BUREAU hhm

ONDERZOEKT | ADVISEERT | BEWEEGT

Scheiden wonen en zorg van intramurale bouwplannen verpleegzorg 2020 – 2025

Inventarisatie mogelijkheden tot omzetting

Auteurs	dr. Patrick Jansen
	drs. Marco Wolves
Opdrachtgever	Ministerie van VWS
Kenmerk	PJ/22/0723/bpvz
Publicatiedatum	18 mei 2022

© Bureau HHM

Inhoud

Samenvatting 3

1. Algemeen 6
1.1 Inleiding 6
1.2 Vraagstelling 7
1.3 Aanpak onderzoek 9
1.4 Rapportage op landelijk niveau, disclaimer 9
1.5 Leeswijzer 11

2. Bouwplannen verpleegzorgplekken 12
2.1 Geregistreerde intramurale bouwplannen (vragen 1 en 2) 12
2.2 Uitbreiding binnen bestaand vastgoed (vraag 3) 13
2.3 Invloed factoren tijdige omzetbaarheid (vraag 4) 13
2.4 Fase intramurale bouwplannen (vraag 5) 14
2.5 Fase en omzetbaarheid scheiden wonen-zorg (vragen 6-7-8) 15
2.6 Conclusie omzetten intramurale bouwplannen 16

3. Aandachtspunten omzetting bouwplannen 17
3.1 Verschillende elementen (vraag 9) 17
3.2 Inspanningen van alle betrokkenen 17
3.3 Inschatting kosten omzetting 19
3.4 Afhankelijkheden en omstandigheden 19
3.5 Risico's in relatie tot omzetting 19
3.6 Gevolgen afhankelijkheden en risico's 20
3.7 Overige factoren ten aanzien van omzetting 20

4. Mogelijkheden omzetting bestaande bouw 21
4.1 Verschillende elementen (vraag 10 en 11) 21
4.2 Inspanningen van alle betrokkenen 21
4.3 Inschatting kosten omzetting 23
4.4 Afhankelijkheden en omstandigheden 23
4.5 Risico's in relatie tot omzetting 24
4.6 Gevolgen afhankelijkheden en risico's 24
4.7 Overige factoren ten aanzien van omzetting 24
4.8 Conclusie omzetten bestaande intramurale plekken 25

Bijlage 1. Zorgkantoorregio's 26
Bijlage 2. Fasering bouwplannen 27

Samenvatting

In september 2021 is door de zorgkantoren, als uitvoerders van de Wlz, een uitvraag gedaan onder de zorgaanbieders van verpleegzorg in de 31zorg-kantoorregio's in Nederland (zie bijlage 1). De aanbieders is gevraagd aan te geven wat hun opties, voornemens, plannen en al lopende realisatie-activiteiten zijn om te komen tot uitbreiding van het aantal verpleegzorg-plekken in de periode 2020 – 2025.

De aanbieders hebben toen aangegeven opties, voornemens, plannen en bouwactiviteiten te hebben voor de realisatie van 12.015 intramurale verpleegzorgplekken, met een beoogde uiterlijke realisatie in 2025. Daarnaast zijn door de aanbieders opties, voornemens, plannen en bouwactiviteiten aangegeven voor de realisatie van extra verpleegzorgplekken op basis van VPT (wel met geclusterde bouw, maar niet intramuraal) en voor extra verpleegzorgplekken bij mensen thuis (geen bouw).

In december 2021 zijn de resultaten van deze uitvraag gepubliceerd in de vorm van 31 regionale capaciteitsplannen[1]. In de reguliere gespreksronde in juni en juli 2022 van de zorgkantoren met zorgaanbieders van verpleegzorg worden alle plannen tot uitbreiding van het aantal verpleegzorgplekken nader besproken. In december 2022 leveren de zorgkantoren voor de 31 zorg-kantoorregio's geactualiseerde regionale monitors / capaciteitsplannen op.

In een debat met de Tweede Kamer op 31 maart 2022 heeft de minister van VWS toegezegd op korte termijn, tussentijds, te onderzoeken of er mogelijk-heden zijn om de - tot en met 2025 - te realiseren uitbreidingsplannen voor intramurale verpleegzorgplekken alsnog om te zetten naar het scheiden van wonen en zorg. Dit onderzoek is in april en mei 2022 uitgevoerd door bureau HHM, met voorliggende rapportage als resultaat. Dit rapport is te zien als een 'tussenmoment' in het geschetste lopende proces tussen zorgkantoren en zorgaanbieders van verpleegzorg.

In dit onderzoek beantwoorden we de volgende hoofdvraag:
"*In welke mate kunnen de door de zorgaanbieders in december 2021 opgegeven opties/voornemens/ bouwplannen tot uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken, per uiterlijk 2025, alsnog worden omgezet naar verpleegzorgplekken op basis van het scheiden van wonen en zorg?*"

Op basis van de gesprekken die wij hebben gevoerd met vooral senior zorginkopers V&V van de 31 zorgkantoorregio's, blijkt dat bij de voornemens en plannen van de opgegeven 12.015 intramurale verpleegzorgplekken sprake is van zowel uitbreiding van het aantal intramurale verpleegzorg-plekken (circa 8.800 van de opgegeven plekken) als vervanging van bestaande intramurale plekken (circa 2.800 van de opgegeven plekken) en dat enkele verpleegzorgplekken dubbel zijn geteld (circa 400 van de opgegeven plekken). In december 2022 wordt dit beeld door de zorgkantoren geactualiseerd.

De 8.800 voorgenomen of lopende uitbreidingen van intramurale verpleeg-zorgplekken betreffen veelal bijbouw of opbouw bij bestaande panden van de zorgaanbieders. Soms is sprake van separate nieuwbouw of het vernieuwbouwen van panden met voorheen een andere functie.

[1] Zie: https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionale-capaciteitsplannen-2021-verpleegzorg

Met betrekking tot de bouw hebben we vijf fases[2] onderscheiden, zie bijlage 2. Uit de gesprekken met de zorgkantoren komt naar voren dat, geschat, ongeveer 1/3 van de plannen in fase 1, 2 of 3 van ontwikkeling verkeert (van verkenning tot papieren planvorming). Ongeveer 1/3 zit in fase 4 of 5 (er wordt daadwerkelijk gebouwd). Van 1/3 van de plannen is bij de respondenten nu niet bekend in welke fase deze verkeren, dat wordt in de komende gespreksronde met de aanbieders besproken.

Op basis van een inschatting van de respondenten en een extrapolatie door de onderzoekers, is de verwachting dat het waarschijnlijk mogelijk is om circa 4.000 van de 8.800 intramurale uitbreidingsplekken om te zetten naar het scheiden van wonen en zorg, met een realisatie uiterlijk in 2025. Dit betreft een indicatieve schatting. Bij alle plannen spelen inhoudelijke, klantgerelateerde, financiële en situationele factoren een rol, die er toe kunnen dat het aantal mogelijk omzetbare plekken uiteindelijk lager zal zijn dan de genoemde 4.000. Aandachtspunt daarbij is dat een (nog onbekend) deel van de aangegeven 8.800 uitbreidingsplekken sowieso niet gerealiseerd kan worden (bijvoorbeeld door het ontbreken van bouwgrond). Met andere woorden, de aantallen van 8.800 en 4.000 zijn dynamisch.

We hebben gevraagd of sprake is van specifieke regionale factoren die van invloed zijn op het kunnen realiseren van deze mogelijke omzetting. Daarvan zijn er wel enkele genoemd door de respondenten, maar in het algemeen is overal sprake van vergelijkbare situaties en mogelijkheden. Regionale bijzonderheden die zijn benoemd: in sterk verstedelijkte regio's is bouwgrond een probleem, er zijn regio's met een lager gemiddeld inkomen waarbij de relatief hoge huren in het geval van scheiden wonen en zorg een (extra groot) probleem kunnen vormen en er zijn bepaalde regio's met meer ontgroening en vergrijzing, waardoor de arbeidsproblematiek daar een extra groot probleem is. Los van dat dit in heel Nederland een groot knelpunt is.

Het belangrijkste aandachtspunt of mogelijke knelpunt in het omzetten van intramurale uitbreidingsplannen naar het scheiden van wonen en zorg zit in de grote inspanningen die dit van de diverse stakeholders vraagt. Alle lokaal betrokken partijen moeten hiertoe gemotiveerd en in staat zijn. Zeker als de realisatie in uiterlijk 2025 niet in gevaar mag komen. Verder vraagt dit ook concrete ondersteuning vanuit VWS en BZK, zoals vastgelegd in het bestuurlijk akkoord van april 2021. Bij al verder gevorderde plannen en als de bouw al is begonnen, moeten de plannen zich ook wel lenen voor het kunnen scheiden van wonen en zorg.

Bij omzetting van intramurale plannen naar het scheiden van wonen en zorg zijn meerdere risico's aan de orde. Allereerst de hoogte van de huur (boven de sociale huurgrens) in het geval van scheiden van wonen en zorg, die de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg kan bemoeilijken. Verder speelt de aansluiting van het woonaanbod op de woonwensen van mensen met een hoger inkomen een punt van aandacht. Een groot aandachtspunt is de beschikbaarheid van huisartsenzorg, die (nog meer) onder druk komt als intramurale zorg wordt omgezet naar het scheiden van wonen en zorg. Het gevolg kan zijn dat de noodzakelijke behandelcomponent voor de cliënten niet kan worden ingevuld. In het algemeen is sprake van grote personele problematiek ten aanzien van de verpleegzorg. Met het scheiden van wonen en zorg bestaat het risico dat de beperkte personele capaciteit niet optimaal efficiënt wordt ingezet. Daarbij biedt het scheiden van wonen en zorg voor bepaalde doelgroepen met specifieke zorgbehoeften inhoudelijk en praktisch niet altijd een passende zorgsituatie.

