

ADVIES

Aan de Minister voor Wonen en Rijksdienst
De heer drs. S.A. Blok
Postbus 20011
2500 EA Den Haag

Datum: 15 januari 2014 **Bijlage(n):** 3
Kenmerk: Rli-2014/27
Cc: Drs. M.J. van Rijn
Betreft: Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn

Dit advies is opgesteld in samenwerking met de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

Geachte heer Blok,

In uw brief van 11 juni 2013 vraagt u, in samenspraak met staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur naar de gevolgen van de hervormingen van de langdurige zorg voor de woningmarkt, de governance en voor de ruimtelijke patronen. U vraagt de raad deze gevolgen te bezien in een brede context.

De raad constateert dat de eerste hoofddoelstelling van de hervormingen van de langdurige zorg, langer zelfstandig wonen met zorg aan huis (zie paragraaf 2.1), zoals beschreven in de Kamerbrief 'Van systemen naar mensen'¹, aansluit op de autonome maatschappelijke ontwikkeling dat mensen zelfstandig willen wonen, met regie over hun eigen leven (zie paragraaf 1). Deze hervormingen versnellen de al langer lopende ontwikkeling van kleinschalige woonvormen in de wijk voor mensen met beperkingen en het leveren van meer zorg aan huis. De raad ondersteunt deze keuze voor dit beleidsuitgangspunt. In algemene zin – zo meent de raad – bieden de hervormingen kansen, nu en op de lange termijn: om een sterkere maatschappelijke integratie van mensen met beperkingen in de buurt te bereiken, om mensen met een zorgbehoefte beter hun persoonlijke woonbehoeften te laten realiseren en om ondernemers nieuwe woon- en dienstverleningsconcepten in de markt te laten zetten. De raad constateert echter dat er zich op de korte termijn ook een aantal knelpunten voordoen, mede door de diverse beleidswijzigingen (zie paragraaf 2) en de praktische uitwerking daarvan op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

De raad signaleert de volgende belangrijkste knelpunten:

- Er is een toenemend verschil, zowel kwantitatief als kwalitatief, op de woningmarkt ontstaan tussen vraag en aanbod van 'wonen met zorg', 'wonen met diensten' en andere geschikte woningen voor mensen met beperkingen (zie paragraaf 3.1). In de komende vijf jaar krijgen jaarlijks gemiddeld tienduizend ouderen, dertienhonderd gehandicapten en achthonderd cliënten in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), met een lagere zorgindicatie, geen toegang meer tot intramuraal verblijf. Zelfstandig blijven wonen betekent niet vanzelfsprekend dat iemands huidige woning en leefomgeving geschikt zijn om dat - met beperkingen - te doen. Juist kwetsbare mensen kunnen de komende jaren in de knel komen, omdat betaalbare alternatieven voor thuis wonen met zorg nog slechts beperkt beschikbaar zijn.

¹ Tweede Kamer (2013). Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief van de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Tweede kamer van 8 februari 2013. Vergaderjaar 2012-2013, 32620, nr. 78.



- Er zijn grote verschillen in de ruimtelijke opgave voor wonen, zorg en welzijn tussen steden, randgemeenten en plattelandsgemeenten, als ook daarbinnen (zie paragraaf 3.2). Een lokale inventarisatie van de woning- en voorzieningenbehoefte in regionaal verband is nodig, waarna binnen de lokale context naar oplossingen moeten worden gezocht.
- De korte termijn waarop de beperking van toegang tot intramurale verblijfsvormen wordt geregeld, past niet bij de omvang van de benodigde aanpassingen voor het zorgvastgoed. Herbestemming van vastgoed kost tijd. De raad heeft berekend dat het gaat om ruim 4 miljoen m² zorgvastgoed (zie paragraaf 3.3) dat gerenoveerd of herbestemd moet worden. Als organisaties er nu toe overgaan om gebouwen te sluiten - met alle gevolgen van dien voor bewoners en omwonenden - terwijl over een aantal jaar de vraag naar geclusterd wonen met (verpleeg)zorg weer toeneemt door de toenemende vergrijzing, kunnen met meer tijd andere oplossingen dan sluiting worden gerealiseerd en kan kapitaalvernietiging worden voorkomen.
- Coalities, van bijvoorbeeld woningcorporaties, zorginstellingen en welzijnaanbieders, die voor mensen met een zorgvraag de domeinen wonen, zorg en welzijn verbinden, moeten worden gekoesterd en gestimuleerd. In het licht van de genoemde autonome maatschappelijke ontwikkeling en de doelstelling van de hervormingen, brengen zij de gewenste toekomst van meer zelfregie immers dichterbij. De raad ziet echter dat de vorming van dergelijke coalities onder druk staat door een tekort aan beleidsruimte. De combinatie van de diverse beleidswijzigingen (zie paragraaf 2.1 en 2.2) en onzekerheden in de definitieve wet- en regelgeving, leiden bij diverse organisaties zoals woningcorporaties en zorginstellingen tot focus op het overleven op de korte termijn, het mijden van risico's en het afstoten van taken. Er is nu juist focus nodig op de langere termijn om de gedeelde opgave voor het woon-, zorg- en welzijnsdomein te realiseren.

Om de gewenste kansen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te realiseren, ligt er een complexe investeringsopgave:

- Renoveren van zorgvastgoed en het nieuwe bestemmingen geven;
- Geschikt maken van bestaande woningen voor mensen met beperkingen;
- Ontwikkelen van nieuwe woon-zorgconcepten;
- Beter benutten van de mogelijkheden van technologie voor langer zelfstandig wonen;
- Op peil houden of toevoegen van voorzieningen in de buurt voor behoud of vergroting van de woonkwaliteit;
- Innoveren van bestaande zorgprocessen om meer (zwaardere) zorg op maat aan huis mogelijk te maken.

Er zijn dus diverse knelpunten te overwinnen en investeringen te doen. Door de economische crisis en verschillende beleidswijzigingen zijn veel partijen beducht voor het doen van investeringen. Bovendien toetsen toezichthouders strenger op de primaire taakstelling van partijen. Dit gaat ten koste van het verbindend vermogen tussen partijen, wat in het domein van wonen, zorg en welzijn juist hard nodig is. Bepaalde beleidswijzigingen leiden bij verschillende partijen bovendien tot focus op het eigen belangenkader. En de korte tijdspanne van de hervormingen drijft partijen tot kortetermijnbeslissingen, wat tot kapitaalvernietiging op de langere termijn kan leiden.

De raad vindt dit geen wenselijke situatie. Daarom adviseert de raad het kabinet een heldere visie over wonen, zorg en welzijn uit te werken voor de komende tien tot vijftien jaar. Deze visie bevat een duidelijk standpunt over de vraag voor welke chronische zorgindicaties de scheiding tussen woon- en zorgkosten (zie paragraaf 3.1) gaat gelden en wat de route daar naartoe is. Dit biedt duidelijkheid aan partijen, zodat zij met elkaar een langetermijnstrategie voor het zorgvastgoed en voor huur- en koopwoningen kunnen ontwikkelen en hierin gaan investeren.

Om de knelpunten weg te nemen, beveelt de raad aan om (zie paragraaf 5 voor uitwerking in acht aanbevelingen):

- Partijen meer ruimte te bieden om verbindingen tussen de domeinen aan te gaan, onder andere door samenwerking tussen partijen in het woon-, zorg en welzijnsdomein als deel van ieders kerntaak te beschouwen, door een verdere financiële scheiding van woon- en zorgkosten te realiseren en voor een goede verbinding tussen het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW) en Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) te zorgen;
- Investeringsprikkel te creëren, onder andere door partijen te stimuleren te investeren in de gezamenlijke opgave, 'split incentives' op te lossen en mensen te prikkelen tijdig na te denken over hun wens zelfstandig te (blijven) wonen;
- Meer tijd en flexibiliteit te creëren voor de transformatie van het zorgvastgoed, onder andere door de mogelijkheid van een transitieplan van vastgoedeigenaren met oog voor de sociaal-ruimtelijke context en aandacht voor kwetsbare groepen.

Deze knelpunten en aanbevelingen worden in het vervolg van dit briefadvies verder toegelicht en uitgewerkt.

1. Zelfregie en woonwensen

1.1 Zelfstandig wonen de norm voor mensen met een (lichtere) zorgvraag

De meeste mensen die hulp of zorg behoeven, willen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven voeren en zoveel mogelijk zelfstandig wonen². Dit geldt voor ouderen met een beperking, voor volwassen verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, en voor volwassen ggz-cliënten³. Het is een fundamentele behoefte aan individuele (keuze)vrijheid, die wordt ondersteund en gestimuleerd door het rijksbeleid. Veel mensen met beperkingen realiseren die behoefte al: zij wonen zelfstandig met hulp of zorg aan huis, eventueel in een beschermde woonomgeving. Van de ouderen met een zorgindicatie woont 74% zelfstandig, van de gehandicapten 60% en van de ggz-cliënten 87%⁴. De verwachting is dat de komende decennia de trend doorzet dat mensen die hulp of zorg nodig hebben op zo veel mogelijk aspecten van hun leven eigen regie willen blijven voeren.

Rijksbeleid dat inzet op het zelfstandig laten wonen van mensen met een zorgvraag is niet nieuw. Eigenlijk was er maar één decennium (1963-1975) 'bejaardenbeleid', waarbij de bouw van bejaardenhuizen en de verhuizing daar naartoe werden gestimuleerd. Al in de tweede Nota Bejaardenbeleid⁵ van 1975 is de belangrijkste boodschap dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven wonen. Ook in de ggz en de gehandicaptenzorg is vanaf de jaren zeventig 'deinstitutionalisering' een belangrijk aandachtspunt. De bedoeling daarvan is dat mensen met een beperking zoveel mogelijk in een zelfstandige woonsituatie ondersteuning krijgen.

