22 september 2014

Technische Universiteit Eindhoven University of Technology

Berenschot

Beschut wonen tussen wal en schip

Obstakels bij het scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg

Patrick Pop

Wim Heijs (TU/e)

Wine te Meerman

Berenschot

Beschut wonen tussen wal en schip

Obstakels bij het scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg

Patrick Pop

Wim Heijs (TU/e)

Wine te Meerman

22 september 2014

Berenschot

Beschut wonen tussen wal en schip

Obstakels bij het scheiden van wonen en zorg in de ouderenzorg

Inhoud Pagina

Voorwoord i

Managementsamenvatting ii

1. Aanleiding 1
- 1.1 Demografie en zorgaanbod 1
- 1.2 Mogelijke mismatch tussen vraag en aanbod in de ouderenzorg 5
- 1.3 Doelstelling 5
- 1.4 Probleemstelling 5
- 1.5 Maatschappelijke relevantie 7
- 1.6 Onderzoeksopzet 7
- 1.7 Leeswijzer 9

2. Doelgroep: structurele variabelen en zorgvraag 10
- 2.1 Demografie 10
- 2.2 Gezondheid 14
- 2.3 Sociale kenmerken van de leefomgeving 17
- 2.4 Financiële positie 19
- 2.5 Discussie: verschillende groepen ouderen met zorgvraag 22
- 2.6 Resumé 24

3. Huisvesting en zorgaanbod 25
- 3.1 Globale kenmerken van ouderenwoningen 25
- 3.2 Beschrijving van woningen voor ouderen 28
- 3.3 Resumé 31

4. Vraag-en-aanbodanalyse 33
- 4.1 Toebedeling woningen aan doelgroepen 33
- 4.2 Huidige discrepantie tussen vraag en aanbod 35
- 4.3 Toekomstige doelgroepen en toekomstig aanbod 41
- 4.4 Toekomstige discrepantie tussen vraag en aanbod 43
- 4.5 Resumé 45

Berenschot

Inhoud (vervolg) Pagina

5. Verklaring van de discrepantie 47

5.1 Methode: veldwerk 47

5.2 Bevindingen: randvoorwaarden voor omvorming intramurale capaciteit 48

5.3 Bevindingen: verklaringen van de discrepantie 52

5.4 Discussie/conclusie: Kwalitatieve analyse van oorzaken 63

5.5 Resumé 71

6. Vermindering van de discrepantie 73

6.1 Oplossingsgerichte adviezen voor overkomelijke belemmeringen 74

6.2 Realiseerbaarheid adviezen 79

6.3 Resumé 81

7. Bibliografie 82

Bijlagen:

1. Overzicht Zorgzwaartepakketten.
2. SCP-Beperkingenmaat.

Berenschot

Voorwoord

In 2013 publiceerde Berenschot ‘De Vergrijzing Voorbij’. Dit boek, dat goed ontvangen werd door zijn lezers, krijgt een vervolg in voorliggend rapport over beschut wonen. Een thema dat we ook in ‘De Vergrijzing Voorbij’ aansneden en dat we in dit rapport uitdiepen.

De aanleiding voor dit onderzoek is de vraag waarom de capaciteit die vrijkomt in de verzorgingshuizen (door de extramuralisering van zorgzwaartepakketen 1 tot en met 3) slechts ten dele behouden blijft voor de oorspronkelijke doelgroep van ouderen die behoefte hebben aan een beschutte woonomgeving.

In dit rapport leest u hoe zoveel mogelijk van de ongeveer 46.000 capaciteitsplaatsen die de komende jaren vrijkomen, behouden kunnen blijven voor beschut wonen. Daarvoor moet een aantal obstakels worden weggenomen door diverse actoren. Zelfs als dit lukt, zal het aantal wooneenheden voor beschut wonen echter waarschijnlijk met ten minste 23.000 afnemen. Dit is nog exclusief het aantal aanleunwoningen dat verdwijnt wanneer verpleeg- en verzorgingshuislocaties sluiten.

Dit rapport is gebaseerd op de afstudeerscriptie die Patrick Pop in opdracht van Berenschot en in het kader van zijn masterstudie *Real Estate Management and Development* aan de Universiteit Eindhoven uitvoerde. Zowel door de universiteit Eindhoven als door Berenschot is de scriptie goed ontvangen. Vanwege de actualiteit van het thema en de grote betrokkenheid van Berenschot bij de ouderenzorg heeft Berenschot besloten de scriptie om te vormen tot een rapport dat we publiek beschikbaar stellen.

Wij hopen dat dit rapport helpt bij het beschikbaar houden van beschut wonen. Met name voor ouderen met een kleine portemonnee en een beperkt sociaal netwerk. Lukt dit niet, dan valt beschut wonen vooral voor hen tussen wal en schip.

Patrick Pop

Wim Heijs (TU/e)

Wine te Meerman

Berenschot

Managementsamenvatting

Onderzoeksvraag

'*Hoe kan het dat de vraag naar beschut wonen groter is dan het aanbod, terwijl tegelijkertijd verzorgingshuizen leeg staan?'* Dat is kort samengevat de vraag die centraal staat in dit rapport. Een tweede vraag die wordt beantwoord is: *'Hoe kan zoveel mogelijk capaciteit voor beschut wonen behouden blijven?'*

Beschut wonen wordt in dit onderzoek gedefinieerd als *'het complexgewijs wonen voor ouderen waarbij 24 uur per dag een zorgorganisatie aanwezig is. Voor de bewoners is zorg op afroep mogelijk. Beschut wonen draagt bij aan (1) een veilig gevoel voor de ouderen zelf en de familie van de ouderen en (2) het tegengaan van eenzaamheid van ouderen'*. Beschut wonen betreft wonen in semi-zelfstandige woningen in een beschutte omgeving en wonen in een verzorgingshuis. Sinds de invoering van de zorgzwaartepakketfinanciering (zzp-financiering) in 2009, is het onderscheid tussen het verpleeg- en verzorgingshuis vervaagd. Beschut wonen in een instelling is bedoeld voor ouderen met een zzp 1 tot en met 4. Voor zzp 5 en hoger gelden de beschermde woonvormen. In 2012 woonden ongeveer 63.000 mensen met een indicatie zzp 1 tot en met 4 in een verzorgingshuis.

Volgens de meest recent beschikbare cijfers uit 2010 is de capaciteit aan plaatsen in het verzorgingshuis ongeveer 84.000. Omdat er destijds nauwelijks leegstand was, betekent dit dat in 2012 al ongeveer 21.000 verzorgingshuisplaatsen feitelijk in gebruik waren als verpleeghuisplaats (zzp 5 en hoger). Om deze reden wordt in dit onderzoek uitgegaan van 63.000 verzorgingshuisplaatsen in 2012 in plaats van 84.000.

Vraag naar beschut wonen

Om een discrepantie tussen vraag en aanbod in de markt voor beschut wonen aan te kunnen tonen, is zowel de vraagzijde als de aanbodzijde gesegmenteerd. Allereerst is geanalyseerd hoe de typische bewoner van het verzorgingshuis eruitzag, voordat per 1 januari 2013 zzp 1 en 2, en per 1 januari 2014 zzp 3 vervielen. Zij blijkt een weduwe te zijn van 86 jaar met een inkomen van onder de € 1.400 per maand en met ongeveer één keer in de twee weken familiecontact.

In totaal woonde in 2011 ongeveer 6% van de 65-plussers in een instelling. Uit de volgende verdeling van het aantal ouderen in instellingen per leeftijdscategorie, blijkt de leeftijdsgrens van 75 jaar een omslagpunt.

Leeftijdscategorie	Percentage in verpleeg- of verzorgingshuis
65 - 75 jaar	< 1%
70 - 75 jaar	< 2%
75 - 79 jaar	6%
80 - 84 jaar	10%
85 - 89 jaar	21%
90 - 94 jaar	40%
> 95 jaar	50%

Tabel: Percentage ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis per leeftijdscategorie.

Vervolgens is gekeken naar demografische ontwikkelingen. De belangrijkste doelgroep voor beschut wonen zijn 75-plussers. In Nederland zal het aantal 75-plussers toenemen van 1,2 miljoen in 2014 tot 2,8 miljoen in 2060.

Ook is gekeken is naar de gezondheidstoestand van deze 75-plussers. Zo heeft 18,7% van de 75-plussers een lichte of matige beperking en geen partner, of een partner met zelf matige of ernstige lichamelijke beperkingen.

Ten derde zijn de sociale kenmerken van 75-plussers relevant. 30% van de 65-plussers is eenzaam en 10% van de 75-plussers is ernstig eenzaam.

Tot slot is gekeken naar de financiële positie van 75-plussers. 45% van de 75-plussers woont in een particuliere of sociale huurwoning en heeft een beneden modaal inkomen.

Aanbod van beschut wonen

Na de analyse van de vraag naar beschut wonen, kan het aanbod van woonvormen voor 75-plussers worden gesegmenteerd. Naast de hiervoor genoemde beschutte woonvormen kunnen nog drie andere typen woningen worden onderscheiden:

1. Traditionele woningen zonder aanpassingen (aantal niet relevant).
2. Aangepaste traditionele woningen (275.000 woningen, peildatum 2012).
3. Nultredenwoningen (1.367.000 woningen, peildatum 2012).

Het aantal nultredenwoningen lijkt op het eerste gezicht groot. Echter, bijna de helft van deze woningen wordt bewoond door huishoudens met een gemiddelde leeftijd onder de 55 jaar. Het onderzoek wijst uit dat er op dit moment op basis van een vergelijking van de kenmerken van 75-plussers en de kenmerken van de woningen waarin zij wonen, een tekort bestaat van 71.000 wooneenheden voor beschut wonen. Dit aantal loopt in de periode tot 2025 bij ongewijzigd beleid naar verwachting op tot 104.000 wooneenheden.

Verklaring van de discrepantie tussen vraag naar en aanbod van beschut wonen

Doordat zzp 1 en 2 sinds 1 januari 2013 en zzp 3 sinds 1 januari 2014 niet meer worden geïndiceerd, komen mensen met een relatief lichte zorgzwaarte niet langer in aanmerking voor een plaats in een verzorgingshuis. Wanneer het zorgkantoor geen toestemming geeft om de vrijgekomen capaciteit in te zetten voor cliënten met een hogere zorgvraag, ontstaat leegstand (in dit rapport overcapaciteit genoemd). Deze overcapaciteit kan worden opgevangen door wooneenheden te verhuren op de reguliere woningmarkt aan ouderen met een behoefte aan beschut wonen. Hierbij blijken in de praktijk echter vier grote obstakels:

1. *Financieel*. De inkomsten die een verzorgingshuis ontvangt voor een bewoner met zzp 3 bedraagt ongeveer € 4.750 per maand. Ongeveer € 850 voor kapitaalslasten, € 1.100 voor de verblijfscomponent (voeding, activiteiten, linnen, receptie, 24-uursaanwezigheid van zorg) en € 2.800 per maand voor de zorgcomponent. Voor de indicaties zzp 1 en 2 zijn de bedragen voor kapitaalslasten en verblijfscomponent vergelijkbaar, maar ligt het bedrag voor de zorgcomponent aanmerkelijk lager. Doordat de indicaties zzp 1 tot en met 3 niet meer worden geïndiceerd, ontvangen verzorgingshuizen voor nieuwe bewoners die voorheen indicaties zzp 1, 2 of 3 kregen deze inkomsten niet meer. In plaats daarvan kunnen verzorgingshuizen de wooneenheden verhuren aan ouderen met een behoefte aan beschut wonen en aan hen thuiszorg leveren. De inkomsten van het verzorgingshuis per cliënt dalen dan echter substantieel. In de eerste plaats door het wegvallen van de vergoeding voor de verblijfscomponent, maar ook doordat de huur die kan worden gevraagd minder is dan de genoemde € 850 die het verzorgingshuis voorheen ontving voor de kapitaalslasten. Tot slot staan ook de zorginkomsten onder druk, onder meer doordat vanaf 2015 de zorgverzekeraars verantwoordelijk worden voor verpleging- en verzorging in de thuissituatie en de gemeenten verantwoordelijk worden voor begeleiding in de thuissituatie. Dit kan er in resulteren dat bij verhuur van de vrijgekomen wooneenheden in een verzorgingshuis, aan ouderen met een behoefte aan beschut wonen, de inkomsten van het verzorgingshuis per bewoner halveren.

2. *Juridisch*. Door het scheiden van wonen en zorg huurt de cliënt de wooneenheid als een gewone woning. Soms vergt dit een wijziging van het bestemmingsplan van primair zorg naar primair wonen. Niet altijd willen gemeente en provincie meewerken aan een wijziging van het bestemmingsplan. Een ander juridisch punt is dat de cliënt bij het zelfstandig huren van een wooneenheid in een verzorgingshuis in principe zelf mag kiezen welke organisatie de thuiszorg levert. Via een koppelbeding (je mag hier huren, mits je ook de zorg bij ons afneemt) kan dit worden opgelost. Dat gaat dan wel ten koste van de keuzevrijheid van de cliënt.

3. *Vastgoedtechnisch*. Ongeveer de helft van de verzorgingshuizen is voor 1985 gebouwd. Deze verzorgingshuizen voldoen veelal niet aan de eisen die gelden voor verhuur van zelfstandige woningen op de woningmarkt. De wijze van bouwen in die tijd maakt bovendien dat aanpassingen duur zijn. Dat heeft weer invloed op de mogelijkheid om investeringen in verbouwingen terug te verdienen via de huurinkomsten van het verzorgingshuis. De investeringen zijn bovendien al snel onrendabel omdat de verzorgingshuizen van voor 1985 aan het einde zitten van hun levensduur. Nieuwbouw is dan veelal aantrekkelijker dan verbouw.