[2] Conceptfase, Initiatiefase, Definitiefase, Ontwerpfase, Realisatiefase (zie bijlage 2)

We hebben ook gevraagd of er mogelijkheden zijn om bestaande intramurale plekken om te zetten naar het scheiden van wonen en zorg in de periode tot 2025. De respondenten van de zorgkantoren kunnen hier nu geen concrete getallen aan verbinden, maar verwachten dat het om kleine aantallen gaat. Zij signaleren wel dat het zeer grote inspanningen van alle betrokkenen vraagt en aanzienlijke (bouwkundige) investeringen vergt om dit voor 2025 te realiseren. Daarbij komt nadrukkelijk de vraag naar voren of het zwaar inzetten hierop positief bijdraagt aan het aanpakken van de grote maatschappelijke opgave die er ligt om voldoende verpleegzorg te realiseren in de komende jaren in Nederland. Op de middellange termijn, 10 tot 15 jaar, worden vanwege veel aankomende vervangende nieuwbouw zeker grote stappen voorzien in de omzetting van bestaande intramurale capaciteit naar het scheiden van wonen en zorg. De vervanging is primair ingestoken op het scheiden van wonen en zorg.

1. Algemeen

De directie Langdurige zorg van het Ministerie van VWS heeft opdracht gegeven voor een nadere verkenning om de bouwplannen/ voornemens tot bouw voor ongeveer 12.000 intramurale verpleegzorgplekken, die door de zorgkantoren eind 2021 zijn geïnventariseerd, om te zetten naar scheiden van wonen en zorg. Deze bouwplannen/voornemens hebben een beoogde realisatie uiterlijk in 2025.

1.1 Inleiding

In het coalitieakkoord van het huidige kabinet is het voornemen uitgesproken om te komen tot het scheiden van wonen en zorg in de verpleegzorg die onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. In juni 2021 zijn hierover ook bestuurlijke afspraken gepresenteerd aan de tweede kamer (kamerbrief 31765-568). Door de groeiende zorgvraag, met name vanwege demografische ontwikkelingen, is de komende jaren behoefte aan extra wooneenheden, verpleegzorgplekken, voor (met name) ouderen. Er is sprake van een landelijke en regionale opgave.

In september 2021 is door de zorgkantoren, als uitvoerders van de Wlz, een uitvraag gedaan onder de zorgaanbieders van verpleegzorg in de 31 zorgkantoorregio's. De zorgaanbieders is gevraagd aan te geven welke opties zij zien, welke voornemens en concrete bouwplannen zij hebben om te komen tot uitbreiding van het aantal verpleegzorgplekken in de periode tot en met 2025.

Hierbij is gevraagd naar opties, voornemens, plannen en concrete lopende activiteiten tot uitbreiding van:

- intramurale verpleegzorgplekken, middels zorg in natura (met bouw, geen scheiding van wonen en zorg);
- verpleegzorgplekken in geclusterde vorm, middels VPT (met bouw, wonen en zorg zijn gescheiden);
- verpleegzorgplekken bij mensen thuis, met VPT, MPT of PGB[3] (geen bouw, wonen en zorg zijn gescheiden).

De inventarisatie door de zorgkantoren heeft geleid tot een overzicht van opties, voornemens, in voorbereiding zijnde en lopende uitbreidingen van verpleegzorgplekken (inclusief intramurale bouwplannen) zoals aangegeven door de zorgaanbieders. In december 2021 is deze informatie gepubliceerd in

[3] VPT = volledig pakket thuis; MPT = modulair pakket thuis; PGB = Persoonsgebonden Budget.

de vorm van 31 regionale capaciteitsplannen[4]. Deze inventarisatie is in 2021 voor de eerste keer uitgevoerd. In de reguliere gespreksronde in juni en juli 2022 van de zorgkantoren met alle zorgaanbieders van verpleegzorg worden alle opties, voornemens en plannen tot uitbreiding van het aantal verpleegzorgplekken nader besproken. Dit betreft een actualisatie, bespreking van de noodzaak in de regio, wensen en mogelijkheden, de vorm en het tempo van de plannen.

Daarbij komt ook het kabinetsvoornemen om verdere stappen te zetten met het scheiden van wonen en zorg aan de orde en de impact daarvan op de aangegeven plannen. Een thema dat al meerdere jaren vast onderwerp van gesprek is tussen alle zorgkantoren en de zorgaanbieders.

In december 2022 leveren de zorgkantoren voor de 31 zorgkantoorregio's geactualiseerde regionale monitors/capaciteitsplannen op.

In het debat met de Tweede Kamer op 31 maart 2022 heeft de minister van VWS aangegeven op korte termijn tussentijds te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de uiterlijk in 2025 te realiseren uitbreidingsplannen voor intramurale verpleegzorgplekken, alsnog om te zetten naar scheiden van wonen en zorg. Dit onderzoek is uitgevoerd door bureau HHM met voorliggende rapportage als resultaat. De beschreven resultaten dienen te worden bezien in het licht van het hiervoor geschetste lopende proces tussen de zorgkantoren en de aanbieders van verpleegzorg.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag voor dit onderzoek luidt:
"*In welke mate kunnen de door de zorgaanbieders in december 2021 opgegeven voornemens/bouwplannen tot uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken per uiterlijk 2025 alsnog worden omgezet naar verpleegzorgplekken op basis van het scheiden van wonen en zorg?*"

Deze hoofdvraag is in afstemming met het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vertaald naar elf onderzoeksvragen, uiteen vallend in drie hoofdgroepen. Hierna geven we deze onderzoeksvragen weer in de vorm van de vragen zoals deze concreet zijn gesteld aan de 31 vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's tijdens een online interview.

Focus onderzoek: omzetting intramurale bouwplannen
Volgens de vraagstelling ligt de focus van het onderzoek op de mogelijkheden tot het alsnog omzetten van de voornemens/bouwplannen tot uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken naar het scheiden van wonen en zorg.
We hebben ook gevraagd naar mogelijke omzetting van bestaande intramurale verpleegzorgplekken.

We zijn in dit onderzoek, in lijn met de vraagstelling, verder niet ingegaan op voornemens/bouwplannen ten aanzien van geclusterde verpleegzorgplekken middels VPT of uitbreiding van verpleegzorgplekken in de thuissituatie van cliënten.

[4] Zie: https://www.zn.nl/zorgkantoren/regionale-capaciteitsplannen-2021-verpleegzorg

Van de hoofdvraag afgeleide interviewvragen

A. Beschrijving intramurale bouwplannen verpleegzorgplekken

1. Bij deze inventarisatie sluiten we aan op de gegevens uit de monitor van december 2021 met de bouwplannen tot en met 2025.
2. Kunt u bevestigen dat het allemaal plannen betreft voor extra capaciteit en niet voor vervanging van bestaande capaciteit? Als wel sprake is van vervanging, voor hoeveel plekken geldt dit?
3. Is sprake van uitbreidingsbouw binnen bestaand vastgoed van de zorgaanbieders (bijvoorbeeld verbouw van facilitaire ruimten)?
   Zo ja, voor hoeveel intramurale verpleegzorgplekken is dit aan de orde?
4. Zijn er in uw regio factoren waar rekening mee moet worden gehouden om de benodigde extra verpleegzorg tijdig te kunnen realiseren.
   Zo ja, zijn deze factoren van invloed op de mogelijkheden om plannen met verblijf om te zetten?
5. In welke fase bevinden de bouwplannen voor intramuraal verblijf zich (zie bijlage 2 voor een toelichting op de verschillende fases)?
   a. Fase 1. Conceptfase: # plekken intramuraal
   b. Fase 2. Initiatiefase: # plekken intramuraal
   c. Fase 3. Definitiefase: # plekken intramuraal
   d. Fase 4. Ontwerpfase: # plekken intramuraal
   e. Fase 5. Realisatiefase: # plekken intramuraal

B. Verkenning: mogelijkheden omzetting van nieuwbouw

6. We gaan ervan uit dat alle intramurale bouwplannen in fase 1 nog tijdig kunnen worden omgezet naar plekken op basis van scheiden van wonen en zorg die uiterlijk in 2025 worden gerealiseerd.
   Bent u het hiermee eens?
   Indien nee, waarom niet en welke regionale factoren spelen hierbij?
7. We gaan ervan uit dat alle intramurale bouwplannen in fase 5 niet kunnen worden omgezet naar plekken op basis van scheiden van wonen en zorg die uiterlijk in 2025 worden gerealiseerd.
   Bent u het hiermee eens?
   Indien nee, waarom niet en welke regionale factoren spelen hierbij?
8. Hoeveel van de intramurale plekken die in ontwikkelfasen 2, 3 en 4 verkeren, kunnen naar verwachting worden omgezet naar scheiden wonen en zorg en toch uiterlijk in 2025 worden gerealiseerd?
   a. Fase 2. Initiatiefase: # intramurale plekken omzetbaar
   b. Fase 3. Definitiefase: # intramurale plekken omzetbaar
   c. Fase 4. Ontwerpfase: # intramurale plekken omzetbaar
9. Wat is nodig om deze omzetting uiterlijk in 2025 te realiseren:
   a. Welke inspanning vraagt deze omzetting van zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen?
   b. Kunt u een inschatting geven van de extra kosten van deze omzetting?
   c. Met welke afhankelijkheden van andere partijen en omstandigheden kan het zorgkantoor bij deze omzetting te maken krijgen?
   d. Welke risico's kunnen optreden bij deze omzetting?
   e. Wat zijn de consequenties van deze afhankelijkheden en risico's met betrekking tot een tijdige realisatie van deze omzetting?
   f. Met welke andere factoren dient rekening te worden gehouden bij deze omzetting?

