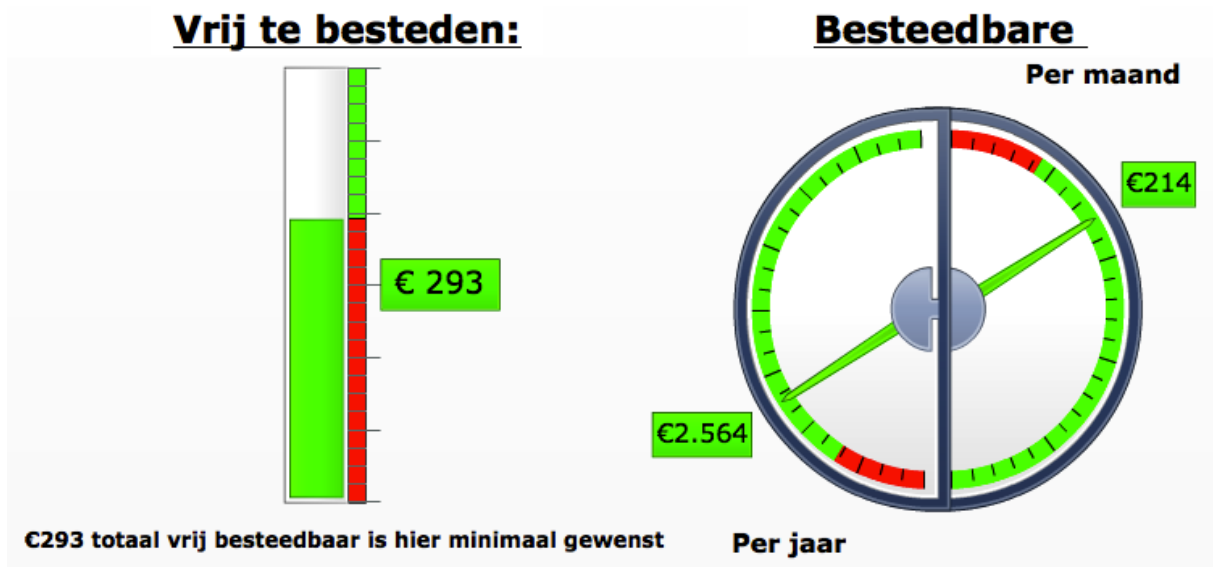


**Bijlageafbeelding 10.9, mutatie-knop voor het vrij besteedbaar bedrag*

¹⁴ Het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (Nibud) is een onafhankelijk stichting die informeert en adviseert over financiën van huishoudens.

meer of minder besteedbaar overblijft voor de huur. Mocht het zak- en kleedgeld worden aangepast nadat de huurtoeslag berekend is, dient de huurtoeslag opnieuw berekend te worden doordat de besteedbare huur gewijzigd is. De huurtoeslag is hier immers van afhankelijk.

Als uiteindelijk alle parameters zijn ingevuld, blijft midden bovenaan de maximaal besteedbare huur over die de cliënt kan betalen en het vrij besteedbaar bedrag, zoals in bijlageafbeelding 9.9 te zien is. Hierdoor kan er voor de verhuurder een beeld worden verkregen van de mogelijke huurinkomsten van een extramuraal te verhuren pand en voor de huurder een inzicht in zijn huuruitgaven en het vrij besteedbaar bedrag wat hij hiernaast onderhoud. Interessant voor zorginstellingen voor gesprekken met toekomstige huurders en of het extramuraliseren een kans of bedreiging vormt, of voor commerciële beleggers om hierin te investeren.



**Bijlageafbeelding 9.9, resultante dashboard tool*