4. *Organisatorisch*. Om de geschetste obstakels uit de weg te ruimen, is een professionele organisatie vereist die in staat is een zorgconcept op basis van verhuur van wooneenheden in de markt te zetten. Dit vergt onder meer een projectleider die hiervoor geheel of een groot deel van zijn of haar tijd is vrijgesteld en die de beschikking heeft over expertise op het gebied van onder meer overheidsbeleid, financiën, recht en vastgoed. Niet zelden ontbreekt het zorgaanbieders aan deze expertise.

Maatregelen om de discrepantie tussen vraag en aanbod van beschut wonen te verkleinen

Actoren kunnen een aantal beleidsmaatregelen treffen om de obstakels dat het scheiden van wonen en zorg met zich brengt, weg te nemen. De gewenste acties kunnen lokaal sterk verschillen. De belangrijkste acties worden hierna samengevat:

Zorgorganisaties en woningcorporaties

Ongeveer de helft van de verpleeg- en verzorgingshuizen is in eigendom van zorgorganisaties. De andere helft is in eigendom van woningcorporaties. De organisatie die het vastgoed in eigendom heeft, is een logische partij om het initiatief te nemen om maatregelen te treffen. Maatregelen die ervoor zorgen dat de capaciteit die vrijkomt, verhuurd kan worden aan de doelgroep van ouderen die voorheen een indicatie voor zzp 1, 2 of 3 kregen. Bijvoorbeeld door het ontwikkelen van budgetwoonconcepten en het inzetten op het betrekken van vrijwilligers en mantelzorgers. Uit het onderzoek blijkt dat organisaties die hier vroegtijdig mee zijn begonnen meer succesvol zijn in het verhuren van vrijgekomen wooneenheden dan organisaties die een afwachtende houding hebben ingenomen.

Brancheverenigingen

De belangrijkste brancheverenigingen in het domein van beschut wonen zijn (namens de zorgorganisaties) ActiZ en (namens de woningcorporaties) Aedes. Beide brancheverenigingen kunnen zich, meer dan nu het geval is, gezamenlijk inzetten voor het verspreiden van ‘best practices’ rond het scheiden van wonen en zorg. Ook zouden de brancheverenigingen gezamenlijk een rol kunnen spelen in het bemiddelen tussen woningcorporaties en zorgorganisaties wanneer het vastgoed door een zorgorganisatie gehuurd wordt van een woningcorporatie. Een derde partij is in dat geval van waarde aangezien de belangen soms tegengesteld zijn. Tot slot zouden ActiZ en Aedes samen op kunnen trekken met verenigingen als de NPCF en de ANBO. Deze organisaties behartigen eveneens de belangen van ouderen met een behoefte aan beschut wonen.

Rijksoverheid

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister voor Wonen en Rijksdienst zouden gezamenlijk beleid kunnen formuleren rond beschut wonen voor de doelgroep die voorheen een beroep deed op het verzorgingshuis. Zoals eerder opgemerkt betreft het een doelgroep met over het algemeen beperkte financiële middelen en een beperkt sociaal netwerk. Een duidelijke langetermijnvisie op beschut wonen voor kwetsbare ouderen komt ook het investeringsklimaat rond ouderenhuisvesting ten goede.

Daarnaast zou het ministerie van VWS meer tijd kunnen nemen voor de afbouw van de financiering voor zittende bewoners met zzp 1 t/m 3 dan de drie jaar die zij op dit moment hanteert. Het risico bestaat bovendien dat te snelle afbouw van de financiering voor zittende bewoners een opwaartse druk veroorzaakt op de indicatiestelling. Het zogenaamde waterbedeffect.

Lokale overheden

Gemeenten kunnen een initiërende rol bekleden bij het verbeteren van de samenwerking tussen de belanghebbenden in de regio. Zij zijn immers gebaat bij passende woonruimte voor hun bewoners. Gemeenten zouden het initiatief kunnen nemen om daar waar nodig samen met de provincie proactief bestemmingsplannen te wijzigen en contingenten voor woningbouw aan te passen.

Berenschot

1. Aanleiding

1.1 Demografie en zorgaanbod

De vergrijzing zal in Nederland naar verwachting tot 2040 toenemen (Van Ginneken, 2013). Het percentage ouderen boven de 65 jaar ten opzichte van de potentiële beroepsbevolking (de zogenoemde grijze druk) zal in Nederland in diverse provincies dan oplopen tot boven de 60%. De grijze druk zal naar verwachting regionaal verschillen: in Flevoland zal in 2040 de grijze druk ongeveer 40% zijn terwijl in Limburg en Zeeland de grijze druk kan oplopen tot boven de 60% (Planbureau voor de Leefomgeving, 2013). De vergrijzende bevolking heeft een directe invloed op de veranderende vraag naar zowel woon- als zorgvastgoed (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012). Veel ouderen prefereren bijvoorbeeld om gelijkvloers te wonen, wat vraagt om een verandering in de huidige woonsituatie. De stijgende vraag naar zorgvastgoed kan het gevolg zijn van een toename van ouderen die niet meer op zichzelf kunnen wonen (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012). De prognoses van zowel Poelman & van Duin (2010) als Van Elp en anderen (2012) laten zien dat de toenemende vraag naar zorgvastgoed voor een groot deel wordt bepaald door de demografische ontwikkelingen.

Deze veranderende vraag naar zorgvastgoed is echter niet alleen het gevolg van demografische ontwikkelingen. Ook beleidsmaatregelen en beheeraspecten hebben invloed op de samenstelling van het zorgvastgoed. De toenemende vergrijzing brengt een enorme toename in zorgconsumptie met zich mee, wat leidt tot een duidelijke toename in de zorguitgaven (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012). De algemene uitgaven aan zorg en welzijn zijn in Nederland de laatste jaren flink gestegen. In 5 jaar tijd zijn de totale uitgaven aan zorg gestegen van € 74,6 miljard naar € 92,7 miljard in 2012. Dit is een stijging van circa 24% (CBS, 2013). Zodra de uitgaven aan curatieve zorg buiten beschouwing worden gelaten en alleen gekeken wordt naar welzijnszorg, is nog steeds een flinke stijging zichtbaar. De uitgaven aan welzijnszorg bedroegen in 2012 bijna € 37 miljard ten opzichte van € 28 miljard in 2007. Een stijging van ruim 32% (CBS, 2013).

De toename van de grijze druk vraagt dus om meer zorgvastgoed, terwijl de enorme toename van zorguitgaven vraagt om een aangepast beleid met betrekking tot het zorgaanbod. Dit heeft gevolgen voor de samenstelling van het zorgvastgoed in Nederland.

1.1.1 Het aanbod van intramuraal zorgvastgoed[1]

De overheid kampte in 2013 met een begrotingstekort van 3,2% ten opzichte van bruto binnenlands product (CBS Statline, 2013). De uitgaven aan de gezondheidszorg en welzijn vormden 15,4% van de totale overheidsuitgaven in 2012, ruim € 92 miljard (Ministerie VWS, 2013). Van deze 92 miljard is 38,3% uitgegeven aan welzijnszorg, zowel intramuraal als extramuraal. Omdat de overheid de kosten die gemoeid zijn met intramurale zorgverlening wil verminderen zal de hele AWBZ worden hervormd (Sociaal Economische Raad, 2008). De financiering van de welzijnszorg komt voor een groot deel uit de AWBZ. De AWBZ is in 2012 met 20% gestegen ten opzichte van 2007 (CBS, 2013). Als gevolg van de vergrijzing zal de zorg in Nederland steeds meer gaan drukken op de collectieve uitgaven (Ministerie VWS, 2011). Volgens het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2011) wordt circa 20% van de overheidsinkomsten uitgegeven aan zorg, ten opzichte van 10% in 1970.

Het beleid ten aanzien van de financiering van zorg moet dus aangepast worden om de druk op collectieve middelen te verminderen. Bovendien zit Nederland nog relatief aan het begin van de vergrijzing (Van Duin & Stoeldraijer, 2013). Indien het beleid niet wordt aangepast moet over 30 jaar bijna de helft van de overheidsinkomsten besteed worden aan de zorg (Ministerie VWS, 2011).

De invoering van het ‘scheiden van wonen en zorg’ is een voorbeeld van een beleidsmaatregel met als doel de AWBZ-gefinancierde zorg te verminderen. Als gevolg van het scheiden van wonen en zorg zullen sommige ouderen in de nabije toekomst geen recht meer hebben op een vergoeding voor de huisvestingskosten en verblijfskosten in intramurale instellingen. Voor dit onderzoek is met name het wegvallen van de vergoeding voor huisvestingskosten relevant, ook wel de wooncomponent van het zorgzwaartepakket (zzp). Het zzp is een pakket aan AWBZ-gefinancierde zorg waar ouderen met een indicatie, die wordt afgegeven door het Centrum Indicatiestellingen Zorg, recht op hebben. Aan het zzp is een budget gekoppeld. Tot voor kort werden uit dit budget de zorg-, verblijfs- en huisvestingskosten betaald voor ouderen die daar recht op hadden. Met de invoering van het scheiden van wonen en zorg zal de wooncomponent uit de lichtere zorgzwaartepakketten worden gehaald en zullen ouderen zelf hun huisvestingskosten moeten betalen.

Het huidige kabinetsbeleid heeft de extramuralisering van de lichtere zorgzwaartepakketten versneld doorgevoerd. De indicatiestelling voor zzp 1 en 2 is per 1 januari 2013 vervallen. Per 1 januari 2014 vervalt ook zzp 3, en hiermee dus de vergoeding voor huisvestings- en verblijfskosten in intramurale instellingen. Vanaf 2016 zal ook het budget voor zzp 4 kleiner worden.

---

[1] In dit onderzoek staat het intramurale care-zorgvastgoed voor ouderen centraal. Tenzij anders aangegeven, wordt met intramuraal zorgvastgoed hierna dit intramurale care-zorgvastgoed bedoeld: vastgoed waarin langdurige zorg wordt verleend aan ouderen die niet meer zelfstandig kunnen wonen. Zoals eerder opgemerkt is de samenstelling en omvang van dit intramuraal zorgvastgoed onderhevig aan demografische ontwikkelingen.

De organisatie van ouderenzorg in Nederland staat dus behoorlijk onder druk. Een zekerheid is het wegvallen van de vergoeding voor de huisvesting in intramurale voorzieningen voor ouderen met een indicatiestelling voor zzp 1 tot en met 3, en deels 4. Deze ouderen, die voorheen wél een indicatiestelling kregen, zullen in de toekomst langer op zichzelf moeten wonen, al dan niet aangevuld met extramurale zorg. Omdat de effecten voor zzp 4 nog onduidelijk zijn, rekenen we in dit rapport uitsluitend de gevolgen door van het wegvallen van de indicaties zzp 1 tot en met 3. De in dit rapport gesignaleerde knelpunten kunnen hierdoor in de praktijk groter uitvallen.

De wijzigingen in indicatiestelling voor zzp 1 tot en met 4 hebben gevolgen voor de cliënt, de overheid en de zorginstellingen (ActiZ, 2012).

Scheiden van wonen en zorg of extramuraliseren van ouderenzorg: wat is het verschil?

Een zzp is opgebouwd uit drie componenten: een zorgcomponent, een verblijfscomponent, een wooncomponent. Daarnaast ontvangt een verzorgingshuis voor iedere bewoner een normatieve huisvestingscomponent (NHC) als bijdrage voor de kapitaallasten **(Van Ginneken, 2013)**. In figuur 4 is weergegeven hoe deze componenten zijn opgebouwd. De intensiteit van de onderdelen verschillen naarmate de zwaarte van het zzp.

Rood of blauw gekleurd betekent: (nieuwe) bewoners moeten dit zelf gaan betalen			*Inkomsten ZZP 3 per maand*	*Rutte 1: Scheiden Wonen en Zorg*	*Lenteakkoord en Rutte 2: Extramuralisering*
ZZP	*Zorg*	*Persoonlijke Verzorging*	*€ 2.800*	*AWBZ*	*Naar ZvW*
		Verpleging			
		Behandeling			
		Begeleiding individueel			*Naar Wmo*
		Begeleiding groep (dagbesteding)			
	Verblijf	*Schoonmaakservice*	*€ 1.100*	*AWBZ*	
		Maaltijdservice		*AWBZ*	
		Receptie-, restaurant-, winkelvoorziening, magazijn, logistiek, wasservice, geestelijk verzorging et ceterea		*AWBZ*	
	Wonen	*Gas, water, licht (eigen appartement)*			
		Gas, water, licht (algemene ruimten)		*AWBZ*	
		Huurdersonderhoud			
		Eigenaarsonderhoud		*AWBZ*	
NHC	*Kapitaal*	*Kapitaallasten algemene ruimten*	*€ 850*	*AWBZ*	
		Kapitaallasten individuele ruimten			

Tabel I: In de tabel is zzp 3 als voorbeeld gebruikt. Het verschil tussen scheiden van wonen en zorg (Rutte 1) en extramuralisering (Lenteakkoord en Rutte 2) is goed zichtbaar. Volgens het principe scheiden van wonen en zorg vervalt alleen de wooncomponent (rode vlakken) terwijl volgens de extramuralisering zowel de verblijfs-, woon- en huisvestingscomponent vervallen. Bron: Van Ginneken, 2013. Bewerking door Berenschot.