C. Mogelijkheden voor omzetting van bestaande bouw

10. Voor hoeveel bestaande (niet nieuwbouw) intramurale plekken (met Wlz-verblijf) is het mogelijk om deze uiterlijk in 2025 om te zetten naar (on)geclusterde plekken?
11. Wat is nodig om deze omzetting van bestaande plekken uiterlijk in 2025 te realiseren:
    a. Welke inspanning vraagt deze omzetting van zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen?
    b. Kunt u een inschatting geven van de extra kosten van deze omzetting?

c. Met welke afhankelijkheden van andere partijen en omstandigheden kan het zorgkantoor bij deze omzetting te maken krijgen?
d. Welke risico's kunnen optreden bij deze omzetting?
e. Wat zijn de consequenties van deze afhankelijkheden en risico's met betrekking tot een tijdige realisatie van deze omzetting?
f. Met welke andere factoren dient rekening te worden gehouden bij deze omzetting?

1.3 Aanpak onderzoek

Direct na de opdrachtverlening hebben we een startgesprek belegd met het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en drie zorgkantoren. Tijdens dit gesprek zijn praktische werkafspraken gemaakt.

Vervolgens hebben wij de beschikbare documentatie rond dit onderwerp bestudeerd en de interviewvragenlijst in concept uitgewerkt. De concept vragenlijst hebben we daarna in afstemming met VWS, ZN en enkele vertegenwoordigers van zorgkantoren definitief gemaakt. In paragraaf 1.2 zijn deze interviewvragen gepresenteerd.

Het onderzoek is door VWS en ZN gecommuniceerd met de zorgkantoren. ZN heeft ons de contactgegevens van de zorgkantoren aangereikt. We hebben met alle zorgkantoren contact gelegd en afspraken ingepland met vertegenwoordigers van de 31 zorgkantoorregio's (zie bijlage 1). In het algemeen betrof dit de senior-zorginkopers voor de V&V van de regio.

In afstemming met VWS en ZN is besloten dat we voor dit onderzoek gebruik konden maken van de kennis zoals die beschikbaar is bij de vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's, zonder dat eventueel nadere informatie bij de zorgaanbieders wordt opgehaald. Zo'n tussenstap zou kunnen leiden tot vertraging van dit onderzoek. En zou kunnen leiden tot onrust en zorgen onder zorgaanbieders. Dit terwijl de zorgkantoren de periodieke gesprekken met de zorgaanbieders in juni en juli 2020 al gepland hebben staan, waar de bouwplannen onderdeel van gesprek zijn[5].

In twee weken tijd hebben we daarna alle zorgkantoren gesproken en de benodigde informatie opgehaald. Waar nodig zijn nog aanvullende contacten geweest met de zorgkantoren of is nog extra informatie ontvangen. We hebben hierbij een grote mate van motivatie en betrokkenheid bij de zorgkantoren ervaren. In een zeer korte doorlooptijd hebben we daardoor veel relevante informatie kunnen verzamelen.

De verzamelde informatie (gespreksverslagen) hebben we ter controle en aanvulling aan onze gesprekspartners voorgelegd. Daar waar informatie in deze rapportage is opgenomen waarbij de betreffende regio wordt genoemd, is dit ook aan het betreffende zorgkantoor voorgelegd voor toetsing.

Na het verzamelen van alle informatie hebben we een concept rapportage opgesteld. Deze is besproken met het ministerie van VWS en vertegenwoordigers van ZN en zorgkantoren. Vervolgens hebben we deze rapportage definitief opgeleverd aan het ministerie van VWS.

1.4 Rapportage op landelijk niveau, disclaimer

In deze rapportage doen we verslag van onze bevindingen. We hebben in een zeer korte doorlooptijd in een lastige periode (meivakantie) vertegenwoordigers van alle 31 zorgkantoorregio's uitgebreid kunnen spreken. Wij zijn alle betrokkenen zeer dankbaar voor hun snelle en bereidwillige medewerking.

[5] Er zijn overigens wel enkele zorginkopers geweest die voorafgaand aan het interview de zorgaanbieders hebben geraadpleegd over de stand van zaken van de bouwplannen.

Onze bevindingen geven we op landelijk niveau weer, dus niet per zorgkantoorregio. De belangrijkste reden hiervoor is dat in het najaar van 2021 door de zorgkantoren, als uitvoerders van de Wlz, een eerste uitvraag is gedaan onder de zorgaanbieders van verpleegzorg. De zorgaanbieders is gevraagd aan te geven welke voornemens en concrete bouwplannen/ bouwactiviteiten zij hebben om te komen tot uitbreiding van het aantal verpleegzorgplekken. De zorgaanbieders hebben daarop in een brede range van fases van ontwikkeling gereageerd: van mogelijke opties en algemene voornemens tot en met bouwplannen die al (bijna) klaar zijn.

Elke bouwopgave door een aanbieder kent een eigen context, er zit altijd een verhaal achter. Dit betreft lokale afwegingen van zorgaanbieders over het wel of niet scheiden van wonen en zorg in bepaalde situaties of voor bepaalde doelgroepen, een samenwerkingsverband met andere zorgaanbieders of zorgvormen, de beschikbaarheid van grond, de medewerking van gemeenten en financiers, de beschikbaarheid van (bouw)personeel, de staat van bestaande bouw, de mogelijkheden van huisartsen, et cetera.

Over deze achtergronden, de werkelijke mogelijkheden en wenselijkheden in iedere specifieke situatie, vindt in de maanden juni en juli 2022 verdere duiding plaats, tijdens de reguliere gespreksronde van de zorgkantoren met de zorgaanbieders. De plannen worden dan ook weer gespiegeld aan de ontwikkeling van de lokale en regionale behoefte aan verpleegzorgplekken. Deze gespreksronde leidt tot actualisatie, bijstelling en verdere toespitsing op de (lokale) behoeften van de uitbreidingsplannen voor verpleegzorgplekken. Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat sprake is van snelle ontwikkelingen met betrekking tot de nu bekende informatie per regio. Om te voorkomen dat we met dit onderzoek als in een 'tussenfase' nieuwe getallen per regio presenteren, die na de gesprekken in juni-juli 2022 waarschijnlijk weer gaan veranderen, presenteren we de verzamelde gegevens in voorliggende rapportage alleen op landelijk niveau.

De getallen die we presenteren, duiden daarmee vooral een richting aan van ontwikkelingen en kunnen niet worden gezien als een kwantitatieve weergave op regionaal niveau.

Bij het opzetten van de regionale uitvraag in 2021 was ook niet voorzien dat de resultaten van die opgave gebruikt zouden worden voor het maken van een inschatting om de intramurale bouwplannen om te zetten naar bouwplannen voor het scheiden van wonen en zorg.

Tijdens ons onderzoek is duidelijk geworden dat de ontwikkelingen op hoofdlijnen in alle regio's duidelijk vergelijkbaar zijn. Overal vindt het gesprek plaats over scheiden van wonen en zorg. Overal vindt die scheiding ook daadwerkelijk plaats. Er is zeker sprake van inhoudelijke en praktische verschillen tussen regio's, wij hebben echter niet gezien dat er regio's zijn die om bepaalde redenen opvallend anders zijn in hun ontwikkeling of mogelijkheden om te komen tot het scheiden van wonen en zorg dan andere regio's.

Eén van de onderzoeksvragen is of het mogelijk is een duiding te geven van de financiële gevolgen van het (alsnog) omzetten van intramurale bouwplannen naar het scheiden van wonen en zorg. De vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's geven aan dat zij daar geen enkel zicht op hebben, omdat deze financiële zaken tot de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders behoren. De zorgaanbieders dienen dit aan te geven en per situatie een prijskaartje te berekenen. Het is niet te verwachten dat zorgaanbieders dit gemakkelijk kunnen concretiseren en het vraagt nader onderzoek onder zorgaanbieders om hier zicht op te krijgen. Vanuit de zorgkantoren is wel de algemene verwachting dat omzetting van plannen in veel gevallen aanzienlijke investeringen in tijd en geld vergen.

Tijdens ons onderzoek hebben we naast informatie over voornemens en bouwplannen ook overige informatie gekregen over aspecten die relevant zijn als meer wordt ingezet op het scheiden van wonen en zorg. Er zijn aandachtspunten, afhankelijkheden, betrokkenen en risico's benoemd. Hiervan doen wij in deze rapportage in algemene zin verslag.