De autonome maatschappelijke ontwikkeling en het rijksbeleid hebben geleid tot grote verschuivingen in de intramurale capaciteit. De intramurale capaciteit van verzorgingshuizen is van 150 duizend plaatsen in 1980 gedaald tot 84 duizend plaatsen in 2010 bij een gelijktijdige verdubbeling van het aantal tachtigplussers (zie bijlage 2, tabel 2). Nu al ontvangen 688 duizend mensen thuiszorg, hoewel daarvan 369 duizend mensen alleen huishoudelijke hulp ontvangen (zie bijlage 2, tabel 3).

² Planbureau voor de Leefomgeving (2013). Vergrijzing en woningmarkt. Den Haag; Trimbos-instituut (2012). Trendrapportage GGZ 2012 - Deel 1: Organisatie, structuur en financiering - Ambulantisering. Utrecht; Sociaal en Cultureel Planbureau (2005). Zorg voor verstandelijk gehandicapten. Den Haag.

³ Dit briefadvies beperkt zich tot de gevolgen voor volwassenen van de hervormingen van de langdurige zorg op de woningmarkt.

⁴ Bronnen: Centraal Bureau voor de Statistiek (2013) Monitor Langdurige Zorg. Geraadpleegd op 20 december 2013 via <http://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/indicatie-gebruik/Paginas/default.aspx>; Kwartel, A.J.J. van der (2013) Brancherapport gehandicaptenzorg 2012. Utrecht, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland; Trimbos- instituut (2012). Trendrapportage GGZ 2012 - Deel 1: Organisatie, structuur en financiering Ambulantisering. Utrecht.

⁵ Tweede Kamer (1975). Nota bejaardenbeleid 1975. Vergaderjaar 1974-1975, 13 463, nr. 2.

De vraag naar verstandelijkgehandicaptenzorg is tussen 1998 en 2008 gemiddeld met 9% per jaar toegenomen. Bijna de helft van deze groei heeft plaatsgevonden in langdurig verblijf in instellingen, maar ook de zorg aan huis is sterk gegroeid⁶. In de ggz daalde het aantal klinische plaatsen aanvankelijk tot onder twintigduizend in 2002, maar het aantal is inmiddels weer toegenomen. Beschermd wonen heeft een vlucht genomen van ruim vierduizend plaatsen in 1993 tot ongeveer dertienduizend plaatsen in 2009⁷. In 2012 is een bestuurlijk akkoord gesloten tussen de overheid (ministerie van VWS), ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties om tot 2020 de huidige totale bedden capaciteit in de ggz met een derde te verminderen ten opzichte van de omvang in 2008.

1.2 Woonwensen en verhuigeneidheid van mensen met een zorgbehoefte

De meeste mensen die hulp of zorg nodig hebben dezelfde woonwensen als ieder ander: zelfstandig en betaalbaar wonen in een woning naar keuze, in een prettige buurt met een aantal basisvoorzieningen en een (divers) sociaal netwerk om zich heen⁸. Zij willen verder liever niet verhuizen. Een verhuizing ontregelt hun dagelijks leven meestal sterk, mede doordat hun sociale netwerk wordt ontwricht⁹. Deze geringe verhuigeneidheid wordt versterkt doordat een potentiële woning vaak niet voldoet aan hun belangrijkste woonwensen: een sociaal netwerk en de geschiktheid van de woning om zorg te ontvangen, met een beperkte verhoging van de maandlasten. Ter illustratie: in 1995 verhuisden er van iedere duizend 65-plussers 65 mensen; in 2011 waren dit er nog maar 48. Meer dan twee derde verhuisde binnen de eigen gemeente¹⁰. Eigenaar-bewoners moeten bovendien eerst de eigen woning (kunnen) verkopen en dat is vaak een extra drempel om te verhuizen. Dat probleem speelt zeker een rol in zwakkere delen van de woningmarkt, zoals in krimpgebieden, kwetsbare wijken of bij slecht onderhouden en slecht geïsoleerde woningen.

Zelfstandig blijven wonen betekent niet vanzelfsprekend dat iemands huidige woning en leefomgeving geschikt is om er - met beperkingen - onder eigen regie te blijven leven. Vaak is het nodig om de woning (tijdig) aan te passen om hulp of zorg op maat aan huis te kunnen krijgen. Zelfregie behouden kan ook betekenen dat mensen wel moeten verhuizen, zodat zij in de nieuwe woning en woonomgeving wel goed met hun beperkingen kunnen leven en noodzakelijke hulp of zorg kunnen ontvangen.

De leefomgeving is evengoed bepalend voor de mogelijkheid zelfstandig en naar tevredenheid - niet in eenzaamheid - te kunnen wonen. Dit stelt eisen aan de leefomgeving op het vlak van voorzieningen (zorg, welzijn, winkels, activiteiten), bereikbaarheid, veiligheid en (sociaal) welbevinden. Door een dergelijke vitale leefomgeving kunnen mensen met beperkingen niet alleen zelfstandig wonen, maar kan ook vereenzaming worden beperkt. Mensen die hulp of zorg nodig hebben maken daarom integrale afwegingen - op basis van hun wensen en hun budget - wat voor hen de beste combinatie oplevert van wonen, woonomgeving, zorg, diensten en welzijn. Daarbij brengen de hervormingen van de langdurige zorg een maatschappelijke discussie op gang over de kosten van wonen en zorg, en wie voor welke kosten verantwoordelijk is. De raad ziet een beweging dat steeds meer kosten tot het woondomein worden gerekend, waar mensen zelf verantwoordelijk voor zijn. De zorgkosten die voor rekening van de zorgverzekeraar komen en dus collectief gefinancierd zijn, worden ingeperkt.

⁶ Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van & Sadiraj, K. (2010). Steeds meer verstandelijk gehandicapt? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapt 1998-2008. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁷ Trimbos-instituut (2012). Trendrapportage GGZ 2012 - Deel 1: Organisatie, structuur en financiering Ambulantisering. Utrecht.

⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau (2004). Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mensen met lichamelijke beperkingen. Den Haag: Ministerie van VROM; Kam, G. de, e.a. (2012). Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen. Nijmegen: Institute for Management Research.

⁹ De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg verkent in zijn werkprogramma 2014 de mogelijkheden en grenzen van vermaatschappelijking van de zorg voor verstandelijk gehandicapt en chronische ggz-cliënten.

¹⁰ Planbureau van de Leefomgeving (2013). Vergrijzing en woningmarkt. Den Haag.

2. Relevante beleidswijzigingen voor wonen, zorg en welzijn

2.1 Hervormingen langdurige zorg: focus op vier verschuivingen

In de hervormingen van de langdurige zorg ligt de focus op vier verschuivingen:

- Meer zelfstandig wonen met zorg aan huis (van intramuraal naar extramuraal);
- Meer regie op lokaal niveau (minder Rijk, meer gemeenten en zorgverzekeraars);
- Gelijkblijvende collectieve kosten bij een grotere zorgbehoefte (hogere particuliere bijdragen);
- Minder formele zorg (en dus meer informele zorg).

Als onderdeel van de hervormingen wordt de toegang tot intramurale zorg voor mensen met een lichtere zorgindicatie beperkt. In 2012 ontvingen circa 263 duizend mensen een indicatie voor intramurale zorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Dit aantal is de laatste jaren ongeveer gelijk gebleven. Het ministerie van VWS verwacht dat als gevolg van de hervormingen circa 78 duizend mensen met een lichtere zorgindicatie geen toegang meer krijgen tot een intramuraal verblijf. Dit betekent dat er ongeveer 30% minder cliënten met een lichtere zorgindicatie is voor intramurale verzorgingshuizen, gehandicaptenopvang en ggz-instellingen (zie tabel 1). Dit is een grote daling van de benodigde capaciteit, ook al zou de vraag van ouderen naar plaatsen in verzorgingshuizen deels ook zonder dit beleid zijn afgenomen, vanwege de behoefte om zelfstandig te blijven wonen.

Tabel 1: Raming van aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen, volgens het scenario uit de Kamerbrief 'Hervorming langdurige zorg'¹¹

Indicaties die geen toegang meer geven tot intramurale zorg	Absoluut aantal	Percentage van totale intramurale capaciteit
Verpleeg- en verzorg (VV) indicaties VV1, VV2, VV3 en 50% van VV4	57.700 mensen	38%
Verstandelijk gehandicapten (VG) indicaties VG1, VG2, 50% van VG3, en Lichamelijk gehandicapten (LG) indicaties LG1, LG3 en Zintuiglijk gehandicapten (ZG) indicatie ZG1 (visueel en auditief)	15.100 mensen	19%
Geestelijke gezondheidszorgindicaties GGZ 1 en GGZ 2	5.100 mensen	18%
Totaal alle sectoren	77.900 mensen	30%

Bron: Tweede Kamer (2013). 'Hervorming van langdurige ondersteuning en zorg'. Bijlage bij Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, 25 april 2013. Vergaderjaar 2012-2013, 30597, nr. 296.

2.2 Andere relevante beleidswijzigingen

Hieronder worden kort diverse andere beleidswijzigingen beschreven die relevant zijn voor de bredere context van met eigen regie zoveel mogelijk zelfstandig wonen.

Scheiden wonen en zorg

Het kabinet wil met het financieel scheiden van wonen en zorg het budgettaire beslag van de kosten van wonen op de collectieve zorgbegroting verminderen. Mensen betalen zelf hun woonkosten en zorg wordt apart gefinancierd; deels collectief, deels privaat. Deze scheiding zorgt voor transparantie in de verhouding tussen woonkosten en zorgkosten. Deze financiële scheiding wordt nu ingevoerd voor de lichtere zorgindicaties. In de programmabrief 'langdurige zorg' van 1 juni 2011 van het ministerie van VWS wordt de intentie uitgesproken om het scheiden van wonen en zorg ook voor de hogere zorgindicaties geleidelijk door te voeren.