1.1.2 De vraag naar intramuraal zorgvastgoed

Ouderen kunnen behoefte hebben aan een aangepaste woning. Wat een aangepaste woning is hangt af van de doelgroep. Het is daarom noodzakelijk om voorafgaand aan de doelstelling van het onderzoek een globale definitie van zowel de doelgroep als een aangepaste woning te schetsen.

De vraag naar intramuraal zorgvastgoed is niet zozeer afhankelijk van de leeftijd van ouderen maar meer van de kenmerken van die ouderen (Castelijns, Van Kollenburg, & Te Meerman, 2013). De persoonlijke situatie van ouderen die behoefte hebben aan een aangepaste woning volgt uit kenmerken van de ouderen en hun leefomgeving. Een belangrijk kenmerk van ouderen met een

behoefte aan een aangepaste woning is de gezondheid en de daarmee sterk samenhangende beperkte mobiliteit (Van Iersel & Leidelmeijer, 2010).

Voor dit onderzoek volstaat ‘ouderen met een behoefte aan een aangepaste woning’ als de omschrijving van de doelgroep voor intramuraal zorgvastgoed. De doelgroep wordt dus bepaald door een combinatie van de belangrijkste kenmerken en de demografische ontwikkelingen van Nederland.

Deze doelgroep kan gesegmenteerd worden. Allereerst is er een doelgroep die langer op zichzelf kan wonen door kleinere of grotere ingrepen in de woning, al dan niet aangevuld met extramurale zorg, of door te verhuizen naar een aanleunwoning. Ten tweede is er een doelgroep die vraagt om een woonomgeving waarbij de oudere in een beschutte omgeving – binnen of buiten de muren van een intramurale instelling – woont met begeleiding van een zorginstelling. Tot slot is er een beschermde woonomgeving waarin sprake is van intensiever toezicht en in sommige gevallen zelfs enige vorm van bescherming tegen het individu zelf (College voor Zorgverzekeringen, 2013). Het College voor Zorgverzekeringen (2013) voorziet beschut wonen voor ouderen met een lichte zorgindicatie en beschermd wonen voor ouderen met een zwaardere zorgindicatie.

Als gevolg van scheiden wonen en zorg, kunnen ouderen met zzp 1 tot en met 3 en deels zzp 4 een grotere ‘gedwongen vrijheid’ hebben voor de woonkeuze (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012). Ouderen kunnen kiezen om langer thuis te wonen, aangevuld met extramurale zorg. De situatie kan in dat geval ontstaan dat de kwaliteit van de woning op termijn niet langer meer aansluit bij de wensen van ouderen als gevolg van een (verdere) verslechtering van bijvoorbeeld de mobiliteit (Brands & Zijderveld, 2012). Wanneer de nood voor wonen met ondersteuning vervolgens erg hoog is, kunnen ouderen kiezen voor een woning binnen de muren van verzorgingshuizen waarbij ze zelf de huisvestingkosten betalen (Planbureau voor de leefomgeving, 2013; Sanders & Nouws, 2013). De verhuurder van deze woonruimte heeft echter het recht de waardering van de woning met 35 procent te verhogen. Dit komt doordat een verzorgingshuis, in tegenstelling tot bijvoorbeeld een appartementencomplex, een grotere hoeveelheid ruimte en service heeft dat aanwezig is vanwege de zorgbehoefte van de bewoners (Olde Bijvank, 2013). Olde Bijvank (2013) noemt algemene ruimten en een noodroepinstallatie als voorbeelden (KCWZ, 2012). Ouderen die verhuizen naar verzorgingshuizen gaan daardoor mogelijk meer betalen voor een relatief kleinere woning.

1.2 Mogelijke mismatch tussen vraag en aanbod in de ouderenzorg

Het scheiden van wonen en zorg voor ouderen die voorheen een indicatiestelling kregen, heeft verstrekkende gevolgen voor het intramuraal zorgvastgoed in Nederland. In Nederland zal steeds meer leegstand voorkomen in verzorgingshuizen en ontstaat hiermee een overcapaciteit aan wooneenheden in een beschutte of beschermde omgeving (Te Meerman, 2013). De belangrijkste oorzaak is de versnelde extramuralisering.

Naast de versnelde extramuralisering is er een aantal overige uiteenlopende mogelijke oorzaken voor het overaanbod. Deze worden tijdens dit onderzoek benoemd.

Het overaanbod van dit intramuraal zorgvastgoed is merkwaardig: door de vergrijzende bevolking ontstaat enerzijds een toenemende vraag naar geschikte woonruimte voor ouderen, terwijl als gevolg van diverse beleidsmaatregelen anderzijds sprake is van een overaanbod van een groot deel van de geschikte woonruimte voor ouderen in Nederland, met leegstand in verzorgingshuizen tot gevolg. In de markt voor intramuraal zorgvastgoed is sprake van een zekere kwantitatieve discrepantie tussen vraag en aanbod: voor bepaalde doelgroepen is woonruimte nodig (geschikte woonruimte voor zzp 1 tot en met 4). Deze woonruimte is in Nederland beschikbaar, maar dreigt te worden afgebouwd of te worden verhuurd aan andere doelgroepen omwille van het voorkomen van leegstand.

1.3 Doelstelling

Het onderzoek zal een (eventuele) discrepantie aantonen en moet leiden tot een verklaring van deze discrepantie. Ook worden inzichten gekregen voor een mogelijke vermindering van deze discrepantie. De doelstelling luidt: (1) ‘Het benoemen, segmenteren en lokaliseren van zowel het aanbod van beschut wonen in Nederland als de vraag naar beschut wonen in Nederland, om inzicht te krijgen in (2) de aard van een eventuele discrepantie tussen de vraag naar beschut wonen en de overcapaciteit aan woningen in een beschutte omgeving en de bron ervan om vervolgens (3) inzicht te krijgen in, en adviezen te geven over de mogelijkheden deze discrepantie te helpen verminderen.’

1.4 Probleemstelling

Hoofdvraag 1

Wat is de omvang van de vraag naar aangepaste woningen voor de ouderen in Nederland die niet meer in staat zijn op zichzelf te kunnen wonen in hun huidige woning en voorheen een indicatiestelling kregen?

Deelvragen:

- Welke ouderen ondervinden problemen tijdens het zelfstandig wonen in hun huidige woning?
- Voor hoeveel ouderen in Nederland is het problematisch om langer op zichzelf te wonen in hun huidige woning?
- Wat zijn geschikte woningen voor de ouderen voor wie langer op zichzelf wonen in hun huidige woning problematisch is?

- Hoeveel geschikte woningen voor ouderen voor wie langer op zichzelf wonen problematisch is zijn er in Nederland, en wat is daaruit volgend het tekort aan geschikte woningen voor deze ouderen in Nederland?

Hoofdvraag 2

Wat is de aard en de omvang van het overaanbod van intramuraal zorgvastgoed in Nederland?

Deelvragen:

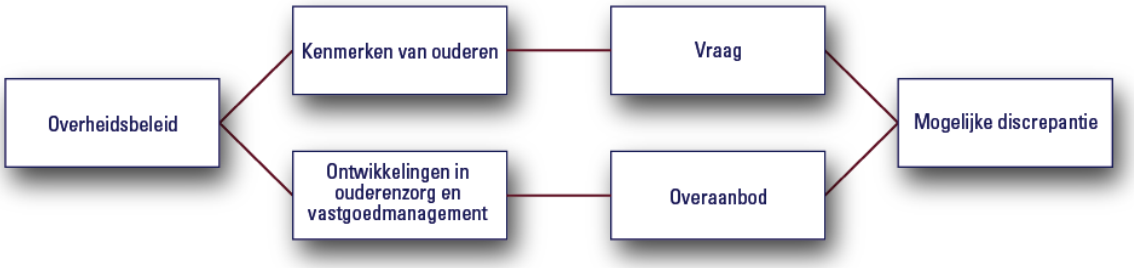
- Wat is intramuraal zorgvastgoed dat een beschutte of beschermde woonomgeving kan bieden voor de ouderen in Nederland die niet meer in staat zijn om op zichzelf te wonen in hun huidige woning?
- Wanneer komen ouderen in aanmerking voor woonruimte in intramuraal zorgvastgoed?
- Door wie wordt het intramuraal zorgvastgoed in Nederland beheerd?
- Bij welke segmenten intramuraal zorgvastgoed komt het overaanbod voor?
- Hoe komt het dat beheerders van intramuraal zorgvastgoed in Nederland hun vastgoed leeg laten staan?
- Wat zijn de gevolgen voor deze beheerders van het overaanbod aan intramuraal zorgvastgoed in Nederland?

Hoofdvraag 3

Hoe kan de discrepantie die ontstaat wanneer de vraag naar beschut wonen wordt vergeleken met de overcapaciteit aan beschutte woningen in een intramurale omgeving, worden verminderd of mogelijk worden opgelost?

Deelvragen:

- Welke kenmerken van zowel de vraag naar als het aanbod van intramuraal zorgvastgoed in Nederland bieden mogelijkheden voor het verminderen van de discrepantie?
- Welke beperkingen heeft zowel de vraag naar als het aanbod van intramuraal zorgvastgoed voor het verminderen van deze discrepantie?
- In hoeverre kan de discrepantie zoveel mogelijk worden verminderd gegeven de kenmerken van zowel ‘de vraag naar’ als ‘de overcapaciteit van’ woningen in een beschutte omgeving?



Figuur 1: Conceptueel model.

In figuur 1 is het conceptueel model weergegeven. Het model bestaat uit variabelen en verbanden tussen deze variabelen. De variabelen zijn in een rechthoek omschreven, de verbanden zijn de lijnen. In dit onderzoek is het intramuraal zorgvastgoed in Nederland dat bedoeld is voor de ouderenzorg de onderzoekseenheid. Daarbij is de variabele 'Vraag' op te merken als hoofdvraag 1, variabele 'Overaanbod' als hoofdvraag 2 en de 'mogelijke discrepantie' omvat hoofdvraag 3. Alle overige variabelen en verbanden zijn ter ondersteuning van het verklaren van de situatie in de markt voor intramuraal zorgvastgoed.

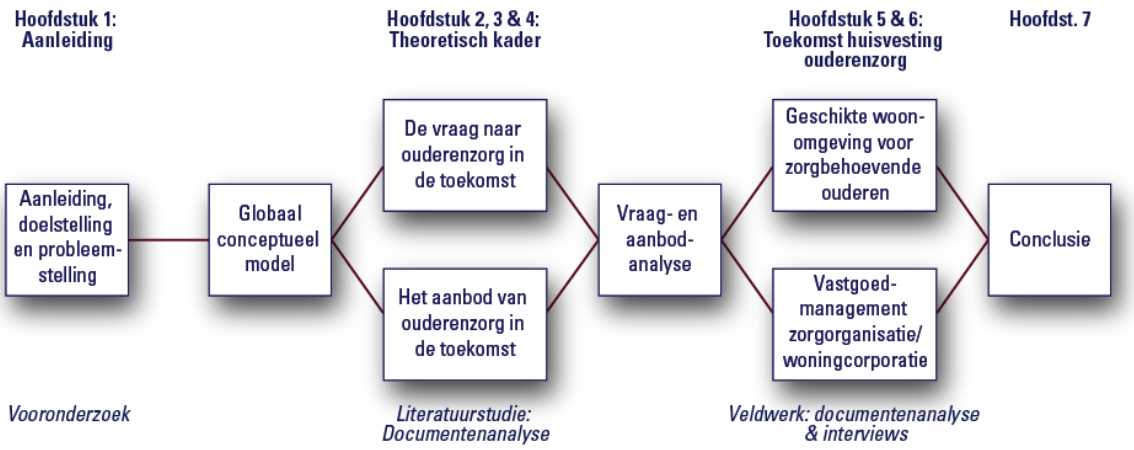
1.5 Maatschappelijke relevantie

Onderzoek naar een mogelijke discrepantie tussen vraag en overaanbod in de markt voor intramuraal zorgvastgoed kan bruikbaar zijn om inzicht te krijgen in de oorzaken voor de overcapaciteit in verzorgingshuizen en mogelijkheden om aan de vraag te voldoen. De relevantie omvat het inzichtelijk maken van de kenmerken van, enerzijds, de behoefte aan woonruimte in een beschutte omgeving en anderzijds de specifieke kenmerken van het intramuraal zorgvastgoed dat te maken heeft met een mogelijk overaanbod.

Het inzichtelijk maken van ontwikkelingen van zowel vraag als aanbod in de markt voor intramuraal zorgvastgoed draagt bij aan een mogelijke verklaring van de genoemde discrepantie. Dit kan leiden tot mogelijke oplossingsgerichte adviezen voor organisaties die actief zijn in deze markt zoals zorgorganisaties, woningcorporaties en eventueel belangenbehartigers van senioren.

1.6 Onderzoeksopzet

Het conceptueel model met haar variabelen en verbanden, is opgesteld op basis van het vooronderzoek dat is gedaan naar huidige ontwikkelingen op de markt voor intramuraal zorgvastgoed. Naar aanleiding van een literatuurstudie zal duidelijk moeten worden wat de bovengenoemde kenmerken, en dus variabelen, precies zijn. Naast een literatuurstudie bestaat de onderzoeksopzet uit veldwerk: interviews met experts uit het domein van wonen en zorg. De aanleiding, literatuurstudie en het veldwerk zijn de primaire elementen van de onderzoeksopzet, zie figuur 2.