1.5 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we een overzicht van de bouwplannen van intramurale verpleegzorgplekken tot 2025 zoals die bij zorgkantoren bekend zijn. In dit hoofdstuk besproken we ook in welke fase de bouwplannen zich bevinden en in hoeverre deze plannen nog kunnen worden omgezet naar scheiden van wonen en zorg.
In hoofdstuk 3 gaan we in op de inspanningen, aandachtspunten en risico's bij het omzetten van de nu aangegeven bouwplannen voor intramurale verpleegzorgplekken naar get scheiden van wonen en zorg.
In hoofdstuk 4 beschrijven we de mogelijkheden, inspanningen, aandachtspunten en risico's ten aanzien van het op korte termijn (2025) omzetten van bestaande intramurale verpleegzorgplekken naar plekken op basis van scheiden van wonen en zorg.

2. Bouwplannen verpleegzorgplekken

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de intramurale bouwplannen voor verpleegzorgplekken zoals die bij de zorgkantoren bekend zijn, waarbij is aangegeven dat deze uiterlijk in 2025 kunnen worden gerealiseerd. Daarbij geven we ook aan in welke fase van ontwikkeling deze verkeren. En voor welk deel hiervan wordt ingeschat dat hiervoor alsnog een scheiding van wonen en zorg mogelijk is.

In dit hoofdstuk gaan we in op de interviewvragen 1 t/m 8 uit hoofdstuk 1.

2.1 Geregistreerde intramurale bouwplannen (vragen 1 en 2)

De zorgkantoren hebben bij de zorgaanbieders in 2021uitgevraagd welke opties, voornemens, plannen en daadwerkelijke bouwactiviteiten zij hebben om het aantal verpleegzorgplekken uit te breiden, uiterlijk in 2025.

Hierbij is sprake van twee categorieën plannen met bouw:

- Intramurale bouw van verpleegzorgplekken, waarbij zorg en verblijf zijn gecombineerd, op basis van zorg in natura;
- Geclusterde bouw van verpleegzorgplekken, op basis van VPT, met scheiden van wonen en zorg.

De focus van dit onderzoek ligt op de plannen voor intramurale bouw. Op basis van de opgaven door de zorgaanbieders (september 2021) is sprake van opties, ambities, wensen, voornemens, plannen en daadwerkelijke bouwactiviteiten voor 12.015 intramurale verpleegzorgplekken. Ten aanzien van de geclusterde bouw op basis van VPT gaat het om 10.383 verpleegzorgplekken met scheiden van wonen en zorg.

Tijdens de gesprekken met de zorgkantoren hebben we besproken (subvraag 2) of het bij de intramurale bouw alleen om uitbreidingsplannen gaat of dat ook sprake is van plannen voor vervanging van bestaande plekken. Voor zover de respondenten hier zicht op hebben, lijkt bij circa 2.800 van de opgegeven plekken sprake te zijn van vervanging, bij ongeveer 20 zorgkantoorregio's. Daarnaast is sprake van circa 400 in 2021 opgegeven plekken waar sprake is van dubbeltellingen, dit speelt in 2 zorgkantoorregio's.

In deze rapportage gaan we er daarom van uit dat sprake is van opties, wensen, voornemens, plannen en bouwactiviteiten voor uitbreiding, uiterlijk in 2025, van bij benadering 8.800 intramurale verpleegzorgplekken. Met als kanttekeningen: dit is nu niet afgestemd met aanbieders en een (onbekend) deel hiervan kan of zal uiteindelijk mogelijk niet gerealiseerd worden.

De zorgkantoren gaan in de komende gespreksronde met de aanbieders ondermeer in op de mogelijkheden tot scheiden van wonen en zorg bij de voornemens tot realisatie van de aangegeven circa 2.800 vervangingsplekken. Hier konden de respondenten op dit moment in relatie tot dit onderzoek nog niks over melden.

2.2 Uitbreiding binnen bestaand vastgoed (vraag 3)

W hebben gevraagd of sprake is van uitbreiding van verpleegzorgplekken binnen bestaand vastgoed, bijvoorbeeld door omzetting van kantoren of andere facilitaire ruimten.

Volgens de respondenten is nauwelijks sprake van uitbreiding van verpleeg-zorgplekken binnen bestaand vastgoed, bijvoorbeeld door verbouw van facilitaire/algemene ruimten. Dit betreft circa 20 van de 8.800 plekken.

De uitbreidingsplannen betreffen veel bijbouw of opbouw bij al bestaande panden van de zorgaanbieders. Er is ook sprake van volledige nieuwbouw en soms het vernieuwbouwen van panden met voorheen een andere functie dan verpleegzorg. Bij veel plannen gaat het om eenheden van zo'n 10 tot 30 plekken tegelijk. In een zeer beperkt deel van de plannen gaat het om eenheden van bijvoorbeeld 50-60 of 100 plekken tegelijk.

2.3 Invloed factoren tijdige omzetbaarheid (vraag 4)

We hebben de vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's gevraagd of zij factoren in hun regio zien waarmee rekening moet worden gehouden om de benodigde extra verpleegzorg tijdig te kunnen realiseren. En of deze factoren van invloed zijn op de mogelijkheden om plannen met intramuraal verblijf om te zetten naar het scheiden van wonen en zorg.

Hierbij zijn verschillende factoren genoemd door de respondenten:

a. In het Groninger aardbevingsgebied duurt de voorbereiding van bouwplannen langer dan normaal en is er sprake van aanvullende eisen waardoor de bouwkosten hoger liggen dan normaal.

b. In bepaalde regio's is sprake van een laag gemiddeld inkomen onder de bevolking. Daardoor ontstaan (extra veel) problemen als huurprijzen van verpleegzorgplekken met het scheiden van wonen en zorg te hoog worden voor de beoogde huurders.

c. Door het scheiden van wonen en zorg kan er een mismatch optreden tussen de woonwensen van mensen en de zorgvraag die zij hebben. Er worden in het algemeen kleinere woonruimtes gerealiseerd, rond de 50 m^2, met toch een aanzienlijke huurprijs vanwege de noodzakelijke verrekening van algemene ruimten. Voor mensen met een lager inkomen is de woonruimte mogelijk wel toereikend, maar zijn de huurprijzen te hoog. Voor mensen met een hoger inkomen is de huurprijs geen beletsel, maar sluiten de appartementen niet aan op hun woonwensen. Het is in de praktijk een uitdaging de mogelijkheden en belangen en wensen op elkaar te laten aansluiten. Ieder plan moet worden bezien in een breed perspectief van zowel wonen als zorg.

d. Bijvoorbeeld in de regio Drenthe is in relatief veel gemeenschappen sprake van een hoge mate van sociale cohesie. Er worden veel lokale initiatieven opgezet zodat mensen langer in de eigen woonomgeving kunnen blijven. Hierbij zorgt het scheiden van wonen en zorg met inzet van het VPT in de praktijk voor meer mogelijkheden, waardoor projecten juist wel goed slagen.

e. In de Randstad en in enkele grote gemeenten elders in het land, is zeer beperkt of geen bouwgrond beschikbaar. Dit is een belemmering voor

het kunnen uitbreiden van verpleegzorgplekken.

f. In de provincie Flevoland zijn in het verleden veel 'nieuwe' mensen komen wonen. De ouders van deze mensen worden nu oud en soms ook hulpbehoevend. Daardoor ontstaat een zekere trek van deze ouders naar Flevoland, waardoor de groei van de behoefte aan verpleegzorgplekken groter is dan op basis van demografie zou worden verwacht.

g. In een aantal regio's treedt dubbele vergrijzing op: het aantal ouderen stijgt sterk en de jongeren trekken weg. Gevolg daarvan is dat grote tekorten aan alle soorten personeel en deskundigheden ontstaat. Dit bemoeilijkt iedere vorm van uitbreiding van verpleegzorgplekken.

h. In enkele regio's is met name behoefte aan uitbreiding van verpleegzorg-plekken voor specifieke doelgroepen met een intensieve verzorgings-behoefte of met behoefte aan behandelgerichte ondersteuning van kortere duur. Voor deze groepen cliënten is in het algemeen een intramurale setting meer aangewezen dan een setting op basis van het scheiden van wonen en zorg.

2.4 Fase intramurale bouwplannen (vraag 5)

We hebben de zorgkantoren gevraagd of zij weten of kunnen inschatten in welke fase de intramurale bouwplannen voor de ongeveer 8.800 extra verpleegzorgplekken verkeren. Hierbij maken we een onderscheid in vijf fasen[6], in lijn met de gedachten hierover binnen de Expertgroep van ZN.

Deze fasen zijn:

1. Fase 1. Conceptfase
2. Fase 2. Initiatiefase
3. Fase 3. Definitiefase
4. Fase 4. Ontwerpfase
5. Fase 5. Realisatiefase:

Tabel 1 bevat de verdeling over de verschillende fasen zoals die uit de gesprekken met de zorgkantoren naar voren zijn gekomen.

Fase planvorming - realisatie	Aantal plekken uitbreiding intramurale verpleegzorg **	Percentage
Fase 1	1.350	15 %
Fase 2	850	10%
Fase 3	750	9 %
Fase 4	1.400	16 %
Fase 5	1.200	14 %
Fase onbekend	3.250	37 %
Totaal	**8.800**	**100%**

Tabel 1. Fase planvorming bouwplannen intramurale verpleegzorg
*** Alle getallen in deze tabel zijn bij benadering; actualisatie hiervan volgt in december 2022 in de nieuwe capaciteitsplannen per zorgkantoorregio in december 2022.*

[6] Zie bijlage 2 voor een nadere beschrijving van de fasen.