¹¹ Zie ook bijlage 2, tabel 4, voor een uitgebreider overzicht.

Normatieve huisvestigingscomponent voor zorgvastgoed

Het kabinet voert voor vergoeding van intramurale plaatsen tot en met 2017 stapsgewijs de normatieve huisvestigingscomponent (NHC) in. Deze NHC is gekoppeld aan het aantal cliënten dat de zorginstelling daadwerkelijk heeft. Hierdoor heeft een zorginstelling lagere inkomsten bij leegstand, terwijl voorheen kapitaallasten volledig vergoed werden op basis van nacalculatie. De kapitaallastenvergoeding omvatte ook investeringen in gemeenschappelijke ruimtes, brandveiligheid, toegankelijkheid en zorginfrastructuur. Vanaf 2018 dragen zorginstellingen het volledige risico voor leegstand. Bij de verhuur van intramurale woonruimte als (on)zelfstandige woonruimte op de huurmarkt om leegstand te voorkomen, zal het lastig zijn deze investeringen in de huurprijs op te nemen (zie paragraaf 3.3).

DAEB-activiteiten versus niet-DAEB-activiteiten

De Europese Commissie heeft eind 2011 nieuwe regels aangenomen voor Diensten van Algemeen Economisch Belang (DAEB)¹². Daarin zijn specifieke voorwaarden opgenomen voor het verlenen van staatssteun, zoals een geborgde lening aan woningcorporaties. Een van die voorwaarden is dat woningcorporaties minimaal 90% van hun sociale huurwoningen toewijzen aan huishoudens met een inkomen lager dan 34.678 euro. De Tweede Kamer heeft recent een motie aangenomen om de inkomensgrens voor sociale huurwoningen te verhogen naar 38.000 euro. Voor DAEB-investeringen kunnen woningcorporaties een beroep doen op het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW). Door de garantie van het WSW kunnen zij tegen relatief gunstige rentetarieven lenen bij financiële instellingen. Financiering van niet-DAEB-investeringen komt niet voor deze borgstelling in aanmerking. Woningcorporaties kunnen kiezen voor een juridische of administratieve splitsing tussen DAEB- en niet-DAEB-activiteiten. Een administratieve splitsing staat onder zwaarder toezicht, waarbij minder niet-DAEB activiteiten worden toegestaan die ten dienste staan van de kerntaak.

Verhuurderheffing

Verhuurders die meer dan tien sociale huurwoningen verhuren, betalen een heffing over de waarde van de huurwoningen. Deze verhuurderheffing moet het Rijk in 2014 ruim 1,1 miljard euro opleveren, oplopend tot 1,7 miljard euro in 2017. Deze heffing verlaagt het investeringsvermogen van woningcorporaties voor de gedeelde opgave van het verbinden van wonen, zorg en welzijn.

Decentralisatie naar gemeenten

Gemeenten moeten met meerdere decentralisatieopgaven tegelijk aan de slag: van Jeugdzorg, Participatiewet, Omgevingswet, en het deel van de AWBZ-zorg dat naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat. Gemeenten moeten zich hierbij de rol van regisseur eigen maken, rekening houdend met onzekerheden in de ontwikkelingen en met minder financiële middelen.

3. Gevolgen voor de woningmarkt en voor ruimtelijke patronen

3.1 Waar knelt de woningmarkt voor meer zelfregie?

Grotere vraag naar verzorgd wonen en wonen met diensten

Het aantal ouderen en het aandeel ouderen nemen toe. Het aandeel 65-plussers stijgt van 16% (2,7 miljoen) in 2012 tot 26% (4,7 miljoen) in 2040. Binnen deze groep neemt het aandeel tachtigplussers sterk toe, tot 44% in 2050¹³. De samenstelling van de oudere huishoudens verandert bovendien in de komende twee decennia. Niet alleen het aantal samenwonenden neemt toe, maar ook het aantal alleenwonenden. Het aantal alleenwonenden stijgt van ongeveer 900 duizend tot 1,4 miljoen in 2030¹⁴.

¹² Diensten van algemeen economisch belang zijn verbonden met publieke belangen tot kwaliteit, toegankelijkheid en leveringszekerheid voor grote groepen burgers.

¹³ Huisman, C., Jong, A. de, Duin, C. van, Stoeldraijer, L. (2013). Regionale prognose 2013-2040. Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving en Statistics Netherlands.

¹⁴ Campen, C. van (2011). Kwetsbaar alleen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Voor ouderen die niet meer worden toegelaten tot intramurale zorg is de aanname dat 80% van de betreffende huishoudens mede door hun zorgvraag toch verhuist¹⁵. Hoe dat ligt voor gehandicapten en ggz-cliënten is niet duidelijk. Het effect van de beperktere toegang tot intramuraal verblijf op de doorstroming op de woningmarkt lijkt dus beperkt te zijn. Op het geheel aan mutaties (circa 450 duizend per jaar) in de bestaande woningvoorraad (7,26 miljoen woningen) betekent dat maximaal 23 duizend¹⁶ verhuisbewegingen minder in 6 jaar. De woningmarkt is wel veranderd. De dynamiek op de markt van de jaren negentig en de eerste jaren van deze eeuw was groot, met veel transacties en forse prijsstijgingen. De huidige markt is statischer, met minder verhuizingen en lagere prijzen. Juist in de huidige woningmarkt met een lage doorstroming kan elke verhuizing belangrijk zijn voor het op gang brengen van een verhuisketen, waardoor het effect van het extramuraliseringsbeleid groter wordt.

De vraag naar 'verzorgd wonen' groeit. Verzorgd wonen houdt in dat zorg- en hulpverlening vanuit een nabijgelegen steunpunt kan worden geleverd. Deze vraag is nu al groter dan het aanbod. Het tekort is al jaren ruim 40 duizend woningen; 30% ten opzichte van de voorraad in 2012. Deze vraag zal door de extramuralisering binnen de sector verpleging en verzorging in de periode 2013-2021 toenemen met ruim 41 duizend woningen tot 81 duizend woningen. Ook is er nu al een tekort van 26% - ruim 46 duizend woningen - aan 'wonen met diensten'. Dit zijn woningen in complexen met extra diensten als maaltijdverzorging en gemeenschappelijke ruimten¹⁷. Tabel 5 in bijlage 2 geeft ook een groeiend tekort aan in de categorie 'overige ouderenwoningen'. Deze categorie betreft woningen speciaal bestemd voor ouderen volgens de bewoners, niet vallend onder verzorgd wonen of wonen met diensten, bijvoorbeeld een appartementencomplex voor 55-plussers. Dit tekort is opgelopen tot 63 duizend woningen (31%) in 2012. De vraag naar deze drie categorieën woningen neemt vooral toe door demografische ontwikkelingen.

De tekorten zijn in belangrijke mate kwalitatief: in veel woningen in de bestaande voorraad zijn aanpassingen nodig om ze blijvend geschikt te maken voor bewoning door mensen met beperkingen. Dit geldt zowel voor de huursector als de eigenwoningsector. De raad verwacht dat de diversiteit aan woonbehoeften alleen maar zal toenemen, ook binnen de groep ouderen. Gehandicapten en ggz-cliënten zoeken ook steeds vaker naar een woning op de reguliere markt. Dit vraagt om een veel diverser aanbod van woonconcepten. Denk aan geclusterd of individueel wonen, grotere of kleinere kamers, met invloed van de bewoners op de mate van ondersteuning en zorg, ondersteund door technologie op maat, in een stedelijke omgeving of op het platteland. De grotere diversiteit wordt mede mogelijk gemaakt door de vergroting van de transparantie in de zorg- en woonkosten. Dat bevordert de keuzevrijheid van mensen in de verhouding tussen prijs en kwaliteit van woon- en zorgaanbod. Om het aanbod beter aan te laten sluiten op de behoeften van mensen, vindt de raad het noodzakelijk dat ook in de intramurale zorgverlening de woonkosten en de zorgkosten apart worden afgerekend. De huidige werkwijze leidt tot uniformering van de woonomstandigheden en belemmert daarmee de keuzevrijheid van mensen. Het biedt ook meer kansen aan burgerinitiatieven en innovatieve ondernemers met nieuwe arrangementen. De raad is daarom voorstander van het invoeren van een verdere financiële scheiding tussen woon- en zorgkosten voor chronische zorgindicaties, zoals ook door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg¹⁸ en de Sociaal-Economische Raad¹⁹ is bepleit. Het kabinet zou daartoe een heldere visie moeten uitwerken voor de komende tien tot vijftien jaar, met een duidelijk standpunt over de vraag voor welke chronische zorgindicaties de scheiding tussen woon- en zorgkosten gaat gelden en wat de route daar naartoe is.

¹⁵ Galen, J. van, Willems, J. & Poulus, C. (2013). Monitor investeren voor de toekomst 2012. Delft: ABF Research.

¹⁶ Zie bijlage 2, tabel 4: max. 4.600 ggz-cliënten + max. 6.500 gehandicapten + 20% van 55.700 ouderen.

¹⁷ Galen, J. van, Willems, J. & Poulus, C. (2013). Monitor investeren voor de toekomst 2012. Delft: ABF Research.

¹⁸ Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (2005). Mensen met een beperking in Nederland. De AWBZ in perspectief. Zoetermeer.

¹⁹ Sociaal-Economische Raad (2012). Naar een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Den Haag.