Figuur 2: Opzet van het onderzoek. Het vooronderzoek, de literatuurstudie en het veldwerk vormen de primaire elementen van het onderzoek.

Een literatuurstudie focust eerst op de toekomstige vraag naar intramuraal zorgvastgoed (hoofdstuk 2). Op basis van dit literatuuronderzoek kan de vraag naar intramuraal zorgvastgoed worden gesegmenteerd. De literatuurstudie zal moeten uitwijzen welke ouderen een zekere behoefte aan een aangepaste woonomgeving hebben. Met de resultaten van diverse onderzoeken die zijn uitgevoerd door de overheid kunnen verschillende doelgroepen worden gemaakt, met ieder hun eigen kenmerken en dus hun eigen behoefte aan geschikte ouderenwoningen.

Vervolgens zal de literatuurstudie (hoofdstuk 3) het toekomstig aanbod van geschikte ouderenwoningen beschrijven en te segmenteren. Er zijn vele verschillende vormen van geschikte ouderenwoningen. Welke ouderenwoning geschikt is voor welke groep ouderen is ook afhankelijk van de kenmerken van de woning. Het aanbod van geschikte woonvormen voor ouderen zal worden beschreven aan de hand van onder meer het WoON 2012, publicaties van de overheid en de bevindingen van eerdere onderzoeken van Berenschot (zie paragraaf 1.10).

De resultaten van het literatuuronderzoek worden tegen elkaar afgezet in een vraag-en-aanbodanalyse met als doel het verschil tussen de vraag naar, en het aanbod van geschikte ouderenwoningen te kwantificeren en een mogelijk tekort aan geschikte ouderenwoningen te benoemen. Tijdens de vraag-en-aanbodanalyse worden product-marktcombinaties gemaakt: verschillende typen geschikte woningen voor ouderen worden toebedeeld aan doelgroepen op basis van de kenmerk van het vastgoed enerzijds, en kenmerken van doelgroepen anderzijds. Vervolgens zal worden geanalyseerd in hoeverre in 2012 van deze combinaties afgeweken werd. In welk type vastgoed woonden de doelgroepen in 2012 en waar zouden deze groepen volgens demografische prognoses in 2025 wonen? Het antwoord op deze vraag geeft aan of er sprake is van een discrepantie of van een aansluiting tussen vraag en aanbod.

Vervolgens wordt er tijdens het veldwerk gezocht naar oorzaken die de mogelijke (mis)match verklaren. Professionals die werkzaam zijn bij woningcorporaties, zorgorganisaties maar ook onafhankelijke adviesbureaus worden ondervraagd. Zodra de oorzaken bekend zijn, kunnen oplossingsgerichte adviezen worden geformuleerd.

1.7 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt aan de hand van de literatuurstudie een maatschappelijke achtergrond gedefinieerd. Welke verschillende doelgroepen zijn er te onderscheiden binnen de algehele vraag naar geschikte ouderenwoningen? Welke kenmerken van bijvoorbeeld de gezondheid, welvaartspositie of sociaal netwerk horen bij ouderen met een zekere behoefte aan wonen met ondersteuning? De doelgroepen worden in dit hoofdstuk gedefinieerd. In combinatie met demografische ontwikkelingen ontstaat een maatschappelijke achtergrond.

In hoofdstuk 3 worden verschillende typen geschikte woningen voor ouderen beschreven. De kenmerken van het vastgoed bepalen in grote mate de geschiktheid voor ouderen met een zorgvraag. De verschillende kenmerken van het vastgoed worden in dit hoofdstuk beschreven om te komen tot vijf verschillende typen woonvormen voor ouderen.

In hoofdstuk 4 volgt de vraag-en-aanbodanalyse. In dit hoofdstuk worden product-marktcombinaties gemaakt.

Vervolgens wordt geanalyseerd waar de doelgroepen (1) momenteel wonen en (2) waar ze zouden moeten wonen. Deze analyse gebeurt voor de woonsituatie in het jaar 2012 en de (geprognosticeerde) woonsituatie in het jaar 2025. Hiermee kan een eventuele aansluiting of een verschil tussen vraag en aanbod van ouderenwoningen worden aangetoond.

In hoofdstuk 5 zijn de resultaten van het veldwerk beschreven. In dit hoofdstuk worden oorzaken aangedragen die ertoe leiden dat er sprake is van een discrepantie in de markt voor beschut wonen voor ouderen. Dit hoofdstuk omvat ook een discussie over de resultaten van het veldwerk. Het doel van het hoofdstuk is om de discrepantie te verklaren.

In hoofdstuk 6 worden oplossingsgerichte adviezen aangereikt om de discrepantie te verminderen. De adviezen zijn gebaseerd op de resultaten van het veldwerk.

2. Doelgroep: structurele variabelen en zorgvraag

In dit hoofdstuk worden de kenmerken (structurele variabelen) benoemd van de ouderen waarvoor verschillende type aangepaste woningen bedoeld zijn. Doel is om inzicht te krijgen in de huidige maar ook toekomstige doelgroepen voor aangepaste woningen[2] die voorheen in een verzorgingshuis terecht konden (zie paragraaf 1.2). Naast demografische kenmerken van de ouderen, zijn hun gezondheid, sociale situatie en financiële positie de structurele variabelen die bepalen in hoeverre ouderen behoefte hebben aan aangepaste woningen. Ouderen die bijvoorbeeld welvarender, hoger opgeleid en fitter zijn hebben minder behoefte aan aanpassingen in hun huidige woonomgeving (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013; Van Iersel & Leidelmeijer, 2010) zie ook: (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012).

Zowel de huidige als de toekomstige ouderen met een behoefte aan aangepaste woningen kunnen worden beschreven aan de hand van de eerder genoemde structurele variabelen. In dit hoofdstuk worden deze structurele variabelen in afnemend belang benoemd. Allereerst zullen demografische kenmerken en ontwikkelingen die van invloed zijn op de behoefte aan aangepaste woningen worden toegelicht. Vervolgens zullen kenmerken worden beschreven van ouderen die behoefte hebben aan een aangepaste of beschutte woonomgeving: de gezondheid van ouderen, de sociale kenmerken van ouderen en hun financiële draagkracht.

2.1 Demografie

Zowel de huidige als de toekomstige behoefte aan aangepaste woningen voor ouderen is afhankelijk van demografische kenmerken. Demografische gegevens zijn om verschillende redenen belangrijk voor het definiëren van de ouderen met een behoefte aan aangepaste woningen. Allereerst dient het aantal Nederlanders met een hogere leeftijd als uitgangspunt voor het bepalen van de omvang van doelgroepen. Er is een zekere relatie tussen een hogere leeftijd en sterkere behoefte aan aangepaste woningen: ouderdom komt simpelweg met gebreken (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013). Om die reden is het noodzakelijk aantallen ouderen te beschrijven met een hogere leeftijd. Ten tweede is het van belang te beschrijven waar ouderen met een hogere leeftijd momenteel wonen. Tot slot kan op basis van regionale bevolkingsprognoses worden bepaald hoe het aantal ouderen per provincie zich de komende jaren zal ontwikkelen.

2.1.1 Aantal ouderen met een zorgbehoefte

De vraag naar vastgoed wordt sterk gedreven door demografische factoren. Samen met de inkomensontwikkeling bepaalt de demografie de omvang en samenstelling van de vastgoedmarkt in Nederland (Van der Vlist, 2009).

---

[2] Aangepaste ouderenwoningen kunnen worden onderverdeeld in (1) ingrijpend aangepaste zelfstandige woningen, (2) zelfstandige woningen in een beschutte omgeving, (3) onzelfstandige woningen in een beschutte (intramurale) omgeving en (4) onzelfstandige woningen in een beschermde (intramurale) omgeving. Zie paragraaf 3.1.

Dat is in de markt voor zorgvastgoed niet anders (Van Elp, Van Zaal, & Zuidema, 2012). Het aantal ouderen in Nederland en hun kenmerken zijn van invloed op de behoefte aan aangepaste woonvormen.

Het aantal ouderen zal de komende jaren flink stijgen. Het Planbureau voor de Leefomgeving (2013) verwacht dat in 2040 ongeveer 4,7 miljoen mensen in Nederland wonen met een leeftijd boven de 65 jaar. Dat is bijna anderhalf keer zoveel als op 1 januari 2014. In tabel 1 is weergegeven hoe het aandeel ouderen van de bevolking in Nederland zich de komende jaren zal ontwikkelen. De grijze druk[3] bereikt haar maximum in 2040 (Castelijns, Van Kollenburg, & Te Meerman, 2013).

	2014	2025	2035	2040	2050	2060
Totale bevolking	16.824.132	17.389.100	17.739.188	17.815.632	17.853.024	17.898.882
(Potentiële) beroepsbevolking	10.052.500	9.894.700	9.402.700	9.282.000	9.435.258	9.453.453
Grijze druk	29%	38%	48%	51%	50%	50%
Aandeel 65-plussers	17%	22%	26%	27%	26%	26%
Aandeel 75-plussers	7%	10%	13%	15%	16%	16%

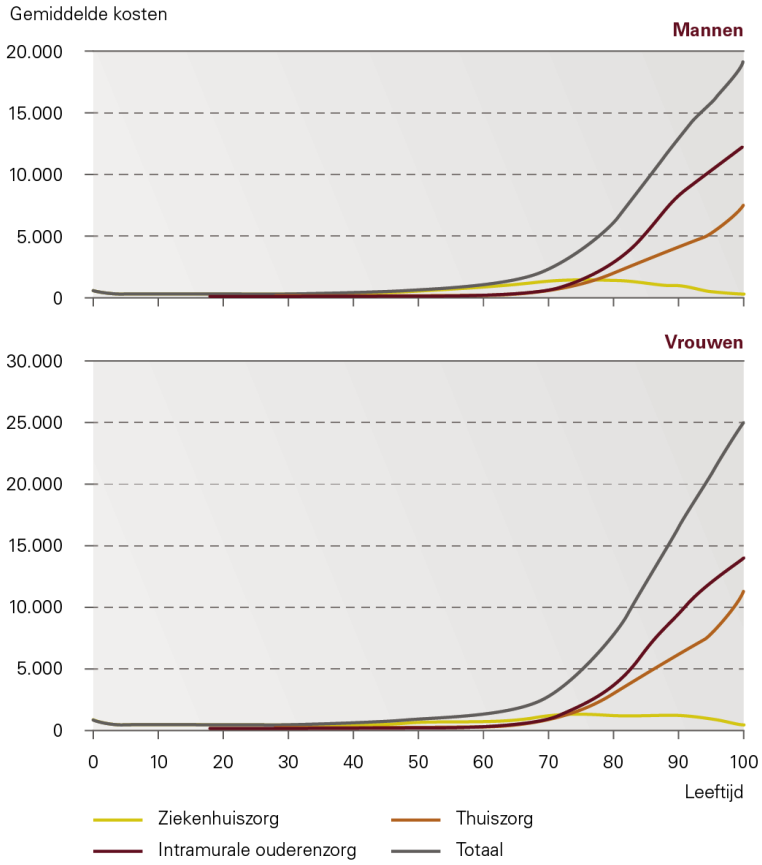
Tabel 1: Bevolkingsprognoses tot 2060. Bron: CBS (2014) en PBL (2014).

In tabel 1 is zichtbaar dat de grijze druk in 2040 bijna is verdubbeld ten opzichte van 2014. In de tabel is ook de ontwikkeling van het aandeel 65-plussers en het aandeel 75-plussers weergegeven. Als wordt gekeken naar het verschil tussen de ontwikkeling van 65-plussers en 75-plussers valt op dat de groei van het aandeel 75-plussers pas later afneemt dan de groei van 65-plussers: na 2040 neemt de groei van 65-plussers af terwijl de groei van 75-plussers pas in 2050 afneemt.

2.1.2 Doelgroep: 75-plussers

Er zijn twee redenen om de doelgroep te verengen van 65-plussers tot uitsluitend 75-plussers. Allereerst neemt de levensverwachting onder ouderen de komende jaren toe (Van Nimwegen & Van Praag, 2012). Ouderen tussen de 65 en 75 jaar oud kunnen in de meeste gevallen, en in toenemende mate prima zelfstandig wonen. Ten tweede neemt de zorgvraag onder ouderen significant toe na de 75 jaar. De zorgconsumptie van mannen en vrouwen uit figuur 3 geeft aan op welke leeftijd ouderen meer zorg nodig hebben.

[3] De grijze druk omvat het aandeel 65-plussers ten opzichte van de (potentiële) beroepsbevolking.



Figuur 3: Gemiddelde kosten over de levensloop voor mannen en vrouwen, uitgesplitst naar ziekenhuiszorg, extramurale- en intramurale ouderenzorg (kosten in euro's, peiljaar 2000). Bron: Poos et al. (2008).

Uit figuur 3 blijkt dat de zorgconsumptie pas echt sterk zal stijgen als ouderen de leeftijd van 75 jaar hebben bereikt (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013) zie ook: (Poos, Smit, Groen, Kommer, & Slobbe, 2008) . De gemiddelde totale jaarlijkse zorgkosten stijgen bij mannen van € 5.000,- voor mannen met een leeftijd van 75 jaar naar €10.000,- bij een leeftijd van 85 jaar. Bij vrouwen is dit € 5.000,- per jaar op 75-jarige leeftijd en € 15.000,- per jaar op 85-jarige leeftijd. Kortom, de langere levensverwachting en het feit dat ouderen pas vanaf 75 jaar meer zorg consumeren, geven aan dat het niet zinvol is om te kijken naar 65-plussers maar naar 75-plussers.