Voor een goede interpretatie van de getallen in tabel 1. zijn de volgende aandachtspunten van belang:

a. Voor een derde van het volume (32%), kunnen de respondenten op dit moment geen inschatting geven van de fasen van ontwikkeling van (een deel van) de door de zorgaanbieders opgegeven uitbreidingsplannen. Dit geldt voor 10 zorgkantoorregio's. Tijdens de komende gespreksronde met de zorgaanbieders wordt dit beeld geactualiseerd en gecompleteerd.
b. In ongeveer de helft van de regio's waarvan de respondenten wel een opgave hebben gedaan van de verdeling over de fasen is sprake van een schatting voor het gehele of een deel van het regionale volume. Tijdens de komende gespreksronde met de zorgaanbieders wordt dit beeld geactualiseerd en gecompleteerd.
c. Een aantal plekken die onder fase 5 zijn vermeld, zijn al daadwerkelijk opgeleverd. Tijdens het onderzoek hebben we geen informatie ontvangen over het exacte aantal verpleegzorgplekken dat al is gerealiseerd.
d. Onder fase 1 vallen zowel opties, mogelijke voornemens als plannen die de zorgaanbieders echt in gang willen zetten. Tijdens het onderzoek hebben we geen informatie ontvangen om deze uitsplitsing in exacte aantallen te maken.
e. Het getal van 8.800 intramurale plekken uitbreiding is een dynamisch getal, dit is voortdurend aan ontwikkeling onderhevig.

2.5 Fase en omzetbaarheid scheiden wonen-zorg (vragen 6-7-8)

We hebben de vertegenwoordigers van de zorgkantoren gevraagd een inschatting te geven welk deel van de intramurale bouwplannen mogelijk nog kan worden omgezet naar het scheiden van wonen en zorg.

Hierop is als volgt gereageerd door de respondenten:

a. In principe kan in iedere fase van ontwikkeling alsnog omzetting naar scheiden van wonen en zorg plaatsvinden. Mits de fysieke bouw die concreet wordt voorbereid of al in aanbouw is, hiervoor geschikt is. Dat wil zeggen: of sprake is van 'op zichzelf verhuurbare eenheden'. Bij de verder gevorderde plannen of bouw van extra intramurale plekken hangt dit meer af van de inhoud dan de fase.
b. Dit laat onverlet dat diverse inhoudelijke, lokale en regionale aspecten aan de orde zijn op grond waarvan een aanbieder dit wel of niet wil of als reële mogelijkheid ziet. Zoals geschiktheid voor bepaalde doelgroepen, samenhang binnen samenwerkingsprojecten, aansluiting op overige capaciteit en extra werk vanwege moeten gaan verhuren van de woon-/verblijfsruimte.
c. De zorgkantoren geven aan dat veel zorgaanbieders inmiddels al (uitgebreid) ervaring hebben opgedaan met het scheiden van wonen en zorg, VPT, MPT en PGB. De keuze voor het toch intramuraal willen bouwen, zit daarom niet vast op onbekendheid met het fenomeen van het scheiden als zodanig.
d. Zeker in de fasen 1 en 2 en vaak ook nog in fase 3 is het in technische zin veelal mogelijk om een intramuraal bouwplan alsnog om te zetten in een bouwplan met het scheiden van wonen en zorg. Dit is bij alle zorgkantoren in alle zorgkantoorregio's ook de basis-insteek voor de gespreksronde in juni – juli 2022.
e. Voor de intramurale bouwplannen die in de fasen 4 en 5 verkeren, is het vaak meer ingrijpend om deze nog te willen omzetten, als het bouwkundige concept en de overige omstandigheden zich hier ook voor lenen. Dit brengt dan wel (veel) meerkosten met zich mee en een groot risico ten aanzien van vertraging van de realisatie.

2.6 Conclusie omzetten intramurale bouwplannen

Ongeveer de helft van de respondenten heeft een indicatieve schatting durven geven welk deel van de door de zorgaanbieders aangegeven intramurale bouwplannen in technische zin mogelijkerwijs alsnog kan worden omgezet naar scheiden van wonen en zorg op basis van VPT. De andere helft van de respondenten geeft aan hier nu geen schatting van te kunnen maken.

De respondenten die wel een indicatieve schatting doen, geven aan dat het om circa de helft van de voornemens/plannen etc. voor uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken zou kunnen gaan. Dit betreft dan vooral de plannen die nu in fase 1 en 2 verkeren en circa de helft die in fase 3 zijn. Als sprake is van fase 4 en 5, dan zullen deze vaak niet meer eenvoudig ofwel op korte termijn omzetbaar zijn.

Als we deze verhouding tussen omzetbaar en waarschijnlijk niet omzetbaar extrapoleren naar alle regio's en ook doortrekken ten aanzien van de plannen voor intramurale plekken waarvan de fase nu onbekend is, dan komen we op een - nadrukkelijk indicatieve - schatting van circa 4.000[7] (bijna 50%) van de in 2021 aangegeven intramurale plekken die mogelijk naar scheiden van wonen en zorg kunnen worden omgezet. Met daarbij alle genoemde technische, inhoudelijke, financiële, klant gerelateerde, situationele en risico aspecten die van invloed zijn op de keuzen die zorgaanbieders in deze kunnen en willen maken. Daarbij moeten ook alle overige betrokkenen kunnen en willen meewerken, van gemeenten tot corporaties, van investeringsmaatschappijen tot andere stakeholders en er moeten op landelijk niveau noodzakelijke randvoorwaarden zijn vervuld. Dit alles afwegend, is te verwachten dat het werkelijke aantal nog omzetbare voornemens, plannen, et cetera voor uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken, met een beoogde realisatie uiterlijk in 2025, wellicht lager zal uitvallen dan de genoemde 4.000 plekken.

[7] Toelichting berekening: 100% fase van 1, 100% van fase 2, 50% van fase 3 en in dezelfde verhouding 50% van 'fase onbekend'. Dat is totaal 4.200, dit hebben we afgerond naar 4.000.

3. Aandachtspunten omzetting bouwplannen

In dit hoofdstuk gaan we in op wat nodig is, wat de aandachtspunten zijn bij het omzetten van bouwplannen voor intramurale verpleegzorgplekken naar het scheiden van wonen en zorg.

In dit hoofdstuk gaan we in op interviewvraag 9 uit hoofdstuk 1.

3.1 Verschillende elementen (vraag 9)

We hebben de vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's gevraagd wat nodig is en welke aandachtspunten worden gezien, bij de eventuele omzetting van intramurale bouwplannen van verpleegzorgplekken naar het scheiden van wonen en zorg. Met de doelstelling de plekken uiterlijk in 2025 te realiseren.

Hierbij zijn zes elementen benoemd, die we hierna per paragraaf beschrijven:

1. Welke inspanning vraagt de omzetting van zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen?
2. Kunt u een inschatting geven van de extra kosten van deze omzetting?
3. Met welke afhankelijkheden van andere partijen en omstandigheden kan het zorgkantoor bij deze omzetting te maken krijgen?
4. Welke risico's kunnen optreden bij deze omzetting?
5. Wat zijn de consequenties van deze afhankelijkheden en risico's met betrekking tot een tijdige realisatie van deze omzetting?
6. Met welke andere factoren dient rekening te worden gehouden bij deze omzetting?

3.2 Inspanningen van alle betrokkenen

Er zijn volgens de respondenten veel inspanningen nodig van zorgkantoren, zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen om de voornemens/bouwplannen tot uitbreiding van intramurale verpleegzorg-plekken per uiterlijk 2025 alsnog om te zetten naar verpleegzorgplekken op basis van het scheiden wonen en zorg. En er moeten op landelijk niveau randvoorwaarden[8] worden ingevuld, in lijn met het bestuurlijk akkoord van april 2021 tussen Aedes, ActiZ, VNG, Taskforce Wonen en Zorg, ZN, ministerie van BZK en ministerie van VWS.

[8] De randvoorwaarden hebben betrekking op een drietal terreinen: financiën, locaties en personeel. Hierbij is behoefte aan een adequaat Wlz-budget, bijgesteld op basis van demografische ontwikkeling, een meerjarig financieel kader in de Wlz en meer sturing vanuit het Rijk of de provincie op de realisatie van de woonzorgopgave voor ouderen.

Deze inspanningen moeten in een goede onderlinge afstemming en samenwerking plaatsvinden om tot de gewenste resultaten te kunnen komen. Hierna geven we per partij op hoofdlijnen aan welke inspanningen nodig zijn op lokaal en regionaal niveau om de bouwplannen voor intramurale verpleegzorgplekken om te zetten naar scheiden van wonen en zorg.

Zorgkantoren

Om deze omzetting te kunnen realiseren is het van belang dat zorgkantoren deze verandering actief stimuleren. Alle zorgkantoren sturen al en blijven ook sturen op het realiseren van scheiden van wonen en zorg. De zorgkantoren zijn hierin niet bepalend.