Vitale leefomgeving van groot belang

Zoals genoemd in paragraaf 1.2 is de woonomgeving zeker zo belangrijk als de woning voor het onder eigen regie zoveel mogelijk zelfstandig wonen. Een vitale leefomgeving kan ook wegvallen, bijvoorbeeld doordat een verzorgingshuis sluit. De eerste voorbeelden van geplande sluitingen komen inmiddels in het nieuws. De zorg- en welzijnsfuncties van het verzorgingshuis aan omwonenden vallen weg en het vertrek van de bewoners leidt tot een kleinere klantengroep voor winkels en activiteiten in de buurt. Het sluiten van een verzorgingshuis raakt dus niet alleen de bewoners, maar ook de buurt.

Eerstelijns- en anderhalvelijnscentra (centra waarin tweedelijns expertise wordt geïntegreerd met eerstelijns functies) dienen bij voorkeur binnen vergrijzende buurten te worden gerealiseerd, omdat mensen die zorg nodig hebben sterk gehecht zijn aan hun vertrouwde woonomgeving (zie paragraaf 1.2). Onderzoek laat zien dat ouderen in woonservicegebieden langer zelfstandig wonen dan in vergelijkbare andere woonwijken²⁰. Ook de wijkgerichte aanpak, de inzet van wijkverpleegkundigen, concepten als Buurtzorg²¹ en ICT-hulpmiddelen kunnen een belangrijke rol spelen in het zelfstandig blijven wonen. Een geschikte woning en woonomgeving werken dan ook preventief voor een grotere zorgvraag.

Vanwege de huidige stagnatie op de woningmarkt, is het voor mensen die hulp of zorg nodig hebben lastiger om snel te verhuizen. Woningcorporaties kunnen deze mensen ook moeilijker snel huisvesten. De woningen die wel beschikbaar komen, zijn vaak niet de meest gewilde wat betreft kwaliteit en woonomgeving. De leefbaarheid van een buurt kan voor bepaalde groepen gehandicapten en ggz-cliënten extra van belang zijn om zelfstandig te kunnen wonen. Als deze groepen slechts weinig huur kunnen opbrengen, kunnen zij juist in wijken terechtkomen waar bijvoorbeeld veiligheidsissues en sociale issues spelen.

3.2 Ruimtelijke patronen: een zeer divers beeld

In absolute aantallen neemt in de nabije toekomst in de steden het aantal ouderen het sterkst toe, omdat hier al de meeste (oudere) mensen wonen. Het zijn vooral de plattelandsgemeenten die relatief het sterkst vergrijzen. Het verschil in de mate van vergrijzing tussen stad en platteland blijft de komende jaren bestaan²². Op regionaal niveau neemt vooral in de Randstad, Flevoland, oostelijk Noord-Brabant en West-Friesland het aandeel 65-plussers fors toe²³.

In plattelandsregio's is het niet altijd rendabel of haalbaar om het voorzieningenaanbod in dorpskernen op peil te houden. Bovendien krimpt juist in de sterkst vergrijzende regio's het aantal jongere mensen dat zorg en diensten kan leveren aan ouderen²². Hier kunnen investeringen in technologische en organisatorische oplossingen, zoals e-health, domotica, de oprichting van zorgcoöperaties en de bezorging aan huis vanuit (internet)winkels, mogelijkheden bieden aan mensen die hulp of zorg nodig hebben om ook in kleinere kernen zelfstandig te wonen²⁴.

²⁰ Kam, G. de, et al. (2012). Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen. Nijmegen: Institute for Management Research.

²¹ <http://www.buurtzorgnederland.com/>

²² Planbureau voor de Leefomgeving (2013). Vergrijzing en Ruimte. Gevolgen voor de woningmarkt, vrijetijdsbesteding, mobiliteit en regionale economie. Den Haag.

²³ Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). Gemeenten zien aantal 65-plussers tot 2040 toenemen. Artikel, 26 juli 2012. Geraadpleegd op 20 december 2013 via <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/dossiers/vergrijzing/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-bt-iag-65-plussers.htm>

²⁴ Mulder, H. (2013). Meta-analyse Zorg op afstand. Utrecht: In voor zorg!

Ook ziet de raad het ontstaan van burgercoöporaties die kleinschalige woonconcepten opzetten en zorgvoorzieningen in een dorp organiseren. De schaalvergroting van regionale publieke voorzieningen, zoals ziekenhuizen, bibliotheken en welzijnscentra, die de bereikbaarheid ervan bemoeilijken, blijft wel een aandachtspunt omdat de mobiliteit van mensen met een beperking afneemt²².

Een ontwikkeling naar een sterkere ruimtelijke concentratie, bijvoorbeeld in de vorm van een seniorenstad (zoals ze in bijvoorbeeld Florida voorkomen), valt niet te verwachten. Door autonome ontwikkelingen (bijvoorbeeld door een beperkt aantal leeftijdscohorten in een wijk) kunnen wel vormen van concentratie van ouderen op een lager schaalniveau (wooncomplex, flat, hofje) ontstaan. Vormen van concentratie kunnen ook ontstaan vanuit een behoefte aan samenwonen van een groep mensen die hulp of zorg nodig heeft of van (mantel)verzorgers. Vanuit gevoelens van onveiligheid en eenzaamheid, een wens naar 'ons soort mensen' in de nabijheid, naar een mantelzorger direct in de buurt of om met een aantal mantelzorgers en vrijwilligers samen aan een groep hulp of zorg te kunnen verlenen, ontstaat een groter scala aan particuliere woonvormen.

Uiteindelijk ontstaan er niet alleen flinke verschillen tussen steden, randgemeenten en plattelandsgemeenten, maar ook daarbinnen. En binnen gemeenten weer per wijk of per kern. Dit vraagt om een lokale inventarisatie van de woonbehoeften. Regionale afstemming is hierbij gewenst, omdat woningcorporaties en zorginstellingen vaak regionaal zijn georganiseerd en mensen veelal binnen een regio kijken naar het beschikbare aanbod op de woningmarkt. Daarnaast vragen sommige voorzieningen om een regionale schaalgrootte om rendabel te zijn.

3.3 Grotere financiële risico's voor eigenaren van zorgvastgoed

De ontwikkelingen op de woningmarkt en de beleidswijzigingen (zie paragraaf 2) zetten de eigen vermogens van eigenaren van zorgvastgoed onder druk en vergroten hun financiële risico's. Het zorgvastgoed is voor een derde in eigendom van woningcorporaties en voor ruim twee derde van zorgaanbieders²⁵. De beperktere toegang van ouderen tot intramuraal verblijf raakt vooral de verzorgingshuizen. Woningcorporaties bezitten ruim vijftigduizend wooneenheden in verzorgingshuizen; de helft van het totale aantal²⁶. Er is ruwweg sprake van drie soorten risico's voor eigenaren van zorgvastgoed dat ingericht is op het leveren van zorg aan mensen met lichtere zorgindicaties:

- Exploitatierisico's nemen toe door een afnemende (zekerheid over de) omvang van de omzet (zie ook bijlage 2, tabel 6) de komende jaren door het extramuraliseringsbeleid en door de overgang naar de NHC.
- Boekwaarderisico's nemen toe door de afgenomen zekerheid van verhuur en omzet, waardoor de boekwaarde van zorgvastgoed afneemt.
- (Her)financieringsrisico's worden groter door de afgenomen zekerheid van inkomsten. Financiers (banken, beleggers) en waarborgende instanties (zoals gemeenten, het Waarborgfonds Sociale Woningbouw en het Waarborgfonds voor de Zorgsector) verwerken deze onzekerheid door in de kosten van (her)financiering van zorgvastgoed.

Voor verschillende eigenaren kunnen de risico's anders uitpakken. De verschillende belangen van partijen, die elkaar juist zouden kunnen versterken, leiden soms tot strijd. Zo kan een zorgaanbieder, gericht op overleven op de korte termijn, ervoor kiezen juist die locaties af te stoten die hij huurt van een woningcorporatie en de locaties in eigendom te blijven exploiteren. Dit hoeft in een breder maatschappelijk perspectief niet de beste keuze te zijn. De risico's voor woningcorporaties met veel verzorgingshuizen in hun portefeuille zijn hierdoor ook groter, waardoor hun investeringsvermogen verder onder druk kan komen te staan.

²⁵ Tweede Kamer (2012). Technische briefing Scheiden wonen en zorg door VWS 7 maart 2012. Bijlage bij: Beantwoording Kamervragen over technische briefing over scheiden wonen en zorg in AWBZ. vergaderjaar 2011-2012, 2012Z06716.

²⁶ ING (2013). Themavisie Scheiden wonen zorg in de AWBZ Deel II – Woningcorporaties.