Ook in de literatuur wordt veelal gesproken over 75-plussers als wordt gekeken naar het gedrag van ouderen op de markt van zorg en wonen. Onder meer Castelijns, Van Kollenburg, & Te Meerman (2013), De Groot et al (2013), Van Galen et al (2013) en Van Iersel & Leidelmeijer (2010) nemen de groep 75-plussers als uitgangspunt.

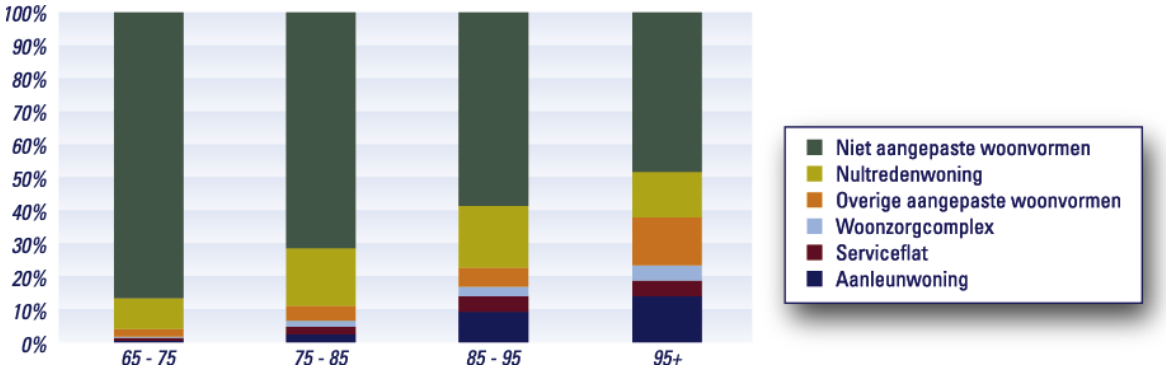
2.1.3 Ouderen op de woningmarkt

Een tweede inzicht na analyse van demografische gegevens volgt uit het aantal ouderen dat per leeftijdscohort in een intramurale instelling of een andere woonvorm woont die speciaal bestemd is voor ouderen. Deze ontwikkeling kan inzicht geven in de determinanten voor het gebruik van zorg in Nederland.

Tot aan de leeftijd van 75 jaar wonen ouderen voornamelijk nog zelfstandig (De Klerk, 2011). In het onderzoek 'Zorg in de laatste jaren' van het SCP laat De Klerk (2011) zien dat het aantal ouderen in instellingen toeneemt van 6% voor ouderen met een leeftijd tussen de 75 en 79 jaar tot aan 10% van de ouderen met een 80-84 jarige leeftijd. Uit het onderzoek blijkt verder dat van de ouderen met een leeftijd van 85-89 jaar 21% in een instelling woont en dat van de ouderen met een leeftijd van 90-94 jaar 40% in een instelling woont. Bij ouderen met een leeftijd van 95 jaar of ouder woont het merendeel in een instelling, ruim 50%.

De cijfers van het SCP (2008) duiden dat met name 75-plussers in een instellingen wonen. Dit ligt in lijn met de eerdere conclusie dat met name 75-plussers behoefte hebben aan een aangepaste woonomgeving.

Het aantal ouderen dat gebruikmaakt van een woonvorm bestemd voor ouderen anders dan intramurale instellingen blijkt uit het WoON 2012, zie figuur 4.



Figuur 4: Ouderen woonachtig in een niet intramurale woonvorm. Bron: WoON 2012, eigen bewerking.

Uit figuur 4 blijkt dat ouderen met een leeftijd boven de 75 jaar vaker kiezen voor wonen met zorg: de aanleunwoning, de serviceflat, het woon-zorgcomplex of andere vormen van wonen met zorg. Ouderen met een leeftijd tussen de 65 en 75 jaar wonen voornamelijk in woonvormen zonder zorg zoals woningen die helemaal niet zijn aangepast of een nultredenwoning[4]. Meer over aangepaste woningen voor ouderen wordt beschreven in hoofdstuk 3.

---

[4] Een nultredenwoning is vanaf straatniveau zonder traplopen bereikbaar (externe toegankelijkheid) en de primaire ruimten in de woning zoals de badkamer, keuken, woonkamer en ten minste één slaapkamer zijn zonder traplopen bereikbaar, ook wel de interne toegankelijkheid genoemd (Van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Zie paragraaf 3.2.

2.1.4 Regionale verschillen in grijze druk

Het Planbureau voor de Leefomgeving (2014) geeft regionale demografische prognoses. Hieruit kunnen bevolkingsprognoses eenvoudig worden herleid. In tabel 2 is het aandeel 75-plussers in 2014 en 2040 per provincie weergegeven.

	2014	*2040*	*Toename*
Friesland	*19%*	*30%*	*+11%*
Gelderland	*18%*	*29%*	*+11%*
Flevoland	*11%*	*22%*	*+10%*
Drenthe	*20%*	*31%*	*+10%*
Limburg	*21%*	*31%*	*+10%*
Overijssel	*17%*	*27%*	*+10%*
Noord-Brabant	*18%*	*27%*	*+9%*
Zeeland	*21%*	*31%*	*+9%*
Utrecht	*15%*	*24%*	*+9%*
Noord-Holland	*16%*	*25%*	*+9%*
Zuid-Holland	*17%*	*25%*	*+8%*
Groningen	*18%*	*25%*	*+8%*

Tabel 2: Aandeel 75-plussers ten opzichte van potentiele beroepsbevolking per provincie. Bron: PBL (2013).

De gegevens uit tabel 2 zijn gerangschikt op toename van het aandeel 75-plussers. De tabel toont dat zowel nu als in de toekomst het aandeel 75-plussers van de provincies Zeeland, Drenthe en Limburg het hoogst zal zijn: van 21% in 2014 tot 31% in 2040. De provincies Friesland, Gelderland en Flevoland hebben te maken met de grootste toename van het aandeel 75-plussers.

2.2 Gezondheid

In deze paragraaf wordt de gezondheid van 75-plussers beschreven. Allereerst zullen de beperkingen van de gezondheid worden gekwalificeerd. Hierin is onderscheid te maken in lichamelijke beperkingen en psychische beperkingen. Vervolgens wordt inzichtelijk gemaakt hoeveel ouderen momenteel te maken hebben met een dergelijke beperking en hoeveel dit er in de toekomst zullen zijn.

2.2.1 Kwalitatieve beschrijving van zorgvraag

De gezondheid van 75-plussers en de daarmee samenhangende behoefte aan zorg is één van de belangrijkste reden om te willen verhuizen (Van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Volgens Van Iersel & Leidelmeijer (2010) is voor 30% van de verhuis geneigde 55-plussers de gezondheid de reden om te willen verhuizen[5]. Dit is na de ongeschiktheid van de woning (42% van de gevallen) de voornaamste reden voor ouderen om te verhuizen. Ook volgens het WoON 2012 is in bijna 30% van de gewenste verhuizingen de gezondheid en behoefte aan zorg de voornaamste reden.

Zoals gezegd kan de zorgvraag een lichamelijke of psychische oorzaak hebben (Kullberg & Ras, 2004; Van Nimwegen & Van Praag, 2012). Ouderen kunnen bijvoorbeeld niet meer traplopen of zich niet meer wassen (lichamelijke beperkingen). Ouderen kunnen ook te maken krijgen met (beginnend) regieverlies (psychische beperkingen) of gevoelens van onveiligheid. De lichamelijke beperkingen komen vooral voor bij ouderen vanaf 75 jaar. Volgens Kullberg & Ras (2004) vragen de lichamelijke beperkingen om specifieke aanpassingen aan de woning. Ouderen met lichamelijke beperkingen kunnen zelfstandig blijven wonen in een aangepaste woning, mogelijk aangevuld met extramurale zorg. Bij de behoefte van ouderen met psychische beperkingen ligt de focus meer op zorg en pas daarna op de aanpassingen van de woning (Kullberg & Ras, 2004). Het kan ook zijn dat de psychische beperkingen gepaard gaan met lichamelijke beperkingen. Ouderen hebben dan een hogere zorgvraag waarbij de woonomgeving sterk moet zijn aangepast (Van Nimwegen & Van Praag, 2012). De groep ouderen met psychische beperkingen hebben primair behoefte aan (intramurale) zorgverlening. Deze groep behoudt een indicatie tot een intramurale woonomgeving en valt buiten het kader van dit onderzoek

Om te beoordelen of 75-plussers te maken hebben met lichamelijke beperkingen kan gekeken worden naar het zorgzwaartepakket (zzp) waarvoor zij in aanmerking kunnen komen. Er zijn echter ook ouderen met lichamelijke beperkingen die geen zzp aanvragen of deze niet verzilveren: 14% van de ouderen die aangeeft ‘ernstige beperkingen’ te hebben woont volgens het WoON 2012 nog in een onaangepaste woning.

Mede om die reden zal niet worden gekeken naar verleende zzp-indicaties, maar wordt de lichamelijke beperkingenmaat van het Sociaal Cultureel Planbureau aangehouden. De SCP-beperkingenmaat verdeelt lichamelijke beperkingen in ‘geen beperkingen’, ‘lichte beperkingen’, ‘matige beperkingen’ en ‘ernstige beperkingen’ en is meegenomen in het WoON 2012. De SCP-beperkingenmaat is een samengestelde variabele die is herleid uit een aantal andere variabelen, zie bijlage 2. Met het WoON 2012 is dus te achterhalen hoeveel ouderen te maken hebben met lichamelijke beperkingen.

---

[5] In *‘Senioren op de Woningmarkt’* benoemen Van Iersel & Leidelmeijer (2010) overige redenen om te verhuizen als verwaarloosbaar. Zij geven ook aan dat de ongeschiktheid van de huidige woningen als reden veel voorkomt bij de verhuisgeneigde ‘jongere ouderen’ terwijl de gezondheid meer wordt aangedragen als verhuisreden bij ‘oudere ouderen’.

Of ouderen met ‘lichte beperkingen’ en ‘matige beperkingen’ behoefte hebben aan een aangepaste woonomgeving is vaak afhankelijk van de aanwezigheid van een partner (zie paragraaf 2.4; (Castelijns, Van Kollenburg, & Te Meerman, 2013)). Op basis van het WoON 2012 kunnen nu groepen 75-plussers met lichamelijke beperkingen omschreven worden. Allereerst is er een groep zonder lichamelijke beperkingen, de huishoudsamenstelling is dan minder relevant. Ten tweede is een groep van 75-plussers met lichte of matige lichamelijke beperkingen, maar wel een partner die geen lichamelijke beperkingen heeft. Ten derde is er de groep 75-plussers met lichte of matige lichamelijke beperkingen en geen (vitale) partner. Een vierde groep, tot slot, bestaat uit de 75-plusser met ernstige lichamelijke beperkingen. Het hebben van een partner is dan minder relevant.

2.2.2 Kwantitatieve beschrijving van de zorgvraag voor beschut wonen

In de vorige paragraaf is omschreven met welke lichamelijke beperkingen 75-plussers te maken kunnen hebben. Daarbij zijn lichamelijke beperkingen ingedeeld aan de hand de SCP-beperkingenmaat. In deze paragraaf wordt omschreven hoeveel 75-plussers te maken hebben met lichamelijke beperkingen.

De invloed van lichamelijke beperkingen op de zelfredzaamheid van ouderen kan worden verkleind door de aanwezigheid van een partner (Woittiez, Eggink, Jonker, & Sadiraj, 2009). De partner kan in dat geval optreden als mantelzorger. Om die reden is het noodzakelijk om de lichamelijke beperkingen van de partner ook mee te nemen. Immers, een partner met ernstige beperkingen kan moeilijker optreden als mantelzorger. In tabel 3 is weergegeven met welke lichamelijke beperkingen 75-plussers en hun partners volgens het WoON 2012 te maken hadden.

			Lichamelijke beperkingen partner			
	N=5.920	Geen partner	Geen beperking	Lichte beperking	Matige beperking	Ernstige beperking
Lichamelijke beperkingen 75-plusser	Geen beperking	20,9%	18,4%	2,1%	4,8%	2,1%
	Lichte beperking	4,8%	1,7%	0,3%	1,2%	0,4%
	Matige beperking	18,7%	4,7%	1,2%	4,2%	2,3%
	Ernstige beperking	8,3%	1,4%	0,2%	1,3%	1,1%

Tabel 3: Lichamelijke beperkingen van 75-plussers en hun (eventuele) partner. Eigen bewerking op basis van het WoON 2012. De weegvariabelen van het WoON zijn gebruikt om te generaliseren.

Samengevat volgt uit tabel 3 dat de eerste groep, 75-plussers zonder beperkingen, bestaat uit 53% van de groep 75-plussers: 524.903 ouderen. De tweede groep, ouderen met lichte of matige beperkingen en een partner zonder beperkingen, bestaat uit 6,5% van de 75-plussers ofwel 70.210 ouderen. De derde groep, lichte of matige lichamelijke beperkingen maar geen partner of de partner heeft zelf ook beperkingen, bestaat uit 18,7% van de 75-plussers (359.632 ouderen). De vierde groep, tot slot, betreft de groep 75-plussers met ernstige beperkingen. Dit gaat om 12% van de 75-plussers ofwel 132.723 ouderen.