Zorgaanbieders

Zorgaanbieders wordt gevraagd om waar mogelijk hun plannen voor extra intramurale verpleegzorgplannen te herdefiniëren naar verpleegzorgplekken op basis van scheiden van wonen en zorg. De fase waarin de bouwplannen zich bevinden, is hierbij een belangrijke bepalende factor voor de inspanning die dit van hen vergt. Er moeten ondermeer aanpassingen plaatsvinden aan (tekeningen van) gebouwen, aan het bestemmingsplan, aan de interne organisatie (zorg, verhuur, administratieve organisatie, etc.), aan de businesscase, het bijstellen van of aangaan van relaties met financierende en of bouwende partijen (investeerder, corporatie, eigen bouw, etc.) aan de inrichting van de zorgverlening (andere setting, zorg door huisartsen, etc.) en aan de relatie met de cliënten plaatsvinden. Van zorgaanbieders vergt dit een goede verkenning, planning en uitvoering van een veelheid van activiteiten.

Gemeenten

Gemeenten moeten allereerst een woonzorgvisie hebben waarin voorkeur wordt gegeven aan het realiseren van zorgvoorzieningen op basis van scheiden van wonen en zorg en hier ook op sturen. De gemeenten zijn noodzakelijk in het kader van het tijdig aanpassen van de bestemmingsplannen, het verlenen van bouwvergunningen en dergelijke. De gemeenten moeten tevens hun Wmo-beleid en de sociale voorzieningen op orde hebben.

Woningcorporaties/investeringsmaatschappijen

Zorgkantoren hebben weinig of geen zicht op de inspanning die woningcorporaties of investeringsmaatschappijen moeten leveren ten aanzien van deze omzetting. Deze zijn daardoor weinig in inhoudelijke zin aan bod gekomen tijdens de interviews.

Woningcorporaties en investeringsmaatschappijen kunnen voor aanbieders een belangrijke partij zijn als mogelijke gebouweigenaren of verhurende partners.

Als bouwplannen waarbij corporaties of investeringsmaatschappijen zijn betrokken, lopende de ontwikkeling worden bijgesteld, vraagt dit wel dat ook de corporaties of investeerders bereid zijn hierin mee te gaan en de plannen bij te stellen of te herontwerpen. Daarbij verandert ook de businesscase voor de ze partijen, er is dan geen sprake meer van één hurende partij, maar van huur door individuele bewoners. Hierbij zijn ook andere regelgevende omstandigheden aan de orde.

Andere partijen

Naast eerdergenoemde partijen, is bij scheiden van wonen en zorg ook de omgeving / het netwerk van de cliënten van belang. Ingeval van scheiden van wonen en zorg is de omgeving / het netwerk vaak intensiever betrokken bij de cliënt dan ingeval van volledig intramuraal verblijf. Er is bijvoorbeeld sprake van meer administratie en regelwerk. Naast inspanningen om meer sociale innovatie en sociale cohesie te bevorderen. Verder moeten ook andere aanbieders in de wijk, zoals de huisartsen, aan de ontwikkelingen (kunnen) meewerken.

3.3 Inschatting kosten omzetting

De respondenten geven aan geen inzicht te hebben in de (eenmalige) kosten die gemoeid zijn met de omzetting naar scheiden van wonen en zorg van intramurale bouwplannen. Diverse respondenten geven wel aan te verwachten dat deze kosten aanzienlijk kunnen zijn, maar kunnen hier geen maat of getal aan verbinden.
Wel hebben respondenten ideeën over een aantal elementen die van invloed zijn op de hoogte van de kosten.

- Het 'even' opnieuw uitwerken van een plan of opnieuw aanvragen van vergunningen of het herontwerpen van een gebouw/tekening is eigenlijk nooit mogelijk. Dit vraagt altijd veel inzet van betrokkenen en leidt daarmee in het algemeen ook tot aanzienlijke kosten.
- Daarnaast is sprake van extra bouwtechnische eisen aan een verpleegzorgplek op basis van scheiden van wonen en zorg ten opzichte van een intramurale plek. Zoals een eigen aansluiting, een keukenvoorziening, meer vierkante meters, alarmeringssystemen, etc. Waardoor de kosten voor de bouw ook hoger zullen liggen. Punt is wel dat veel nieuwbouwplannen sinds enige jaren al reversibel (omkeerbaar) worden ingericht, zodat ze in de toekomst makkelijker kunnen worden omgezet tot verpleegzorgplekken op basis van scheiden van wonen en zorg. In deze situaties zal de inspanning en kostenpost voor deze omzetting veelal minder groot zijn.

3.4 Afhankelijkheden en omstandigheden

Bij de omzetting van voornemens/bouwplannen tot uitbreiding van intramurale verpleegzorgplekken naar verpleegzorgplekken op basis van scheiden wonen en zorg, is het zorgkantoor afhankelijk van andere partijen en omstandigheden.

De mogelijkheden om intramurale plekken om te zetten naar geclusterde plekken is afhankelijk van het gemeentelijk beleid, woon-zorgvisies en de beschikbaarheid van bouwgrond. Deze omzettingen moeten namelijk passen in de bestemmingsplannen van de gemeenten. Daarnaast is het zorgkantoor afhankelijk van de gemeente om eventuele woningaanpassingen door te voeren om de woningen ook geschikt te maken voor de doelgroep, bijvoorbeeld door het plaatsen van trapliften.

3.5 Risico's in relatie tot omzetting

Bij de 'traditionele' intramurale bouw is de NHC/NIC component kostendekkend voor de aanbieder om te bouwen. Dat houdt in dat er veelal wordt uitgegaan van een centrale woonkamer/keuken en slaap-woonkamers van 16-20 m2 voor de cliënten. Als sprake is van scheiden van wonen en zorg moeten grotere wooneenheden worden gerealiseerd met meer zelfstandigheid (bijvoorbeeld een keuken of keukenoptie) om te komen tot verhuurbare eenheden. Dan is de NHC/NIC component niet meer kostendekkend. De bekostiging van het geheel gaat dan over naar opbrengsten vanuit huur, waarbij de kosten van de gezamenlijke (zorg)ruimten in de huurprijs worden verdisconteerd. Een belangrijk gevolg hiervan is dat veelal niet meer mogelijk is onder de sociale huurgrens te blijven en de betaalbaarheid voor een deel van de cliënten onder druk staat. Voor cliënten die deze huurprijzen wel kunnen betalen, sluit het aanbod van woonruimte (letterlijk) niet altijd aan bij de woonwensen. Waardoor deze cliënten hier niet altijd even graag willen gaan wonen.

Voor zorgaanbieders zijn lange termijn zekerheden van belang. Zowel om personeel te kunnen binden, financiering te kunnen verkrijgen, als om maatschappelijk te kunnen ondernemen. Bij het scheiden van wonen en zorg zijn er meer afhankelijkheden dan regulier binnen de Wlz, zoals het verkrijgen van de huurinkomsten, maar ook het verkrijgen van financiering. Bij onzekerheden bestaat het risico dat zorgaanbieders in de wachtstand gaan staan en minder snel in actie komen.

Daarnaast bestaat het risico dat de zorgaanbieders de behandelcomponent niet kunnen leveren in een (on)geclusterde voorziening. Bij de omzetting van intramurale zorg naar zorg geleverd middels via VPT, MPT of PGB, wordt de inwoner weer ingeschreven bij de huisarts voor de basiszorg. De huidige beperkte beschikbaarheid van huisartsenzorg vormt hierbij een groot risico.

3.6 Gevolgen afhankelijkheden en risico's

De in de voorgaande twee paragrafen benoemde afhankelijkheden en risico's kunnen tot gevolg hebben dat:

a. er vertraging optreedt in de realisatie van de in een regio benodigde aantallen voorgenomen verpleegzorgplekken;
b. groepen cliënten geen gebruik kunnen respectievelijk willen maken van de aangeboden woonmogelijkheden, terwijl beide wel zorg nodig hebben;
c. er lange termijn continuïteitsrisico's ontstaan voor zorgaanbieders;
d. corporaties en investeerders met niet sluitende businesscases van doen krijgen (losse huurders in plaats van een grote partij als huurder);
e. zorgaanbieders door met name knelpunten in de beschikbaarheid van huisartsenzorg geen volledig zorgaanbod kunnen verzekeren aan de cliënten;
f. stijging van eenmalige en mogelijk van structurele kosten doordat meer voorzieningen moeten worden gerealiseerd met scheiden van wonen en zorg.

3.7 Overige factoren ten aanzien van omzetting

Door meerdere respondenten zijn de volgende overige factoren benoemd die meespelen ten aanzien van de omzetting naar scheiden van wonen en zorg:

a. Alle (bijna gerealiseerde) bouwplannen met kleinschalig wonen met een huiskamer-keuken en kamers van 16 tot 20 vierkante meter laten zich eigenlijk niet (meer) omzetten. Die zijn hier niet geschikt voor.
b. Het scheiden van wonen en zorg kan er toe leiden dat de zorgverlening minder efficiënt kan worden georganiseerd (meer afstanden, meer bewerkelijkheid). Dat verhoudt zich niet altijd met de krapte aan personeel.
c. Bij omzetting van bouwplannen van een intramurale setting naar een huurgerichte setting, zijn verschillende bouwregimes aan de orde. Dat heeft veel praktische gevolgen, bijvoorbeeld ten aanzien van bemetering, brandveiligheid en adressering.
d. De zorgkantoren hebben ingeval van intramurale bouw invloed op de zorgaanbieders ten aanzien van het uitvoeren van de Green Deal in de zorg, dat is onderdeel van de bekostiging. Als sprake is van particuliere huur, vervalt de invloed van de zorgkantoren op de zorgaanbieders ten aanzien van dit aspect.
e. Voor bepaalde doelgroepen is een 'reguliere' intramurale setting soms beter geschikt dan een setting met scheiden van wonen en zorg. Dit speelt bijvoorbeeld als sprake is van korter durend verblijf vanwege een grote behandelcomponent in de zorg, bij mensen met dementie in de laatste fase van de ziekte c.q. van hun leven, bij cliënten met Korsakov of Huntington, ALS of vergelijkbaar.