Er is behoefte aan een grotere flexibiliteit in zorgvastgoed, waarbij een locatie voor verschillende doelgroepen geschikt kan zijn ('gespikkeld wonen') en meerdere functies onder een dak worden samengebracht. Opties voor eigenaren van zorgvastgoed om risico's te verminderen of met leegstand om te gaan, zijn:

- *Aanbieden van zwaardere verblijfszorgvoorzieningen*
Het aantal plaatsen in verpleeghuizen is gestegen van 46 duizend in 1980 tot 74 duizend in 2010 (zie bijlage 2, tabel 2). De gemiddelde verblijfsduur is minder dan een jaar. Het aantal benodigde plaatsen zal door de demografische ontwikkeling verder stijgen²⁷. Om van verzorgingsplaatsen zwaardere verpleegplaatsen te maken, moet wel contracteerruimte voor extra verpleegplaatsen bij de zorgkantoren beschikbaar zijn voor die specifieke locatie.
- *Zelf verhuren van (on)zelfstandige appartementen in combinatie met thuiszorg*
Deze optie sluit aan bij de vraag naar meer mogelijkheden om verzorgd te wonen en te wonen met diensten. De zorginstelling moet dan wel bereid zijn om verhuurder van (on)zelfstandige wooneenheden te worden of hiervoor samen te werken met een woningcorporatie of een particuliere verhuurder. Als het kleinere woningen betreft, kan het gewenst zijn een huurprijs onder de sociale huurgrens van 699 euro per maand te hanteren, zodat ze bereikbaar zijn voor mensen met lagere inkomens. Deze sociale huurgrens zal de volledige toepassing van de servicetoeslag van 35% die binnen het woningwaarderingstelsel (WWS) mogelijk is, vaak onmogelijk maken. Ook bij hogere huurprijzen op de vrije huurmarkt kan deze servicetoeslag de woningen uit de markt prijzen. Dit betekent dat het voor bestaand zorgvastgoed, gebouwd onder de vorige regelgeving, lastig is via verhuur de volledige kapitaallastenvergoeding terug te verdienen. Afhankelijk van de leeftijd van het zorgvastgoed kan renovatie nodig zijn om aan de kwalitatieve wensen van mensen voor appartementen te voldoen.
- *Verhuren aan andere groepen*
Verhuren aan andere groepen zoals studenten, starters of hogere inkomens, houdt een drastisch andere rol voor zorginstellingen in en is dan ook meer weggelegd voor woningcorporaties en particuliere eigenaren van zorgvastgoed. De locatie, de indeling en de staat van het pand bepalen of verhuur aan andere doelgroepen (makkelijk) te realiseren is. Niet elke gemeente heeft studenten onder haar inwoners en meer vermogende doelgroepen stellen hogere eisen aan het comfort van de woning.
- *Afstoten of slopen van vastgoed*
Gezien de overcapaciteit die gaat ontstaan in het aantal plaatsen in verzorgingshuizen en de soms beperkte mogelijkheden voor een (snelle) herbestemming, of door de leeftijd van panden, kan afstoten van zorgvastgoed of slopen nodig zijn. De raad maakt zich zorgen over de signalen dat sommige zorginstellingen snel vastgoed afstoten, enkel op basis van een kortetermijnstrategie binnen hun eigen belangenkader. Het snel sluiten van een zorglocatie mag voor de balans van de zorginstelling de goedkoopste oplossing zijn, in een breder maatschappelijk perspectief gezien kan het een dure optie zijn. Bij verkoop van een pand en de grond, moet het College sanering zorginstellingen instemmen met de verkoopprijs. Als toestemming pas bij hogere marktprijzen wordt verleend, haken niet-commerciële kopers als woningcorporaties voor een andere maatschappelijke bestemming voor het pand af.

De korte termijn waarop de beperking van toegang tot intramurale verblijfsvormen wordt geregeld, vergroot de kans op sluitingen. Een geleidelijker tijdpad past beter bij de omvang van de benodigde aanpassingen voor het zorgvastgoed. De raad heeft berekend dat het gaat om ruim 4 miljoen m² vastgoed van ouderenzorginstellingen, gehandicaptenzorg en ggz-locaties²⁸ dat gerenoveerd of herbestemd moet worden. Door de leegstand van ander maatschappelijk vastgoed, kantoren en

²⁷ ING (2013). Themavisie Scheiden wonen zorg in de AWBZ: Deel 1 – Ouderenzorginstellingen.

²⁸ 77.900 (tabel 1) minder intramurale plaatsen à 60 m² (op basis van TNO (2009), Investeringskosten per ZZP, basis voor een NHC voor de Care Utrecht) komt overeen met ruim 4,5 miljoen m².

winkels, wordt het vastgoedprobleem er dus niet kleiner op. Ter vergelijking: ruim 7 miljoen m² kantoorruimte staat leeg. Zorginstellingen liggen vaak wel op betere locaties voor herbestemming dan kantoren. Als organisaties er nu toe overgaan om gebouwen te sluiten - met alle gevolgen van dien voor bewoners en omwonenden - terwijl over een aantal jaar de vraag naar geclusterd wonen met (verpleeg)zorg weer toeneemt door de toenemende vergrijzing, kunnen met meer tijd andere oplossingen dan sluiting worden gerealiseerd en kan kapitaalvernietiging worden voorkomen. Gehandicapteninstellingen hebben vanwege de langere gemiddelde verblijfsduur van hun bewoners een langere termijn om hun vastgoed aan te passen dan ouderenzorginstellingen. De afbouw van het aantal bedden treft bij ggz-instellingen vooral lichtere vormen van beschermd wonen bij de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Daarnaast wordt door het beperken van de opnameduur het aantal benodigde bedden verlaagd.

4. Complexe opgave voor partijen: verbindingen gewenst

4.1 Complexe investeringsopgave

Om de gewenste veranderingen op het gebied van wonen, zorg en welzijn te realiseren, ziet de raad naast de opgave voor het zorgvastgoed zoals hiervoor gezegd ook een complexe investeringsopgave voor het:

- Geschikt maken van bestaande woningen voor mensen met beperkingen;
- Ontwikkelen van nieuwe woon-zorgconcepten;
- Beter benutten van de mogelijkheden van technologie voor langer zelfstandig wonen;
- Op peil houden of toevoegen van voorzieningen in de buurt voor behoud of vergroting van de woonkwaliteit;
- Innoveren van bestaande zorgprocessen om meer (zwaardere) zorg op maat aan huis mogelijk te maken.

Er zijn geen eenduidige cijfers over de omvang van de investeringsopgave. In algemene zin is de omvang van de investeringen afhankelijk van factoren zoals (a) de mate van gewenst wooncomfort van mensen en de mate waarin zij bereid en in staat zijn om te betalen voor woningaanpassingen, voorzieningen en diensten; (b) de visie van zorgaanbieders op de benodigde woningaanpassingen om zorg te kunnen leveren; (c) het resultaat van de afweging tussen bereikbaarheid en betaalbaarheid voor de benodigde schaalgrootte van voorzieningen; (d) wet- en regelgeving bijvoorbeeld voor brandveiligheid en toegankelijkheid.

Geschikt maken van bestaande woningen voor mensen met beperkingen

De meerderheid van de bestaande woningen is in bezit van eigenaar-bewoners. Eigenaar-bewoners zijn ook zelf aan zet om (tijdig) hun woning geschikt te maken voor leven met beperkingen. Zij zijn alleen niet altijd in staat of bereid de benodigde investeringen op te brengen. De benodigde investeringen kunnen sterk verschillen per woning en per gewenste aanpassing. Zo kost een hogere toiletput ongeveer 300 euro, een aantal sensoren met ICT-technologie enkele duizenden euro's, en kunnen de kosten voor het verbreden van deuren en het vergroten van de badkamer oplopen tot 50.000 euro. Omdat het vermogen van eigenaar-bewoners vaak in het huis zelf vastzit, is het gewenst dat banken met een faciliteit komen voor hun klanten om voor dit soort aanpassingen geheel of gedeeltelijke afbetaalde hypotheek weer te verhogen. De Taskforce Verzilveren²⁹ heeft hierover diverse aanbevelingen gedaan.

Ook huurwoningen moeten in voorkomende gevallen geschikt gemaakt worden voor mensen met beperkingen. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van bewoner, verhuurder en gemeente. Kleine aanpassingen kunnen ook door huurders zelf worden gerealiseerd. Als huurders in overleg met de woningcorporatie grotere aanpassingen zelf willen regelen, zou deze investering wellicht in de huur kunnen worden gecompenseerd. Als er aanpassingen nodig zijn die de bewoner zelf niet financieel kan dragen, kan hij de gemeente vragen om een tegemoetkoming in de kosten uit het Wmo-budget. Er zijn inmiddels corporaties en gemeenten die een Wmo-convenant afsluiten.

²⁹ Taskforce Verzilveren (2013). Eigen haard is zilver waard.

Daarin worden gezamenlijk afspraken gemaakt over woningaanpassingen en de verantwoordelijkheid daarin voor woningcorporatie en gemeente. Het leidt tot kortere wachttijden voor de huurder en efficiëntere inzet van budgetten.

Ontwikkelen van nieuwe woon-zorgconcepten

De vraag naar woon-zorgconcepten wordt steeds diverser³⁰. Dit vereist ook een diverser aanbod. Voorbeelden van vernieuwd aanbod zijn er genoeg. Vertrouwde aanbieders ontwikkelen nieuwe producten zoals woningcorporaties die kangoeroewoningen (twee zelfstandige woonruimtes die aan elkaar verbonden zijn) en mantelzorgwoningen (compacte, verplaatsbare wooneenheden die bijvoorbeeld in de tuin worden geplaatst voor het verzorgen van een hulpbehoevend familielid) aanbieden. Woningcorporaties werken ook mee aan initiatieven van derden, zoals ouders van kinderen met een beperking of ouderen die een eigen woongroep willen starten. Of aan initiatieven zoals de stichting Thuis in Welzijn, die kleinschalige woonvoorzieningen voor (dementerende) alleenstaande ouderen ontwikkelt. Ook zijn er groepen mensen die hun eigen gewenste woonvorm realiseren door collectief particulier opdrachtgeverschap. Ondernemers bieden nieuwe woon-zorgconcepten aan en ontwikkelen nieuwe vormen van dienstverlening aan huis. Zo biedt TNT aan om artikelen niet alleen te bezorgen, maar ook te installeren en zijn er supermarkten die een taxiservice voor ouderen organiseren.

Naast andere vormen van wonen, zijn ook andere vormen van zorg gewenst en mogelijk. Met name op het platteland zijn er diverse zorgcoöperaties opgericht, die gezamenlijk zorg inkopen en vaak ook vrijwilligerswerk coördineren voor hulp aan en zorg voor mensen in de buurt. Hierdoor kunnen mensen met een beperking toch in de kleinere plattelandskernen blijven wonen. Met behulp van een persoonsgebonden budget (pgb) is het ook goed mogelijk de zorg anders te organiseren. Denk bijvoorbeeld aan de Thomashuizen; kleinschalige woonvoorzieningen voor zes à acht mensen met een verstandelijke beperking, geleid door meestal twee zorgondernemers die zelf ook bij het Thomashuis wonen.