2.3 Sociale kenmerken van de leefomgeving

In het kader van de geschiktheid van de huisvesting voor ouderen spelen niet alleen fysieke maar ook sociale kenmerken van de leefomgeving een belangrijke rol. In deze paragraaf worden structurele variabelen beschreven die de sociale kenmerken van de huisvesting voor 75-plussers bepalen. De belangrijkste sociale kenmerken van 75-plussers die relevant zijn voor dit onderzoek zijn hun (mogelijke) eenzaamheid, aanwezigheid van mantelzorg en veiligheid (Schnabel, Bijl, & de Hart, 2008; Kloosterman & van der Houwen, 2014; RIVM, 2014; Lijzenga & Van Der Waals, 2014). Hierna worden deze structurele variabelen kwalitatief en kwantitatief beschreven.

2.3.1 Kwalitatieve beschrijving van sociale kenmerken van de huisvesting

Ten eerste is het tegengaan van vereenzaming van belang als wordt gekeken naar het sociaal netwerk van ouderen in relatie tot hun zelfredzaamheid (Schnabel, Bijl, & de Hart, 2008). Vereenzaming kan een reden zijn voor ouderen om te kiezen voor een andere woonvorm (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013). Volgens De Groot en anderen (2013) is de kans op vereenzaming een groot nadeel van langer zelfstandig wonen in de huidige woning. Eenzaamheid kan worden geduid als het (negatieve) gevoel dat ouderen hebben over de kwaliteit van sociale contacten, ofwel: het is niet alleen belangrijk hoe vaak ouderen hun vrienden of familie zien maar ook de betekenis die zij hieraan geven is van belang (TNS/NIPO, 2008). Ouderen hebben een grotere kans op eenzaamheid. Oorzaken die hiertoe leiden zijn het overlijden van de partner, het toenemen van lichamelijke beperkingen (mobiliteit, gehoor en visus problemen) en de vermindering van het sociaal netwerk (Dorrestein, Paes, & van Santvoort, 2009). Met name dit laatste hangt sterk samen met een hoge kans op vereenzaming (zie onder andere Schnabel en anderen (2008) en Kloosterman & van der Houwen (2014). Uit publicaties van onder meer het RIVM (2014) en de Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM (2012) blijkt dat eenzaamheid onder 75-plussers het hoogst is. Zij concluderen ook dat eenzaamheid onder ouderen met lichamelijke beperkingen hoger is dan onder ouderen zonder lichamelijke beperkingen.

Ten tweede is mantelzorg van belang. Mantelzorg is de belangrijke indicator voor een sterke sociale omgeving, en dient als 'buffer' tegen eenzaamheid. Bovendien kan mantelzorg de zelfredzaamheid van ouderen vergroten. Als gevolg daarvan neemt de behoefte aan (professionele) extramurale en intramurale ondersteuning af (Castelijns, Van Kollenburg, & Te Meerman, 2013)

Zowel het CBS (2012) als Kullberg & Ras (2004) spreken van 'familie, vrienden, buren of kennissen' over de relatie tussen zorgbehoevende en mantelzorger. In de ouderenzorg zal met name de aanwezigheid van een partner (zonder lichamelijke beperkingen) de kans op mantelzorg verhogen. Op basis hiervan kunnen 75-plussers worden onderverdeeld in een eerste groep 75-plussers mét vitale partner en een tweede groep 75-plussers die geen partner hebben of een partner hebben die zelf ook te maken heeft met lichamelijke beperkingen.

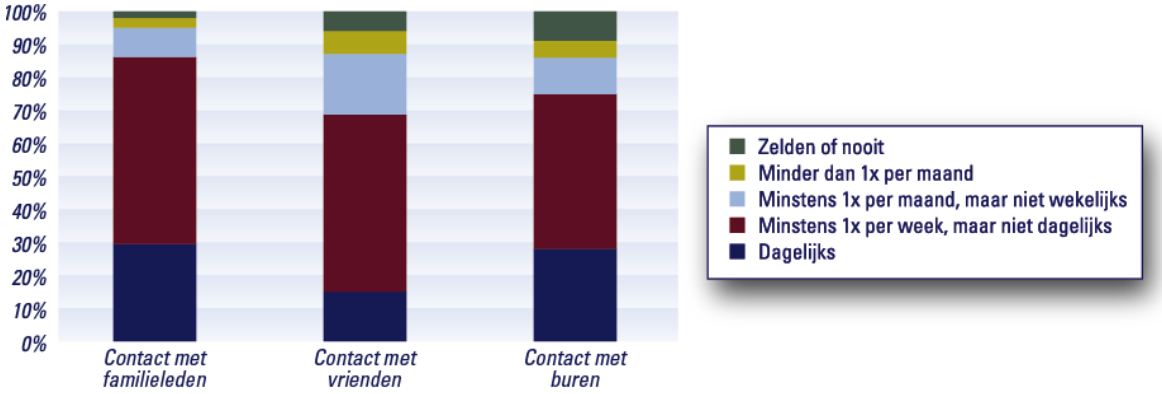
Een laatste kenmerk van de sociale omgeving van ouderen, dat relevant is voor dit onderzoek, is het gevoel van veiligheid en bescherming (Lijzenga & Van Der Waals, 2014). Het gevoel van onveiligheid is volgens Lijzenga & Van Der Waals (2014) één van de overwegingen voor ouderen om te kiezen voor een aangepaste woonomgeving.

Ook voor de naasten van de 75-plussers speelt veiligheid een rol. Familie van ouderen zijn bijvoorbeeld meer gerustgesteld indien ouderen in de buurt wonen van een zorgsteunpunt waar vanuit een zorgverlener naar hen omkijkt.

2.3.2 Kwantitatieve beschrijving sociale kenmerken 75-plussers

Een kwantitatieve beschrijving van de (relevante) sociale kenmerken van 75-plussers maakt allereerst de contactfrequentie met vrienden of familie inzichtelijk. Vervolgens zal de aanwezigheid van mantelzorg voor de 75-plussers worden gekwantificeerd. Voor dit onderzoek wordt daarin onderscheid gemaakt tussen eenpersoonshuishoudens en tweepersoonshuishoudens. Cijfers over gevoelens van veiligheid zijn niet voorhanden.

Allereerst kan op basis van de literatuur eenzaamheid onder 75-plussers kwantitatief worden beschreven. Contact met de partner, familie of vrienden wordt genoemd als de belangrijkste voorspeller van eenzaamheid. Hoe vaker ouderen contact hebben met familie of vrienden, hoe kleiner de kans op eenzaamheid (Schnabel, Bijl, & de Hart, 2008; Van Campen, 2011). In figuur 5 is de contactfrequentie met vrienden en familie weergegeven bij 75 plussers.



Figuur 5: Contactfrequentie met familieleden, vrienden en buren onder 75-plussers in 2012. Bron: Kloosterman & van der Houwen (2013).

Figuur 5 maakt duidelijk dat onder de 75-plussers 15% beperkt contact heeft met familie: ‘zelden of nooit’ tot ‘minder dan één per maand’. Ook de groep ouderen die beperkt contact hebben met vrienden (32%) en buren (25%) is aanzienlijk. Dit betekent dat voor de huidige populatie 75-plussers, een grote groep verhoogde kans heeft op eenzaamheid. Uit het WoON 2012 is te herleiden dat 8% van de 75-plussers zowel beperkt contact hebben met familie als met vrienden.

Nu is gesteld dat eenzaamheid wordt bepaald door de waarde die ouderen hechten aan bovenstaande contacten. Daarvan is contactfrequentie de belangrijkste voorspeller. Cijfers over eenzaamheid zijn te herleiden uit de Gezondheidsmonitor GGD’en, CBS en RIVM (2012). Daaruit blijkt dat ruim 30% van de 65-plussers eenzaam is. Ongeveer 10% van de 75-plussers is zelfs ‘zeer ernstig eenzaam’.

Een tweede kwantitatieve beschrijving over sociale kenmerken stelt de (mogelijke) mantelzorg centraal. Of ouderen mantelzorg krijgen is afhankelijk van veel factoren (Sadiraj, Timmermans, Ras, & de Boer, 2009).

Uit het onderzoek van het SCP (2009) blijkt het krijgen van mantelzorg afhankelijk te zijn van drie groepen determinanten te weten persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en situationele kenmerken. Het is voor dit onderzoek niet relevant alle determinanten mee te nemen. Hier wordt volstaan met de samenstelling van het huishouden en het hebben van kinderen. De beschrijving van mantelzorg volgt uit een analyse van 75-plussers en hun huishouden. Volgens het CBS (2013) heeft van alle 75-plussers ruim 80% geen vitale partner (zie paragraaf 2.2). Uit het WoON 2012 blijkt dat 50% van de 75-plussers een partner noch een kind hebben. Cijfers over de exacte rol van kinderen als mantelzorger zijn niet voorhanden.

2.4 Financiële positie

In deze paragraaf wordt de financiële positie van 75-plussers toegelicht. De financiële positie van ouderen is van belang omdat deze in grote mate bepaalt of ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen.

De welvaartspositie van ouderen is gemiddeld gestegen: in 1990 had 85% van de huishoudens boven de 75 jaar nog een laag inkomen, terwijl in 2006 nog 68% van de huishoudens boven de 75 jaar een laag inkomen had (Van Iersel & Leidelmeijer, 2010). Volgens van Iersel & Leidelmeijer (2010) spelen de volgende indicatoren een rol die de invloed van financiële positie op zelfredzaamheid beschrijven:

- Eigendomsverhouding huidige woning.
- Inkomen.
- Vrij vermogen.

In dit hoofdstuk wordt de financiële positie van ouderen omschreven aan de hand van deze indicatoren. Allereerst wordt de invloed van de indicatoren op de financiële positie van 75-plussers beschreven. Vervolgens wordt gekeken welke 75-plussers een bepaalde financiële positie innemen.

2.4.1 Kwalitatieve beschrijving financiële positie ouderen

Eigendomsverhouding huidige woning

In de eigendomsverhouding van de woning van 75-plussers kan onderscheid gemaakt worden tussen eigenaar-bewoners en huurders. Eigenaar-bewoners hebben vaak een restwaarde in hun woning, terwijl huurders op die wijze geen vermogen hebben opgebouwd. Om die reden moet gekeken worden naar de eigendomsverhouding van de huidige woning van 75-plussers als gesproken wordt over de financiële positie. 75-plussers met een lager inkomen kunnen bijvoorbeeld wel een vermogen hebben opgebouwd in de vorm van de restwaarde van hun huidige woning (Kullberg J. , 2005).

Inkomen

Uit de literatuur blijkt dat het inkomen van 75-plussers op twee verschillende manieren invloed heeft op de (toekomstige) aangepaste woonomgeving. Allereerst stelt het inkomen ouderen in staat om zelf de huidige woning aan te passen om zodoende zo lang mogelijk zelfstandig te wonen.

Ten tweede kunnen ouderen met een hoger inkomen kiezen voor andere, veelal luxere, woonvormen zoals de serviceflats en particuliere woon-zorgcomplexen (zie paragraaf 3.2).

Uit de literatuur blijkt dat het inkomen ook invloed heeft op de verhuisgeneigdheid van ouderen (Van Iersel & Leidelmeijer, 2010; Kullberg J. , 2005). Volgens van Iersel & Leidelmeijer (2010) zijn met name ouderen met een hoger inkomen minder verhuis geneigd dan ouderen met een laag inkomen. Dit heeft te maken met het feit dat deze ouderen veelal een koopwoning bewonen waarin zij zelfstandig willen blijven wonen.

Vrij vermogen

Uit de literatuur blijkt dat het vrij vermogen om twee redenen relevant is. Allereerst benoemen zowel Van Iersel & Leidelmeijer (2013) als de Groot et al. (2013) dat – in tegenstelling tot het verzilveren van de huidige woning[6] – het vrij vermogen wél ingezet wordt voor het bekostigen van zorg (31% van de 55-plussers) of het aanpassen van de huidige woning (33% van de 55-plussers). Ten tweede speelt het vrij vermogen een rol als ouderen willen wonen in een intramurale omgeving. Op basis van het vrij vermogen betalen 75-plussers mogelijk een eigen bijdrage als zij onzelfstandig willen wonen (ANBO, 2013). De eigen bijdrage is per 2014 verhoogd van 4% naar 12% voor 75-plussers met eigen vermogen tot een maximum van bijna € 2.200,-. De verhoging van de eigen bijdrage heeft tot gevolg dat ouderen met vermogen minder snel kiezen voor een woning in een intramurale omgeving.

2.4.2 Kwantitatieve beschrijving financiële positie 75-plussers

Om de verdeling van het inkomen en vrij vermogen onder 75-plussers inzichtelijk te maken, zullen 75-plussers in dit hoofdstuk worden onderverdeeld naar eigendomsverhouding van de huidige woning. Allereerst wordt het inkomen en vermogen van eigenaar-bewoners beschreven. Volgens het WoON 2012 waren bijna 495.000 van de 75-plussers in 2012 eigenaar-bewoner (42,1%). Vervolgens wordt de financiële positie van 75-plussers besproken die in een particuliere huurwoning wonen. Volgens het WoON 2012 gaat het dan om 130.000 ouderen (11% van de 75-plussers). Tot slot zal de groep 75-plussers omschreven worden die woonachtig zijn in een sociale huurwoning. Dit zijn er bijna 553.500 (47% van de 75-plussers).

In deze paragraaf wordt het inkomen van 75-plussers verdeeld in inkomensklassen ‘beneden modaal’, ‘tot twee keer modaal’ en ‘meer dan twee keer modaal’ inkomen. Het modale inkomen voor 2013 is volgens het CBS (2014) € 32.500,-. Verreweg de meeste bewoners van de verzorgingshuizen zijn afkomstig uit de inkomensklasse ‘beneden modaal’.