4. Mogelijkheden omzetting bestaande bouw

We hebben met de vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's besproken of zij een inschatting kunnen maken van de mogelijkheden om bestaande intramurale verpleegzorgplekken nog voor 2025 om te zetten naar scheiden van wonen en zorg.

In dit hoofdstuk gaan we in op de interviewvragen 10 en 11 uit hoofdstuk 1.

4.1 Verschillende elementen (vraag 10 en 11)

We hebben de vertegenwoordigers van de zorgkantoorregio's gevraagd of zij een inschatting kunnen maken welk deel van de bestaande intramurale verpleegzorgplekken (dus met Wlz-verblijf) mogelijk uiterlijk in 2025 omgezet kan worden naar het scheiden van wonen en zorg.

Kort gezegd geven de respondenten aan hiervoor op de termijn tot 2025 weinig mogelijkheden te verwachten. Zij signaleren echter dat op een termijn van 10–15 jaar veel ontwikkeling gaat plaatsvinden ten aanzien van vervangende nieuwbouw. Bijna al deze projecten worden aangevlogen vanuit de uitgangspunten van het scheiden van wonen en zorg.

We hebben hierbij aandacht besteed aan de volgende zes elementen:

1. Welke inspanning vraagt deze omzetting van zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, woningcorporaties en andere partijen?
2. Kunt u een inschatting geven van de extra kosten van deze omzetting?
3. Met welke afhankelijkheden van andere partijen en omstandigheden kan het zorgkantoor bij deze omzetting te maken krijgen?
4. Welke risico's kunnen optreden bij deze omzetting?
5. Wat zijn de consequenties van deze afhankelijkheden en risico's met betrekking tot een tijdige realisatie van deze omzetting?
6. Met welke andere factoren dient rekening te worden gehouden bij deze omzetting?

4.2 Inspanningen van alle betrokkenen

Er zijn veel inspanningen nodig van zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, corporaties etc. om bestaande intramurale verpleegzorgplekken eventueel om te zetten naar scheiden van wonen en zorg. Daarbij moet primair de gebouwde situatie ook geschikt zijn voor omzetting.

Bij recent gebouwde verpleegzorgplekken/gebouwen kan mogelijk (wat) makkelijker omzetting naar scheiden van wonen en zorg plaatsvinden, mits deze al 'omkeerbaar' zijn ontworpen en gebouwd. Bij minder recente gebouwen vraagt een omzetting hiervan naar scheiden van wonen en zorg aanzienlijke tot zeer veel inspanningen, moeten er veel bouwkundige aanpassingen plaatsvinden of moet er volledig vervangende nieuwbouw plaatsvinden.

Enkele voorbeelden van praktische aanpassingen die doorgevoerd zouden moeten worden zijn: de infrastructuur, de technische voorzieningen en het beheer van de gebouwen, aan vragen van huisnummers, bestemmings-plannen aanpassen, aanpassen van de indeling van bestaande woonruimtes, kantines en keukens. Verder moet de toedeling van verantwoordelijkheden rond het gebouw en de zorg opnieuw worden ingericht. Hierbij zijn meerdere partijen betrokken, van de bewoners, de zorgaanbieders, de gemeente tot keurende en controlerende instanties als de brandweer. De verantwoordelijk-heden en belangen van alle partijen moeten worden gecoördineerd en afgestemd.

Hieronder staat per partij op hoofdlijnen beschreven welke individuele inspanningen benodigd zijn om bestaande intramurale verpleegzorgplekken met Wlz-verblijf om te zetten naar verpleegzorgplekken op basis van scheiden van wonen en zorg.

Zorgkantoren

De zorgkantoren moeten het proces van omzetting actief stimuleren en ook ondersteunen met bijvoorbeeld kennis en het inzichtelijk maken van mogelijkheden en gevolgen. De zorgaanbieders moeten bijvoorbeeld ook worden ondersteund richting financiers, die lange termijn zekerheden willen hebben. Hierbij moet ondermeer kritisch gekeken worden naar de toegankelijkheid van zorg en hoe de transitie ten aanzien van de huidige bewoners vorm krijgt. Een punt van aandacht is of zo'n omzetting wel voor alle doelgroepen wenselijk en mogelijk is. Met name voor de zwaardere doelgroepen (ZZP 6 en hoger) en bijvoorbeeld voor cliënten met een korter durend behandeltraject is een intramurale setting soms de beste oplossing.

Zorgaanbieders

De zorgaanbieders zijn de centrale partij bij het maken en realiseren van plannen voor omzetting van intramurale capaciteit naar scheiden van wonen en zorg. Zij moeten het hele proces bedenken, de visie bepalen en het geheel organiseren. Afhankelijk van de praktische situatie bij de bestaande capaciteit moet er bouwkundig meer of minder worden gedaan. Verder is de financiering een uitdaging. Hierbij is ook de huidige eigendomssituatie van de gebouwen een belangrijk punt van aandacht. Als dit bijvoorbeeld een corporatie of investeringsmaatschappij is, dan hebben die niet altijd evenveel belang bij het realiseren van veranderingen in de bestaande situatie.

Gemeenten

De omzetting naar het scheiden van wonen en zorg vraagt van de gemeente verschillende bestuurlijke en administratieve activiteiten. Dit loopt van het uitwerken/inpassen in een visie op de ouderenzorg tot het aanpassen van het bestemmingsplan, toekennen van adressen/huisnummers, het regelen van de parkeermogelijkheden omdat sprake is van particuliere huur, houden van toezicht op bouwactiviteiten, et cetera. Daarnaast moeten ook de sociale voorzieningen en het Wmo-beleid op orde zijn.

Woningcorporaties, investeringsmaatschappijen

Als het vastgoed in eigendom is van een woningcorporatie of investeringsmaatschappij, moeten zij participeren in de planvorming en de waarschijnlijk benodigde bouwkundige aanpassingen realiseren. Daarmee ontstaat wordt ook een nieuwe businesscase voor deze partijen. Ze moeten zich daarna ook veel meer bezig houden met het beheer van het gebouw,

waar ze eerder een centrale huurder hadden, krijgen ze nu van doen met separate huurders in een bijzondere setting.

Andere partijen

Bij een beoogde omzetting staan verder de huidige bewoners centraal. Hier moeten goede tijdelijke oplossingen voor worden geboden als er ingrijpender bouwkundige voorzieningen moeten worden gerealiseerd. En er moet iets worden geregeld ten aanzien van het wel of niet overgaan naar scheiden van wonen en zorg. Er kan bijvoorbeeld ook worden gekozen voor uitfasering van de intramurale situatie. Aandachtspunt hierbij is ook de betaalbaarheid van de nieuwe situatie voor de bestaande bewoners.

Bij omzetting naar scheiden van wonen en zorg komen de bewoners weer onder verantwoordelijkheid van huisartsen te vallen. De huisartsenzorg staat momenteel ernstig onder druk, hier is sprake van grote capaciteitsproblemen. En de huisartsen zijn of vinden zichzelf vaak niet toereikend deskundig ten aanzien van de zorgbehoeften van ouderen in een Wlz-situatie. Afstemming en overeenstemming met de huisartsen en samenwerking met de Specialisten Ouderengeneeskunde (SO's) is noodzakelijk om een traject van scheiden van wonen en zorg te kunnen realiseren.

4.3 Inschatting kosten omzetting

De zorgkantoren hebben geen inzicht in de eenmalige en structurele kosten die gemoeid kunnen zijn met eventuele omzetting van bestaande intramurale verpleegzorgplekken naar scheiden van wonen en zorg. De respondenten geven aan te verwachten dat sprake zal zijn van hogere of lagere omzettingskosten, afhankelijk van in ieder geval de bouwkundige situatie van het pand en ook de eigendomssituatie ervan. Bij oudere panden zullen naar verwachting aanzienlijk hogere kosten optreden dan bij nieuwere panden. Mits de nieuwere panden al wel zijn 'voorbereid' op een mogelijke omzetting naar scheiden van wonen en zorg.

4.4 Afhankelijkheden en omstandigheden

Het eventueel omzetten van bestaande intramurale capaciteit naar scheiden van wonen en zorg is afhankelijk van de bereidwilligheid tot medewerking van alle betrokken partijen. Hiervoor is geen wettelijk dwingend kader beschikbaar. Het eventueel omzetten begint bij de zorgaanbieders. Zij bezien deze uitdaging vanuit inhoudelijke, praktische en strategische overwegingen.