Beter benutten van de mogelijkheden van technologie

'Zorg op afstand' draagt bij aan de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg. Dat is de uitkomst van een meta-analyse van zeventien 'In voor zorg'-trajecten. Door thuishet technologie (domotica) en effectief ingerichte zorgopvolging van sensorsignalen kunnen mensen die zorg nodig hebben langer thuis blijven wonen. Er is door technologie ook minder inzet van zorgprofessionals nodig. Het onderzoek³¹ toont aan dat de arbeidsbesparing kan oplopen tot 20%. Zowel cliënten als medewerkers geven aan door zorg op afstand tevredener te zijn dan bij de traditionele zorgverlening. Vanuit andere pilot-projecten worden er desondanks ook kanttekeningen geplaatst bij de introductie van technologie in het zorgproces. De verwachtingen kunnen te hooggespannen zijn, alleen subsidies kunnen de aanleiding zijn om projecten op te starten of de technologie wordt niet of nauwelijks verbonden met de reguliere zorgprocessen in de organisatie³². Een goede business-case kan lastig zijn of zorgmedewerkers zijn terughoudend om technologie toe te passen. Soms wordt ook de individuele gebruiker uit het oog verloren. Er is dan meer sprake van een 'technology push' door aanbod van een producent dan van een vraag van iemand die zorg nodig heeft. Aandacht voor de individuele gebruikersvriendelijkheid van de technologie is van belang, net als het betrekken van de eindgebruiker bij de invoering ervan.

Met een volgende generatie zorgvragers en mantelzorgers die gewend is aan het gebruik van diverse technologieën, wordt de vraag naar technologie ook groter. De urgentie voor verdere invoering van technologieën wordt de komende jaren steeds groter, mede vanwege lagere budgetten van gemeenten die aan een steeds grote zorgvraag moeten voldoen met steeds minder zorgpersoneel. Dit betekent ook dat er ondanks alle beleidsveranderingen, met lagere budgetten als gevolg, voldoende prikkels moeten zijn om te investeren in verdere implementatie

³⁰ Castelijns, E., Kollenburg, A. van, Meerman, W. te (2013). De vergrijzing voorbij. Utrecht: Berenschot.

³¹ Mulder, H., (2013). Meta-analyse Zorg op afstand. Utrecht: In voor zorg!

³² Zorg voor de Toekomst Noord- en Oost-Groningen (2013) Zorg dichtbij. Resultaten van de actielijn zorg dichtbij in een notendop.

van technologische oplossingen. Op de langere termijn kunnen ook technologische ontwikkelingen als zorgrobots, zelfsturende auto's, gametechnologie en exoskeletten³³ de zelfredzaamheid van mensen vergroten.

Op peil houden of toevoegen van voorzieningen in de buurt voor behoud of vergroting van de woonkwaliteit

Voorzieningen zoals winkels, mobiliteitsdiensten, dagbesteding en zorgpunten kunnen op gewenste locaties ontbreken. De gewenste locaties voor deze voorzieningen kunnen ook in de tijd wijzigen. Er is regie van de gemeente nodig om ervoor te zorgen dat voorzieningen zoveel mogelijk op de juiste plaats aanwezig zijn. Gemeenten moeten er dan ook op bedacht zijn dat de vergrijzing door buurten 'beweegt'. Nieuwbouwwijken met veel jonge gezinnen zijn na veertig tot vijftig jaar vergrijzende wijken. Vergrijzde wijken kunnen op hun beurt na verloop van tijd weer verjongen.

Innoveren van bestaande zorgprocessen om meer (zwaardere) zorg op maat aan huis mogelijk te maken

Om meer (zwaardere) zorg op maat aan huis mogelijk te maken, moeten bestaande zorgprocessen worden aangepast. Dit vraagt om een cultuurverandering binnen de langdurige zorg, waarbij niet langer het systeem centraal staat, maar de mensen met hun mogelijkheden. De zorg wordt zo veel mogelijk georganiseerd rondom het leven van mensen, en minder het leven van mensen rondom de zorg.

4.2 Rollen van partijen

De investeringen moeten opgebracht worden door eigenwoningbezitters, huurders, burgerinitiatieven, woningcorporaties, zorginstellingen, welzijnaanbieders, particuliere projectontwikkelaars, zorgverzekeraars, ondernemers, en overheden. Coalities tussen deze partijen die voor mensen met een zorgvraag de domeinen wonen, zorg en welzijn verbinden, brengen de gewenste toekomst voor deze mensen dichterbij. Het gaat immers om een integrale opgave: alle drie de domeinen (wonen, zorg en welzijn) zijn van belang om mensen die hulp of zorg nodig hebben met zelfregie zo lang zelfstandig mogelijk te laten wonen. Onderzoek heeft aangetoond dat welzijn, dus zich lichamelijk, psychisch en sociaal zo goed mogelijk voelen, de zorgvraag van mensen beperkt en preventief werkt op de vraag naar meer zorg. De raad ziet dat de vorming van dit soort coalities onder druk staat door een tekort aan beleidsruimte. De combinatie van de versnelling van de autonome maatschappelijke ontwikkeling van zo zelfstandig mogelijk willen wonen, beleidswijzigingen zoals de verhuurderheffing, de normatieve huisvestigingscomponent (zie paragraaf 2.2), verscherpt toezicht op primaire taken, decentralisatie van taken naar gemeenten en onzekerheden rondom deze beleidswijzigingen totdat definitieve regel- en wetgeving tot stand is gekomen, leiden bij diverse organisaties tot focus op overleven op de korte termijn, risicomidgend gedrag en afstoten van taken. Er is juist focus nodig op de langere termijn voor de integrale opgave voor het woon-, zorg- en welzijnsdomein.

Collectief wachten met investeringen tot de crisis voorbij is, vindt de raad niet raadzaam. De raad ziet juist mogelijkheden om mensen met een zorgvraag zelf en creatieve ondernemers een grotere rol in deze integrale opgave te laten krijgen. Als zij de ruimte krijgen voor hun ideeën, kan de hulp- of zorgvraag van mensen efficiënt worden gekoppeld aan slim, nieuw aanbod. Partijen als woningcorporaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hierin de samenwerking opzoeken. Er moet een goede mix gevonden worden tussen het activeren van de investeringskracht van de bewoners zelf, van ondernemers, zorgaanbieders, woningcorporaties en andere verhuurders, en van de overheid. Vanuit een breder belangenkader kunnen partijen wel komen tot handelingsperspectieven voor de lange termijn, uitgaande van de vraag van mensen en hun eigen mogelijkheden.

³³ Uitwendige robotframes om mensen heen, die ze kunnen helpen in het beter functioneren, bijvoorbeeld lopen.

5. Aanbevelingen: zorg voor ruimte, flexibiliteit, juiste prikkels en tijd

De transformatie van wonen en zorg is een van de grote maatschappelijke vraagstukken. Net als in andere domeinen (economisch, sociaal, ecologisch) is een zoektocht gaande naar nieuwe normen en naar maatschappelijke en economische waarden, en naar een nieuwe invulling van begrippen als (terug)verdienmodel, duurzaamheid, gelijkheid en sturing. Tijdens deze zoektocht kunnen oude arrangementen schuren met nieuwe, nog in ontwikkeling zijnde arrangementen. De verschillende partijen groeien naar nieuwe rollen, waarbij de rol van de overheid er minder een zal zijn van centrale sturing en meer een van regie, als marktmeester en facilitator.

De opgaven verschillen tussen wijken, gemeenten, regio's en provincies. De oplossingen binnen de verschillende contexten zijn dus maatwerk. Dat gaat alleen lukken als het einddoel duidelijk is voor alle partijen, met een gevoel van een gemeenschappelijk belang. Dit vraagt om ruimte voor samenwerking (paragraaf 5.1), om prikkels voor partijen om te investeren (paragraaf 5.2) en om tijd en flexibiliteit voor de transitie (paragraaf 5.3). Op deze drie terreinen formuleert de raad dan ook aanbevelingen. In bijlage 1 worden deze aanbevelingen doorvertaald naar de agenda voor diverse partijen.

5.1 Creëer ruimte voor samenwerking

- Beschouw samenwerking tussen betrokken partijen als deel van ieders kerntaak*
Het is goed dat partijen, zowel publiek als privaat, zich in eerste instantie concentreren op hun kerntaak. Daarbij moet wel ruimte zijn, zowel financieel als beleidsmatig, om samen te werken met andere partijen om aan de vraag van mensen te kunnen voldoen. Immers, de hulp- en zorgvraag van mensen beperkt zich niet tot één domein. Zorg er bijvoorbeeld voor dat zowel corporatie als zorginstelling in hun budget ruimte mogen maken voor het gezamenlijk financieren van een ontmoetingsruimte of eerste- en anderhalvelijnsvoorzieningen in de buurt, eventueel ondersteund door de gemeente.
Sluit de bekostiging van de zorg hierop aan, zodat er ruimte komt voor een bijdrage aan een integraal product - dat aansluit bij zowel de behoefte van mensen als de preventie van zorgkosten - in plaats van een puur sectorale prestatie.
- Realiseer een verdere financiële scheiding van woon- en zorgkosten*
Laat de zorgaanbieders van intramurale zorg transparant maken welke kosten gerelateerd zijn aan wonen en welke aan zorg voor chronische zorgindicaties. Dat is overigens geen oproep tot twee verschillende rekeningen voor de zorgvrager van één aanbieder. Het is wel belangrijk om duidelijk te maken welke kosten gemaakt worden in het woondomein en welke in het zorgdomein. Dit maakt het mogelijk ook voor een andere (hogere of lagere) kwaliteit van wonen te kiezen, wat de keuzevrijheid van mensen vergroot. Dit is de eerste stap in de richting van het verder invoeren van het scheiden van woon- en zorgkosten voor chronische zorgindicaties.
- Zorg voor een goede verbinding tussen de waarborgfondsen WSW en WFZ*
Ook het Waarborgfonds Sociale Woningbouw en het Waarborgfonds voor de Zorgsector lijken zich terug te trekken op hun eigen domein. Hierdoor dreigt een gat te ontstaan in de borging van investeringen in de combinatie van wonen en zorg. Vraag beide waarborgfondsen om ruimte te creëren voor (innovatieve) investeringen die beide domeinen raken, zoals in beschermd wonen en wonen met diensten.