---

[6] Verzilveren van de woning is in Nederland op verschillende manieren mogelijk. De Groot en anderen (2013) noemen de opeethypotheek als methode (hypotheken die de overwaarde van het huis verzilveren). Ook kunnen ouderen hun woning verkopen aan vastgoedmaatschappijen om deze vervolgens terug te huren. In beide gevallen komt vermogen vrij om de zorgvraag of mogelijke aanpassingen in de woning te bekostigen. Echter, de meerderheid van de eigenaar-bewoners staat hier niet voor open.

Eigenaar-bewoners

In tabel 4 is weergegeven hoeveel eigenaar-bewoners behoren tot een inkomensklasse. Daarbij is ook aangegeven wat, volgens het WoON 2012, de restwaarde van hun woning en hun gemiddeld vrij vermogen is.

	Aantal 75-plussers (%)	Gemiddelde restwaarde woning	Gemiddeld vrij vermogen
Beneden modaal	18,0%	276.220	54.355
Tot 2x modaal	18,0%	311.180	133.855
Boven 2x modaal	5,1%	468.030	626.577

Tabel 4: Aantal eigenaar-bewoners met een leeftijd van 75 en hoger en de verwachte verkoopwaarde van hun woning. Ook het vrij vermogen is weergegeven. Bron: WoON 2012.

Uit tabel 4 blijkt dat 18% van de eigenaar-bewoners (363.400 75-plussers) een beneden modaal inkomen heeft. Deze eerste groep heeft een gemiddelde restwaarde in de huidige woning van circa € 280.000,- en een vrij vermogen van € 55.000,-. Een tweede groep eigenaar-bewoners betreft ook 18% van de 75-plussers. Deze ouderen hebben een inkomen tot 2 keer modaal, een koopwoning met een verwachte verkoopwaarde van ruim € 310.000,- en een vrij vermogen rond de € 130.000,-. De laatste groep eigenaar-bewoners bestaat uit 102.960 75-plussers (5,1%) en heeft een inkomen hoger dan 2 keer modaal. Deze ouderen hebben een woning met een verwachte verkoopwaarde van € 468.000,- en een vrij vermogen van € 627.000,-.

Bewoners particulier huurwoning

Zoals gezegd wonen ruim 200.000 75-plussers momenteel in een particuliere huurwoning. In tabel 5 is de verdeling over de inkomensklassen van deze huurders weergegeven. Ook hier is het gemiddelde vrij vermogen genoteerd.

	Aantal 75-plussers (%)	Gemiddeld vrij vermogen
Beneden modaal	7,0%	42.275
Tot 2x modaal	3,2%	104.730
Boven 2x modaal	0,4%	Niet betrouwbaar

Tabel 5: Aantal 75-plussers met een particuliere huurwoning per inkomensklasse. Ook het vrij vermogen is weergegeven. Bron: WoON 2012.

Uit tabel 5 blijkt dat 75-plussers met een particuliere huurwoning en een beneden modaal inkomen een vrij vermogen hebben van ongeveer € 40.000,-. Deze groep bestaat uit ongeveer 141.320 (7,0%) 75-plussers. De tweede groep huurders, ongeveer 65.000 75-plussers, met een inkomen tot 2 keer modaal hebben een vrij vermogen van ongeveer € 105.000,-. Over de laatste groep valt eigenlijk niets betrouwbaars te zeggen. Deze groep bestaat uit ongeveer 8.000 ouderen die een particuliere huurwoning bewonen.

Bewoners sociale huurwoning

Een laatste groep 75-plussers bestaat uit ouderen die een sociale huurwoning bewonen. In tabel 6 is het aantal van deze 75-plussers weergegeven en hun gemiddelde vrij vermogen.

	Aantal 75-plussers (%)	*Gemiddeld vrij vermogen*
Beneden modaal	*38,5%*	*15.300*
Tot 2x modaal	*6,8%*	*71.910*
Boven 2x modaal	*0,4%*	*Niet betrouwbaar*

Tabel 6: Aantal 75-plussers en hun gemiddeld vrij vermogen, dat een sociale huurwoning bewoond. Bron: WoON 2012.

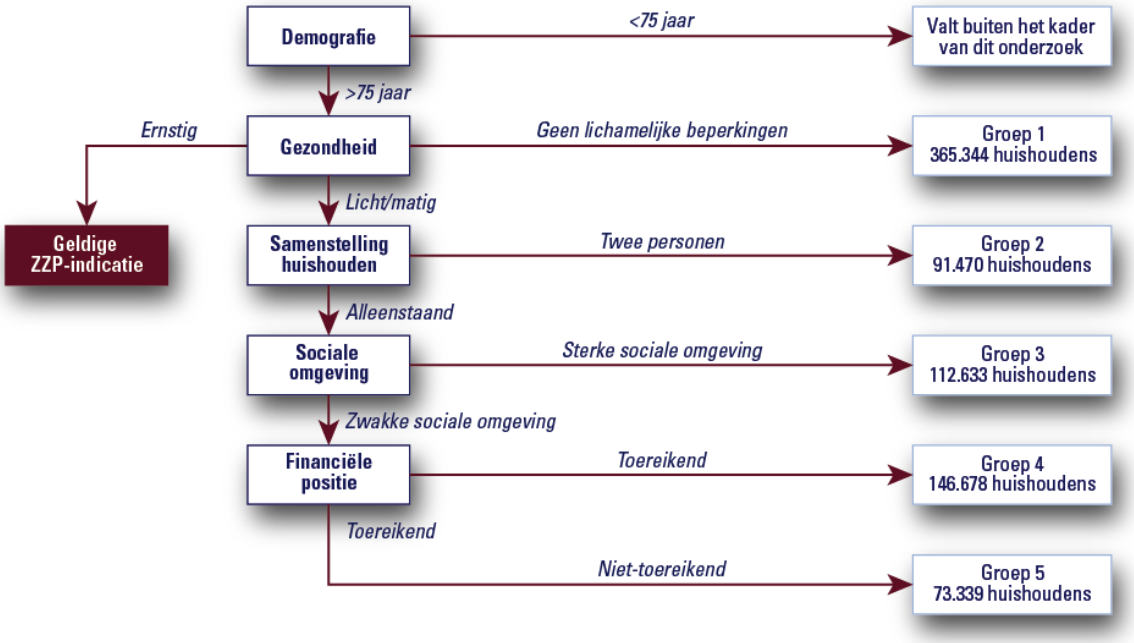
In tabel 6 is de grootste groep 75-plussers weergegeven: 38,5% van de 75-plussers (777.275). Dit zijn de bewoners van een sociale huurwoning met een beneden modaal inkomen. Deze groep heeft een gemiddeld vrij vermogen van € 15.300,-. De tweede groep 75-plussers met een sociale huurwoning bestaat uit 137.285 ouderen (6,8%) die tot 2 keer modaal verdienen en een vrij vermogen hebben van circa € 72.000,-. De gegevens van de laatste groep ouderen met een sociale huurwoning en een inkomen hoger dan 2 keer modaal zijn niet betrouwbaar.

2.5 Discussie: verschillende groepen ouderen met zorgvraag

In dit hoofdstuk zijn kenmerken (structurele variabelen) beschreven van ouderen met een zorgvraag. Uit een analyse van demografische kenmerken en prognoses volgt dat de doelgroep voor aangepaste woningen bestaat uit 75-plussers. Het aantal ouderen met een zorgvraag per leeftijdscohort, de samenhangende zorgkosten en de woonvorm waar ouderen momenteel wonen geven aan dat het zinvol is de doelgroep te verengen tot 75-plussers. In 2014 woonden er bijna 1,2 miljoen 75-plussers in Nederland. In 2060 zullen dit er ruim 2,8 miljoen zijn.

Aan de hand van drie structurele variabelen kan de behoefte van ouderen aan een specifieke woonomgeving worden herleid. In afnemend belang zijn dat lichamelijke, sociale en financiële kenmerken van 75-plussers. Aan de hand van deze kenmerken kunnen 75-plussers worden beschreven.

Op basis van deze structurele variabelen kunnen doelgroepen worden gemaakt van 75-plussers met ieder hun specifieke behoeften op het gebied van wonen en zorg. In figuur 6 is een stroomschema weergegeven waaruit de doelgroepen uit te herleiden zijn.



Figuur 6: Op basis van structurele variabelen kunnen diverse doelgroepen worden benoemd met ieder haar eigen specifieke behoeften.

In figuur 6 staan aan de linkerkant de structurele variabelen die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen. In afnemend belang zijn dat demografie en de gezondheid, sociale kenmerken en financiële positie van 75-plussers. De samenstelling van het huishouden heeft invloed op de gezondheid van ouderen: ouderen met lichte tot matige lichamelijke beperkingen kunnen langer zelfstandig blijven wonen indien zij een vitale partner hebben.

Een eerste onderverdeling volgt aan de hand van demografische kenmerken: 789.464 huishoudens hadden in 2012 een gemiddelde leeftijd van 75 jaar of ouder. De huishoudens tot deze leeftijdsgrens vallen buiten dit onderzoek.

Ten tweede is de gezondheid van invloed op de vraag naar geschikte woningen: 365.344 huishoudens met een gemiddelde leeftijd van 75-jaar of hoger hebben geen lichamelijke beperkingen. Deze huishoudens vormen de eerste groep. Voor huishoudens met lichte en matige lichamelijke beperkingen, is de samenstelling van het huishouden van belang: 91.470 huishoudens met lichte en matige beperkingen bestaan uit twee personen. Deze huishoudens vormen de tweede groep.

Voor huishoudens met ernstige lichamelijke beperkingen of alleenstaande huishoudens met lichte of matige lichamelijke beperkingen is de financiële positie relevant. 112.633 van deze huishoudens hadden een toereikende financiële positie. Deze huishoudens vormen de derde groep.

De vierde groep bestaat uit de overige huishoudens waarvan de financiële positie niet toereikend is maar die wel een sterke sociale omgeving hebben (kleinere kans op eenzaamheid en geen gevoelens voor angst).

Deze groep ouderen is niet uit het WoON 2012 te herleiden omdat hierin geen vragen worden gesteld met betrekking tot eenzaamheid. Volgens het CBS (2014) is een derde van deze groep ouderen eenzaam, en 10% zeer ernstig eenzaam. Groep vier bestaat uit 146.678 huishoudens. Dan volgt hieruit direct de vijfde groep ouderen uit alleenstaande huishoudens met lichte of matige lichamelijke beperkingen, of tweepersoons huishoudens met ernstige lichamelijke beperkingen, een niet toereikend financiële positie en een zwakke sociale omgeving: 73.339 huishoudens.

2.6 Resumé

In tabel 7 zijn alle groepen, met hun kenmerken samengevat.

	Groep 1	Groep 2	Groep 3		Groep 4		Groep 5	
Leeftijd	*75+*	*75+*	*75+*	*75+*	*75+*	*75+*	*75+*	*75+*
Lichamelijke beperkingen	*Geen*	*Licht/Matig*	*Licht/Matig*	*Ernstig*	*Licht/Matig*	*Ernstig*	*Licht/Matig*	*Ernstig*
Samenstelling huishouden	*n.v.t.*	*Twee personen*	*Alleen-staand*	*n.v.t.*	*Alleen-staand*	*n.v.t.*	*Alleen-staand*	*N.v.t.*
Financiële positie	*n.v.t.*	*n.v.t.*	*Toereikend*	*Toereikend*	*Niet toereikend*	*Niet toereikend*	*Niet toereikend*	*Niet toereikend*
Sociale omgeving	*n.v.t.*	*n.v.t.*	*n.v.t.*	*n.v.t.*	*Sterk*	*Sterk*	*Zwak*	*Zwak*
Subtotaal	*365.344*	*91.470*	*59.997*	*52.636*	*120.088*	*26.590*	*60.044*	*13.295*
Groepstotaal	***365.344***	***91.470***	***112.633***		***146.678***		***73.339***	

Tabel 7: Verdeling van 75-plussers in vijf groepen op basis van de structurele variabelen uit het literatuuronderzoek.

In tabel 7 bestaat groep 1 uit 75-plussers die geen lichamelijke beperkingen hebben. Deze ouderen hebben momenteel misschien geen behoefte aan een geschikte ouderenwoning, maar het kan voorkomen dat sommige van deze 75-plussers inspelen op de toekomst. In tegenstelling tot de overige doelgroepen zijn dit de ouderen die niet reageren maar anticiperen op een tanende gezondheid (de Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013). Hierdoor kan het mogelijk zijn dat deze groep toch enige behoefte heeft aan geschikte woningen. Uit onderzoek van De Zeeuw (2007) blijkt echter dat het aantal ouderen dat ook echt proactief zal anticiperen, klein is. Zij stellen een verhuizing zo lang mogelijk uit. Om die reden wordt ervan uit gegaan dat deze groep ouderen geen behoefte heeft aan geschikte ouderenwoningen.

Bij het samenstellen van de groepen uit tabel 7 is rekening gehouden met de woonwensen van 75-plussers als gevolg van benoemde kenmerken. In het volgende hoofdstuk worden geschikte ouderenwoning aan de hand van kenmerken verdeeld over vijf groepen. Bij het verdelen van 75-plussers over vijf doelgroepen en geschikte woningen over vijf doelgroepen, is een vraag-en-aanbodanalyse mogelijk.