Verder zijn de eigenaren van de panden in de zorg een belangrijke partij, voor zover dit niet de zorgaanbieder zelf is. Een deel[9] van de panden in de zorg is in bezit van Woonzorg Nederland, woningcorporaties of investeringsmaatschappijen. Deze partijen zitten niet altijd te wachten op tussentijdse investeringsrondes in bestaande panden vanwege veranderende landelijke beleidsopvattingen. Als de panden in eigendom van de zorgaanbieder zijn, zijn zij mede afhankelijk van financiering van de banken. De banken maken hierin hun eigen afwegingen, waarbij ondermeer lange termijn zekerheden voor hen van belang zijn.

De gemeenten moeten ook willen en kunnen meewerken. Waarbij het aanpassen van zaken als bestemmingsplannen en dergelijke vaak een langere doorlooptijd kennen. Daarnaast zijn er nog praktische zaken aan de orde als beschikbaarheid van aannemers/bouwpersoneel, installateurs, architecten, bouwmaterialen, de stijgende bouwkosten en dergelijke.

Op korte termijn realiseren van omzettingen zal in veel gevallen niet kunnen.

[9] We hebben in het kader van dit onderzoek geen inzicht in de verdeling van eigendomssituaties van de zorgpanden met intramurale verpleegzorgplekken.

4.5 Risico's in relatie tot omzetting

Bij de omzetting naar het scheiden van wonen en zorg van bestaande bouw zijn meerdere risico's aanwezig. Bij de traditionele intramurale setting is de NHC/NIC component voldoende kostendekkend voor de aanbieder om te bouwen. Bij grotere verhuurbare eenheden, zoals bij het scheiden van wonen en zorg, is de NHC/NIC component niet meer dekkend voor de kosten van de zorgaanbieder, met name voor de kosten van de gezamenlijke ruimten. Bij het scheiden van wonen en zorg worden de kosten van de gezamenlijke ruimten in de huurprijzen verdisconteerd. Een belangrijk gevolg hiervan is dat de gevraagde huurprijzen mogelijk niet meer onder de sociale huurgrens blijven en de betaalbaarheid voor de bewoners onder druk staat. Het risico daarvan is dat mensen met een kleinere beurs worden buitengesloten.

Doordat bij de omzetting van scheiden van wonen en zorg de verhuurbare woonunits door de bewoners gezien worden als eigen woning, kan men kritischer worden waar de woning aan moet voldoen en is er een risico dat de woonruimten niet meer aansluiten bij de woonwensen van mensen met iets meer financiële mogelijkheden.

De beschikbaarheid van huisartsenzorg is een belangrijk knelpunt. Het kan zijn dat de zorgaanbieders niet in staat zijn een volledig pakket aan zorg en ondersteuning te realiseren voor hun cliënten.

Zoals voorgaand al aangegeven, zijn er doelgroepen[10] waarvoor een intramurale setting op inhoudelijke gronden beter aangewezen lijkt te zijn dan een setting met scheiden van wonen en zorg. Dit vergt een zorgvuldige afweging bij het maken van keuzen voor al dan niet scheiden van wonen en zorg door te voeren.

4.6 Gevolgen afhankelijkheden en risico's

Het belangrijkste gevolg van de benoemde afhankelijkheden is dat het veel inspanning, doorlooptijd en geld zal vragen om omzettingen bestaande intramurale verpleegzorgplekken naar scheiden van wonen en zorg om te zetten. Hierbij moet een groot aantal partijen, in wisselende samenstellingen en omstandigheden, met elkaar willen en kunnen samenwerken.
Verder moeten zorgvuldige afwegingen plaatsvinden voor welke cliëntgroepen het inhoudelijk beter is om juist intramurale voorzieningen te bieden.

4.7 Overige factoren ten aanzien van omzetting

Bij de omzetting van bestaande bouw spelen vergelijkbare overige factoren een rol als bij beoogde omzetting naar scheiden van wonen en zorg van nieuwbouwplannen (zie hiervoor paragraaf 3.7).

Een belangrijk aanvullend aspect is dat omzetting van bestaande intramurale verpleegzorgplekken naar scheiden van wonen en zorg, voor zover er niet al sprake is van voorgenomen vervangende bouw van verouderde panden, veel moeite, geld en tijd zal vergen van zorgaanbieders. Als dit beleidsmatig wel wordt gewenst, moet een weg worden gevonden om zorgaanbieders hiertoe te motiveren. De respondenten van de zorgkantoren signaleren hierbij dat de zorgaanbieders nu en straks nodig zijn en blijven om de maatschappelijke behoefte aan verpleegzorg in te vullen. Het 'verliezen' van zorgaanbieders is een maatschappelijk risico.

[10] Zoals Korsakov, Huntington, sterk behandelgerichte settingen, ZZP 6 en hoger

4.8 Conclusie omzetten bestaande intramurale plekken

De respondenten van de zorgkantoren geven aan nu geen getallen of percentages te kunnen noemen over mogelijke omzetting van bestaande intramurale plekken naar scheiden van wonen en zorg.

Wanneer de focus ligt op realisatie van omzetting uiterlijk in 2025, dan verwachten zij dat het om een zeer beperkt aantal plekken gaat dat mogelijk omzetbaar is. Daarbij is het nauwelijks realistisch dat dit ook op die korte termijn realiseerbaar is. Hier nu energie op zetten gaat niet helpen om de bestaande maatschappelijke opgaven aan te pakken.

Voor de langere termijn, 10–15 jaar, wordt wel veel beweging voorzien ten aanzien van scheiden van wonen en zorg. Omdat er veel vervangende nieuwbouw plaats moet gaan vinden van huidige verouderende zorgpanden.

Bijlage 1. Zorgkantoorregio's

Overzicht zorgkantoorregio's	
1. Groningen	17. Arnhem
2. Friesland	18. Haaglanden
3. Drenthe	19. Westland Schieland Delfland
4. Zwolle	20. Rotterdam
5. Flevoland	21. Midden-Holland
6. Noord-Holland Noord	22. Waardenland
7. Zaanstreek-Waterland	23. Nijmegen
8. Kennemerland	24. Zuid-Hollandse Eilanden
9. Amsterdam	25. West-Brabant
10. Amstelland en De Meerlanden	26. Midden-Brabant
11. 't Gooi	27. Noordoost Brabant
12. Apeldoorn, Zutphen e.o.	28. Zuidoost-Brabant
13. Midden-IJssel	29. Noord- en Midden-Limburg
14. Twente	30. Zeeland
15. Zuid-Holland Noord	31. Zuid-Limburg
16. Utrecht	

Bijlage 2. Fasering bouwplannen

	Fase	Denk aan
1.	Conceptfase	1. Ligt er een strategisch vastgoedplan, vastgesteld door RvT 2. Is er een uitgewerkte marktanalyse, rekening gehouden met scheiden wonen en zorg en uitbreiding naar VPT/MPT leveringsvormen 3. SVP verkennend besproken met externe stakeholders (verantwoordelijk voor uitbreiding capaciteit (zowel intra als extramuraal) – gemeente, financiers, corporaties/ontwikkelende beleggers 4. Welke bouwinitiatieven benoemd voor komende 5 jaar die gevolgen hebben voor capaciteitsuitbreiding
2.	Initiatiefase	1. Beschikbaarheid locatie, 2. programma analyse, 3. massastudie op locatie, 4. stichtingskostenopzet, bedrijfswaardeberekening, 5. toets ruimtelijke ordening, 6. risicoanalyse en tegenmaatregelen, 7. overal planning met mijlpalen, 8. contractvormen (aankoop grond, SOK, huurovereenkomst), 9. projectorganisatie met alle stakeholders
3.	Definitiefase	1. Functioneel programma van eisen, ruimtestaat en samenhang 2. Technische programma van eisen en duurzaamheidsmaatregelen 3. Structuurontwerp 4. Investeringskosten, vastgoedexploitatie, totale exploitatie, 5. Mogelijkheid tot financiering (verkennende gesprekken met financiers/beleggers/corporatie) 6. Haalbare businesscase goedgekeurd door RvT

4.	Ontwerpfase	1. Voorlopig ontwerp (4 maand)
		  1. Contractvorming ontwerpteam
		  2. Functioneel ontwerp en technische uitgangspunten
		  3. Gesprekken ruimtelijke ordening gemeente
		  4. Bestemmingsplanprocedure of omgevingsvergunning (doorlooptijd verschillend)
		  5. Bouwkosten indicatie en haalbaarheid vastgoedexploitatie
		  6. Faserapportage en go/no go besluitvorming
		2. Definitief ontwerp (4 maand)
		  1. Verdere uitwerking VO inclusief geveltekeningen
		  2. Afstemming met Technisch ontwerp en constructie
		  3. Investeringen en vastgoedexploitatie

	Fase	Denk aan
		4. Start omgevingsvergunning 5. Fase rapportage en go/no go besluitvorming 3. Technisch ontwerp (4 maand) 1. Uitwerking naar besteding gerede stukken 2. Omgevingsvergunning verleend 3. Definitieve prijsvorming (directiebegroting) 4. Aanbesteding en contractvorming 5. Faserapportage en go/no go besluitvorming
5.	Voorbereiding en realisatiefase	1. Bouwrijp maken gestart 2. Casco bouw 3. Afbouw 4. Oplevering 5. Overdracht en inhuizen 6. Nazorg