5.2 Creëer prikkels voor investeren en voor zelfregie

4. *Stimuleer partijen te investeren in de gezamenlijke integrale opgave voor een langere termijn*
 - Maak duidelijk wat de langetermijnvisie van het kabinet is voor wonen, zorg en welzijn, en vertaal dit in concreet en consistent beleid, waarmee onzekerheden bij investeerders worden weggenomen.
 - Stimuleer eigenaar-bewoners en verhuurders te investeren door het tijdelijk (fiscaal) aantrekkelijk te maken om geld te besteden aan het toekomstbestendig maken van de eigen woning. Onderzoek de mogelijkheid om huurders die zelf investeren in aanpassingen aan de woning te compenseren in de huur.
 - Zoek op de rijksbegroting naar middelen en prikkels gericht op het stimuleren van de economie en investeringen in de opgave, bijvoorbeeld door het wegnemen van barrières in wet- en regelgeving hiervoor, het inzetten van fiscale regelingen, het verlagen van heffingen of het verstrekken van subsidies.
5. *Identificeer 'split incentives' en creëer oplossingen*

Het is niet motiverend voor een partij als haar investering zorgt voor minder kosten bij een andere partij in plaats van bij haarzelf. Denk bijvoorbeeld aan technische hulpmiddelen als domotica waarin een woningcorporatie investeert, waarbij de besparing terechtkomt bij de zorgaanbieder. Een ander voorbeeld is een zorgaanbieder die investeert in kostenbesparingen bij klanten, die tot lagere opbrengsten leiden voor diezelfde zorgaanbieder. Stimuleer creatieve oplossingen voor deze 'split incentives'. Denk bijvoorbeeld aan een zorgverzekeraar die investeert in preventie een deel van de besparing op de zorgkosten krijgt uitgekeerd.
6. *Prikkel mensen om tijdig na te denken over zelfstandig (blijven) wonen*

Stimuleer eigenaar-bewoners tijdig na te denken over de vraag of hun woning en woonomgeving geschikt zijn om in de toekomst de eigen regie te houden als er een zorgbehoefte ontstaat, zodat zij tijdig actie kunnen ondernemen als zij problemen voorzien. Nodig huurders uit om hun vraag op dit vlak te formuleren, zodat huurders en verhuurders tijdig maatregelen kunnen nemen.

5.3 Creëer tijd en flexibiliteit voor slimmere oplossingen tegen lagere maatschappelijke kosten

7. *Creëer meer tijd voor en flexibiliteit in de transformatie van het zorgvastgoed*

Schep flexibiliteit voor de transitie van het zorgvastgoed om kapitaalvernietiging te voorkomen en lokaal maatwerk mogelijk te maken. Concreet denkt de raad aan een regeling waarin vastgoedeigenaren de mogelijkheid krijgen om binnen twee jaar een transitieplan voor te stellen. Dit transitieplan legt de tijdsplanning van de transformatie van het vastgoed vast, passend binnen de specifieke condities van het vastgoed en de lokale context. Het transitieplan zou moeten worden goedgekeurd door het zorgkantoor, de gemeente en indien nodig ook door het College sanering zorginstellingen. Als deze transitie met minder maatschappelijke kosten kan worden gerealiseerd door in de uitvoering te kiezen voor een meer geleidelijk tijdspad, moet daarvoor ruimte worden geboden. Hiermee kunnen de knelpunten van de hervormingen worden verminderd. Dit voorstel kan gevolgen hebben voor de bezuinigingsdoelstellingen op korte termijn, maar daar staat tegenover dat de structurele hervorming van de sector wel wordt doorgevoerd met minder maatschappelijke kosten en minder faalkosten.
8. *Houd oog voor kortetermijnoplossingen voor kwetsbare groepen*

In de komende vijf jaar kunnen gemiddeld ongeveer tienduizend ouderen, dertienhonderd gehandicapten en achthonderd ggz-cliënten per jaar door de hervormingen niet meer naar een zorginstelling verhuizen. Op dit moment voorziet het bestaande woonaanbod niet voldoende in hun behoeften en in de eisen van de zorgaanbieder. Voor deze mensen moet dus voor de korte termijn een andere oplossing gevonden worden. Zorg dat die groep op lokaal niveau goed in

beeld is en dat creatieve oplossingen mogelijk zijn om op korte termijn voor aanbod voor die groep te zorgen. Als dat uitblijft, dreigt het maatschappelijk draagvlak onder de voorgenomen hervorming weg te vallen. Let er speciaal op dat er voor huishoudens met lage inkomens betaalbare oplossingen zijn.

Tot slot

De raad concludeert dat er in de samenleving een groot oplossend vermogen en veel krachten aanwezig zijn om verbindingen te maken waarin gewerkt kan worden aan de opgave voor wonen, zorg en welzijn. Andere partijen dan de rijksoverheid zijn primair aan zet. De rijksoverheid heeft wel de unieke positie en verantwoordelijkheid om de samenhang en toekomstvastheid van het beleid te regisseren. De rijksoverheid kan partijen stimuleren de transitie in te zetten en faciliteren in het opvangen van de fricties die de beleidswijzigingen met zich meebrengen. Door het aanscherpen van de financiële scheiding tussen woon- en zorgkosten en te sturen op verbinding en flexibiliteit in de uitvoering, kan de transitie in goede banen worden geleid. In de uitwerking hiervan kunnen zich nieuwe vragen voordoen. De raad is graag bereid over antwoorden hierop mee te denken. De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) kondigt in zijn werkprogramma 2014 aan om de wisselwerking van gezondheid, welzijn en zorg met de leefomgeving te verkennen. De Rli zal hierin samenwerken met de RVZ.

Hoogachtend,

Raad voor de leefomgeving en infrastructuur



mr. H.M. Meijdam
voorzitter



dr. R. Hillebrand
algemeen secretaris

BIJLAGE 1: AGENDA WONEN, ZORG EN WELZIJN VOOR DIVERSE PARTIJEN

De **eigenaar-bewoner** gaat proactief om met zijn wens zelfstandig te blijven wonen en past tijdig zijn woning aan of houdt bij een verhuizing op latere leeftijd al rekening met deze wens. De bewoner erkent zijn eigen verantwoordelijkheid bij de financiering van de benodigde aanpassingen, bijvoorbeeld door hiervoor te sparen of eigen vermogen uit de woning vrij te maken.

Ook van de **huurder** mag verwacht worden dat hij proactief met zijn woonomstandigheden omgaat en tijdig nadenkt over woningaanpassingen of een verhuizing. Het uiten van de eigen (toekomstige) vraag is belangrijk. Voorbeelden waarbij huurders een grotere rol nemen bij zelfbeheer en leefbaarheid in de buurt zijn er inmiddels volop en deze inspireren mogelijk anderen.

Ook zijn er inmiddels **collectieven en diverse maatschappelijke initiatieven** die nieuwe concepten van wonen en zorg ontwikkelen. Deze zijn veelbelovend, maar ook soms kwetsbaar, waarbij aandacht nodig is voor continuïteit en collectieve verankering van het initiatief.

Ondernemers, zowel bekende partijen in het woon- en zorgdomein maar ook nieuwe, ontwikkelen nieuwe technologieën, woon-zorgcombinaties en dienstverleningsconcepten.

Zorgaanbieders met vastgoed overleggen meer dan nu met andere partijen zoals gemeente en corporatie. Hierbij nemen zij de effecten op de buurt mee bij beslissingen over herbestemmen of afstoten van vastgoed. Zij sluiten coalities met andere (vastgoed)partijen om nieuwe woon-zorgconcepten te ontwikkelen vanuit een langetermijnstrategie.

Zorgaanbieders zonder vastgoed geven hun relatie met (mondige, zorgvragende of wellicht ook zorgmijdende) mensen een nieuwe vorm, waarin de vraag en niet de zorginterventie centraal staat. Dit kan de basis zijn voor nieuwe coalities met vastgoedpartijen.

Particuliere verhuurders en beleggers zien kansen om te investeren in nieuwbouw en verbouw van woningen in het middensegment van de huurmarkt, net boven de gesubsidieerde huurgrens (699 - 900 euro).

Woningcorporaties investeren in nieuwbouw en woningaanpassingen voor een voldoende betaalbaar aanbod voor mensen met een zorgvraag. Zij spelen een belangrijke rol in de verbinding tussen wonen, zorg en welzijn, en zij dragen bij aan de leefbaarheid van de woonomgeving.

Zorgverzekeraars organiseren verzorging en verpleging met oog voor nieuwe verbindingen tussen wonen, zorg en welzijn, met een zwaarder accent op lange termijn en preventie (bijvoorbeeld meer sociale contacten betekent minder medicijngebruik en grotere zelfredzaamheid).

Banken en financiële instellingen realiseren nieuwe hypotheek- en spaarproducten voor de financiering van woningaanpassingen en zorg.

De gemeentelijke overheid neemt de rol van regisseur, maar is tegelijkertijd een meedenkende en financierende partij aan tafel. Gemeenten denken en werken hierbij regionaal, want niet voor alle vragen en oplossingen is de gemeentegrens het juiste schaalniveau. Daarnaast geven zij ruimte aan en ondersteunen zij initiatieven van vrijwilligers en mantelzorgers.

De rijksoverheid ruimt barrières voor investeringen van de diverse partijen uit de weg. Daarnaast draagt de rijksoverheid zorg voor samenhangend beleid, binnen alle relevante beleidsdomein, voor de toekomst van wonen, zorg en welzijn. Van deze toekomst schetst de rijksoverheid een duidelijk beeld, die mensen en partijen prikkelt tijdig na te denken over hun eigen verantwoordelijkheid in zelfstandig blijven wonen. De rijksoverheid heeft een rol partijen te faciliteren op weg naar dit toekomstbeeld. De rijksoverheid volgt of de verwachte stijgende inzet van vrijwilligers en mantelzorgers reëel blijkt³⁴.

³⁴ Bijl, R., Boelhouwer, J., Pommer, E., Sonck, N. (2013). De sociale staat van Nederland 2013. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

BIJLAGE 2: CIJFERS

Tabel 2: Ontwikkeling intramurale verplegings- & verzorgingscapaciteit

Jaar	Verzorgingshuis (plaatsen x 1.000)	Verpleeghuis (plaatsen x 1.000)	Totale capaciteit (plaatsen x 1.000)	Aantal 80-plussers (x 1.000)	Capaciteit per 80-plusser
1980	150	46	196	312	0,63
1990	140	52	192	428	0,45
2000	111	59	170	500	0,34
2010	84	74	158	648	0,24

Bron: Tweede Kamer (2012). Technische briefing Scheiden wonen en zorg door VWS 7 maart 2012. Bijlage bij: Beantwoording Kamervragen over technische briefing over scheiden wonen en zorg in AWBZ. Vergaderjaar 2011-2012, 2012Z06716.

Tabel 3: Gebruik zorg thuis (AWBZ en Wmo) in 2012

Leeftijd	Gebruik alleen huishoudelijke verzorging (Wmo)	Gebruik zorg thuis vanuit AWBZ	Indicatie zorg thuis vanuit AWBZ
18-65 jaar	61.305	98.065	159.680
65-80 jaar	129.290	79.240	102.060
80 jaar of ouder	178.775	141.595	140.575
Totaal	369.370	318.900	402.315

Bron: CBS Monitor langdurige zorg en Statline.

Tabel 4: Raming cumulatief aantal cliënten dat valt onder langer thuis wonen volgens het scenario van de Kamerbrief Hervorming langdurige zorg

ZZP	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Raming uiteindelijk effect langer thuis wonen	Totaal intramurale capaciteit sector
VV 1	1.100	3.500	5.800	7.000	7.900	7.900	7.900	-
VV 2	3.000	9.000	15.100	18.100	19.900	19.900	19.900	-
VV 3	-	3.000	9.400	15.600	18.600	18.900	18.900	-
VV 4 (o.b.v. 50%)	-	-	-	2.000	6.000	9.000	11.000	-
Totaal VV	4.100	15.500	30.300	42.700	52.400	55.700	57.700	150.000
VG 1	100	200	400	600	700	900	1.500	-
VG 2	200	700	1.200	1.600	2.100	2.600	5.500	-
VG 3 (o.b.v. 50%)	-	-	300	900	1.600	2.200	6.600	-
LG 1+3 en ZG 1 (auditief en visueel)	-	100	200	300	500	800	1.500	-
Totaal GHZ	300	1.000	2.100	3.400	4.900	6.500	15.100	78.000
GGZ 1	100	300	400	600	800	800	1.100	-
GGZ 2	400	1.100	1.900	2.600	3.400	3.800	4.000	-
Totaal GGZ	500	1.400	2.300	3.200	4.200	4.600	5.100	28.000
Totaal alle sectoren	4.900	17.900	34.700	49.300	61.500	66.800	77.900	255.000

Bron: Tweede Kamer (2013). 'Hervorming van langdurige ondersteuning en zorg'. Bijlage bij Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst, 25 april 2013. Vergaderjaar 2012-2013, 30597, nr. 296.

Tabel 5: Het tekort aan geschikte woningen (aantallen en percentage ten opzichte van de voorraad)

		2009 (aantal x 1.000)	2012 (aantal x 1.000)
1 Verzorgd wonen		40 (29%)	40 (30%)
2 Totaal overig geschikte woningen			
	Wonen met diensten	41 (22%)	46 (26%)
	Overig ouderenwoning	43 (18%)	63 (31%)
	Ingrijpend aangepaste woning	0 (0%)	0 (0%)
	Overige nultredenwoning	Overschot van 36	Overschot van 64
		47 (3%)	64 (2%)
Totaal tekort geschikte woningen (1+2)		87 (5%)	84 (4%)

Bron: Galen, J. van, Willems, J. & Poulus, C. (2013). Monitor investeren voor de toekomst 2012. Delft: ABF Research.

Tabel 6: Aantal zorgaanbieders dat terugloop in aanvaardbare kosten* heeft

Verwachte max. afname aanvaardbare kosten	0% - 2,5%	2,5% - 5%	5% - 7,5%	7,5% - 10%	10% - 12,5%	12,5% - 15%	15% - 17,5%	20% - 22,5%	22,5% - 25%	> 25%
2013	379	273	157	58	17	2	-	-	-	-
2014	163	127	161	124	75	63	67	50	30	21

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit (2012). Advies Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ.

* Dit is het totale AWBZ-budget van een zorgaanbieder op basis van de geldende beleidsregels.

BIJLAGE 3: TOTSTANDKOMING ADVIES

Raad voor de leefomgeving en infrastructuur

De Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) is het strategische adviescollege voor regering en parlement op het brede domein van duurzame ontwikkeling van de leefomgeving en infrastructuur. De raad is onafhankelijk en adviseert gevraagd en ongevraagd over langetermijnvraagstukken. Met een integrale benadering en advisering op strategisch niveau wil de raad bijdragen aan de verdieping en verbreding van het politiek en maatschappelijk debat en aan de kwaliteit van de besluitvorming.

Samenstelling Rli

Mr. H.M. Meijdam, voorzitter
A.M.A. van Ardenne-van der Hoeven
Ir. M. Demmers
E.H. Dykstra, MD
L.J.P.M. Frissen
Ir. J.J. de Graeff
Prof. dr. P. Hooimeijer
Prof. mr. N.S.J. Koeman
Ir. M.E. van Lier Lels
Prof. dr. ir. G. Meester
Ir. A.G. Nijhof MBA
Prof. dr. W.A.J. Vanstiphout

Samenstelling van de raadscommissie

Prof. dr. P. Hooimeijer
Ir. A.G. Nijhof MBA, voorzitter
Prof. dr. A.P.W.P. van Montfort, externe deskundige
Prof. dr. C.J. van Montfort, namens de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)

Samenstelling van het projectteam

A.M.H. Bruines
Dr. ir. L.M. Doeswijk, projectleider
M.L. van Gameren
Dr. V.J.M. Smit
Ir. D.K. Wielenga, vanaf oktober 2013

Geraadpleegde deskundigen

Expertmeeting 5 en 6 november 2013

A.P. Berkhout-Pos MHA, Stichting ActiVite
M. Besselink MBA, Gedeputeerde Groningen
Drs. O. Bremmers, Woonzorg Nederland
Dr. F. van Dam, Planbureau voor de Leefomgeving
C.J. Elemans, ING
Drs. E. Fokkema, Atrivé
Drs. B. van der Gijp MRE MMO, Syntrus Achmea Real Estate & Finance Amsterdam
N.L. den Haan, Algemene Nederlandse Bond voor Ouderen
Prof. dr. ir. G.R.W. de Kam, Rijksuniversiteit Groningen
Drs. D.M.J.J. Monissen, De Friesland Zorgverzekeraar
Drs. R.M. de Prez, Wethouder Gemeente Delft
J.C. van Putten, De Drie Notenboomen / Thomashuizen / Herbergier
I.C. Thepass, Laurens
Ir. H.M.H. Windmüller, BrabantWonen / ZorgGoedBrabant

Voorts zijn gesprekken gevoerd met

Ir. F.P. Bassie, Vereniging Nederlandse Gemeenten
Drs. S.M. van Besouw, Gemeente Zoetermeer
Drs. E.R. Borggreve, Vestia
Dr. C. van Campen, Sociaal en Cultureel Planbureau
Dr. K.P. Companje, Kenniscentrum Historie Zorgverzekeraars
Dr. F.B.C. Daalhuizen, Planbureau voor de Leefomgeving
G. Dolsma, VNO NCW
Dr. I. Doorten, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Dr. C. de Groot, Planbureau voor de Leefomgeving
Drs. E. de Haan, GGZ Nederland
D.J.W. Holtkamp MSc., Actiz
Drs. J.A. Kool, Gemeente Zoetermeer
Mr. M.W. de Lint, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Dr. W.J. Meerding, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Drs. F.P. Mostert, Vereniging Nederlandse Gemeenten
Drs. F. Mul, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
R. Prudhomme van Reine, Gemeente Den Haag
J.M. Ruyten, Thuis in Welzijn
Ir. M. Vegter, Gemeente Den Haag
Mr. drs. M.A.N. Vroomen, GGZ Nederland
C. Vrouwe, Ons Doel
Drs. Y. Witter, Kenniscentrum Wonen-Zorg

Gesprekken departementen

Drs. M.M. Frequin, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Drs. C. van der Burg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
F.A.H.M. Bonnerman, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Ir. S.P.L. Kessels, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
Ir. C.V. Neevel, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Externe reviewers

Ir. M. de Langen, Stadgenoot
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Prof. dr. ir. J. van der Schaar, Rigo Research en Advies

Overig

Redactionele adviezen: Catherine Gudde, Paradigma producties

Publicatie RLI 2014/01

Januari 2014