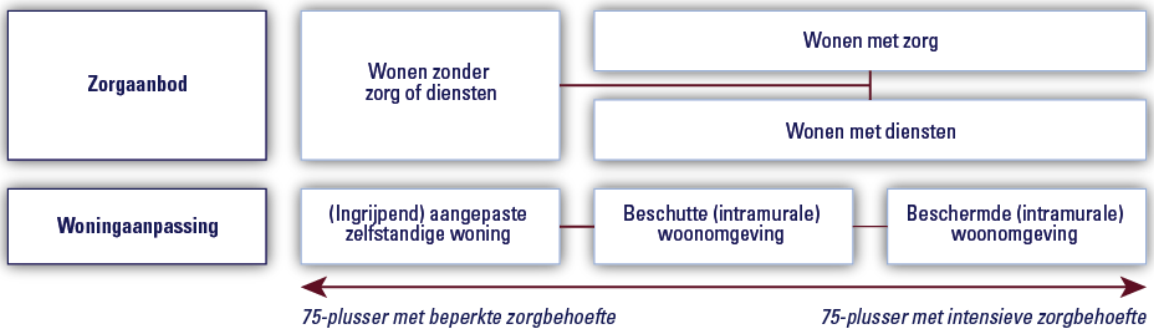
3. Huisvesting en zorgaanbod

In dit hoofdstuk worden geschikte woningen voor 75-plussers met een zorgbehoefte beschreven. Allereerst worden kenmerken benoemd die gebruikt kunnen worden om de mate van geschiktheid van woningen voor ouderen met een zorgbehoefte te bepalen. Vervolgens zullen de woningen van 75-plussers kwalitatief en kwantitatief beschreven worden.

3.1 Globale kenmerken van ouderenwoningen

Van de gehele woningvoorraad in Nederland was in 2012 ruim 27% 'geschikt' voor ouderen (Van Galen, Willems, & Poulus, 2013). Een 'geschikte ouderenwoning' blijkt binnen de literatuur een breed begrip; de geschiktheid van een woning hangt af van de specifieke behoefte van ouderen met een zorgvraag en van de kenmerken van de woning.

Verschillende kenmerken van woningen zorgen ervoor dat ze meer of minder geschikt zijn voor ouderen. In de literatuur wordt een aantal kenmerken van ouderenwoningen besproken. In het kader van dit onderzoek zijn twee kenmerken relevant voor dit onderzoek: 'zorgaanbod' en 'woningaanpassing en toezicht'. Zie figuur 7.



Figuur 7: De twee belangrijkste kenmerken van ouderenwoningen afgezet tegen de intensiteit van de zorgbehoefte van 75-plussers.

Het eerste kenmerk 'zorg' beschrijft woningen naar de mate van professionele zorg en/of diensten die geleverd wordt in combinatie met de woning: 'wonen zonder zorg' ten opzichte van 'wonen met diensten' of 'wonen met zorg'. Onder andere Breuer et al. (1992), Sogelée & Brouwer (2003) en De Klerk (2004) beschrijven woningen aan de hand van dit kenmerk. Met 'wonen zonder zorg' wordt bedoeld dat ouderen volledig zelfstandig wonen en zelf hun (extramurale) zorg inkopen of diensten inhuren indien zij daar behoefte aan hebben. 'Wonen met diensten' houdt in dat ouderen zelfstandig wonen maar gebruikmaken van een dienstencentrum dat gelegen is in de nabijheid van de woning. Deze diensten bestaan bijvoorbeeld uit maaltijdverzorging en schoonmaakservice.

Ouderen die ‘wonen met diensten’ regelen zelf (extramurale) zorg om in hun zorgbehoefte te voorzien en bekostigen dat met een persoonsgebonden budget of een volledig pakket thuis[7]. De serviceflat is een voorbeeld van ‘wonen met diensten’: ouderen kopen zelf zorg in en maken gebruik van de diensten die worden geleverd door het dienstencentrum in de serviceflat (Van Galen, Willems, & Poulus, 2013).

Van Galen en anderen (2013) en Van Iersel en anderen (2010) spreken bij ‘wonen met zorg’ over ‘de situatie waarbij een huishouden in de leeftijd van 55 jaar of ouder, in een ouderenwoning zo nodig gebruik kan maken van verpleging of verzorging via een nabijgelegen zorgsteunpunt’ en de ‘combinatie van zelfstandige of onzelfstandige woningen speciaal bestemd voor ouderen en de toegankelijkheid van zorg’. Wonen met zorg is de situatie waarbij een woning in combinatie met zorg geleverd wordt.

Ouderen die een beperkte zorgbehoefte hebben en de regie helemaal zelfstandig kunnen voeren zullen eerder kiezen voor ‘wonen zonder zorg’, terwijl ouderen met matige tot ernstige zorgbehoefte zullen kiezen voor ‘wonen met diensten’, ‘wonen met zorg’ of een combinatie van beiden.

Het tweede kenmerk ‘woningaanpassing en toezicht’ beschrijft de fysieke aanpassing van woningen in combinatie met het toezicht door een professionele organisatie. Hierin wordt onderscheid gemaakt in ‘aangepaste woningen’, ‘woningen in een beschutte omgeving’, en ‘woningen in een beschermde omgeving’.

‘Aangepaste woningen’ zijn woningen die geschikt zijn voor ouderen vanwege de fysieke toegankelijkheid. Twee woonvormen kunnen worden beschreven als ‘aangepaste woningen’. Ten eerste kunnen woningen door de eigenaar zelf geschikt gemaakt zijn door gerichte aanpassingen zoals een traplift of andere speciale voorzieningen. Deze woningen worden tijdens hun levenscyclus (fysiek) geschikt gemaakt voor de zorgbehoevende bewoner. Ten tweede kunnen woningen die speciaal gebouwd zijn voor ouderen worden aangemerkt als aangepaste woningen. Nultredenwoningen zijn een voorbeeld van woningen die specifiek voor mensen met een lichamelijke beperking bedoeld zijn (zie paragraaf 3.2).

In de literatuur bestaat geen eenduidige definitie van ‘beschut wonen’. Omdat deze vorm van wonen voor ouderen centraal staat in dit onderzoek is het noodzakelijk ‘beschut wonen’ eenmalig te definiëren. Aan professionals uit de zorg- en vastgoedsector is gevraagd wat zij verstaan onder ‘beschut wonen’[8]. Daaruit volgt de volgende beschrijving van ‘beschut wonen’:

Beschut wonen: complexgewijs wonen voor ouderen waarbij 24-uur per dag een zorgorganisatie aanwezig is. Voor de bewoners is zorg op afroep mogelijk. Beschut wonen draagt bij aan (1) een veilig gevoel voor de ouderen zelf en de familie van de ouderen en (2) het tegengaan van eenzaamheid van ouderen.

---

[7] Een persoonsgebonden budget (pgb) en een volledig pakket thuis (vpt) zijn alternatieven binnen de bekostiging van AWBZ-zorg. Pgb en vpt hebben betrekking op extramurale zorg.

[8] Zie paragraaf 5.1 voor een toelichting op de interviews met professionals.

Beschermd wonen betreft de woonsituatie waarbij zorgbehoevende ouderen meer intensieve zorg, toezicht en begeleiding krijgen. Ouderen worden in sommige situaties tegen zichzelf in bescherming genomen en kunnen niet zelfstandig de woonomgeving verlaten (Sogeleé & Brouwer, 2003; College voor Zorgverzekeringen, 2013). Het verschil tussen beschut en beschermd wonen is ten eerste het verschil in de intensiteit van zorgverlening en ten tweede de mate van toezicht. Ouderen in een beschermde woonomgeving hebben behoefte aan intensievere zorg dan ouderen in een beschutte woonomgeving. Ouderen in een beschutte woonomgeving maken gebruik van 'zorg op afroep' terwijl ouderen in een beschermde woonomgeving onder toezicht staan van een zorgorganisatie. Toezicht is bedoeld voor het 'afwenden van gevaar voor de cliënt zelf en andere bewoners' (Rijksoverheid, 2014).

Overige kenmerken van woningen die gebruikt worden om verschillende ouderenwoningen te beschrijven zijn de eigendomsverhouding, (on)zelfstandigheid en situering van de woning. Ten eerste zegt de eigendomsverhouding iets over de ouderenwoningen. Ouderenwoningen zijn beschikbaar als koopwoningen, particuliere huurwoningen en sociale huurwoningen. Hierdoor ontstaat een zekere diversiteit voor verschillende groepen ouderen op de woningmarkt. Ten tweede is de (on)zelfstandigheid een kenmerk van de ouderenwoning. Het fysieke verschil is dat zelfstandig wonende ouderen een eigen toegang, eigen keuken en eigen badkamer hebben (Rijksoverheid, 2013). Zij bezitten vaak de woning, of huren die van verhurende organisaties. Onzelfstandige woonvormen delen vaak eenzelfde toegang. De bewoners delen soms (sanitaire) voorzieningen. Onzelfstandige woningen zijn veelal kamers in een verzorgings- of verpleeghuis.

Het onderscheid tussen zelfstandige en onzelfstandige woonvormen heeft ook een juridische grondslag (Kok & Mollema, 2013). Volgens Kok & Mollema (2013) moeten zelfstandige woonvormen voldoen aan strengere eisen conform het Bouwbesluit 2012[9] en is de status vastgelegd in het bestemmingsplan. Onzelfstandige woonvormen kunnen – op basis van de maatschappelijke functie die in het bestemmingsplan is opgenomen – een ontheffing krijgen voor ruimtelijk bestuursrechtelijke regelgeving zoals het Bouwbesluit 2012. Bewoners van onzelfstandige woonvormen in een intramurale omgeving hebben naast een huurcontract ook een zorgcontract met de verhurende partij. De verhurende partij is veelal een woningcorporatie of zorgorganisatie (Rli, 2014). Het kan ook voorkomen dat een combinatie van een woningcorporatie en zorgorganisatie optreedt als verhuurder.

Niet alle vormen van 'wonen met zorg' zijn per definitie onzelfstandige woningen. Een voorbeeld hiervan zijn de aanleunwoningen (zie paragraaf 3.2). Dit is een vorm van 'wonen met zorg' waarbij intramurale zorg verleend wordt in een zelfstandige woning: de woning heeft een eigen adres, een eigen toegang en de bewoners delen de sanitaire ruimten niet met anderen.

[9] Het bouwbesluit benadert ieder gebouw vanuit gebouwfuncties. Voor 'wonen zonder zorg' is dit uitsluitend de woonfunctie, terwijl het bij 'wonen met zorg' gaat om een combinatie van een woonfunctie met een zorgfunctie (Kok & Mollema, 2013).

Tot slot is de situering van ouderenwoningen een relevant kenmerk. (Ouderen)woningen kunnen geclusterd of verspreid gesitueerd zijn. Onder meer Breuer en anderen (1992), Castelijns en anderen (2013) en Elemans & Van Sante (2013) beschrijven de huidige trends in ouderenhuisvesting aan de hand van de situering van woningen. Een eerste verschil tussen beiden is van fysieke aard: verspreide ouderenwoningen zijn willekeurig gesitueerd tussen traditionele woningen, terwijl de geclusterde ouderenwoningen veelal in één complex zijn gesitueerd. Een tweede verschil zit in de combinatie van wonen en zorg. Bij verspreid wonen wordt extramurale zorg geleverd (de zorgverlener gaat naar de oudere toe) terwijl geclusterd wonen voor ouderen is gesitueerd in de buurt van zorgsteunpunten van waaruit intramurale zorg verleend zal worden (Boot & Knapen, 2005).

Verspreid wonen heeft een mogelijk negatief effect voor ouderen met een behoefte aan beschut wonen. Ouderen hebben een grotere kans op eenzaamheid en gevoel van onveiligheid wanneer zij verspreid wonen (Breuer, van de Donk, Hoogdalem, Houben, & van der Voordt, 1992). Breuer en anderen (1992) merken op dat ouderen ‘verder geïndividualiseerd’ kunnen raken als zij niet in de nabijheid van andere ouderen wonen.

3.2 Beschrijving van woningen voor ouderen

Hierna zullen alle typen meer of minder ‘geschikte woningen’ beschreven worden waarin momenteel 75-plussers wonen. Omdat sommige van de ouderen met een zorgvraag momenteel in een ‘niet-geschikte woning’ wonen, wordt ook dit deel van de woningvoorraad beschreven. De woonvormen zullen hierna worden omschreven van ‘minst geschikt’ oplopend naar ‘meest geschikt’ voor ouderen met een zorgbehoefte. Ook zal de woningvoorraad kwantitatief worden beschreven. Zo wordt inzicht gekregen in de tekorten aan geschikte woningen voor ouderen.

3.2.1 Niet-geschikte traditionele woningen

Ouderen met behoefte aan geschikte woningen kunnen om uiteenlopende redenen nog steeds in traditionele woningen wonen. De twee belangrijkste redenen zijn volgens De Groot en anderen (2013) dat ouderen die wel graag zouden willen verhuizen, een geschikte woning niet in de omgeving kunnen vinden, of in afwachting zijn van de verkoop van de huidige woning.

Niet-geschikte woonvormen zijn traditionele woningen waarbij óf de interne óf de externe toegankelijkheid niet geschikt is voor ouderen. Bewoners van niet-geschikte traditionele woningen zullen vaak gebruik moeten maken van een trap om alle primaire ruimten te kunnen bereiken (keuken, woonkamer, badkamer en ten minste één slaapkamer). Niet- geschikte traditionele woningen zijn per definitie zelfstandig en niet aangepast. Het gaat hier om ‘wonen zonder zorg’: indien de bewoner een zorgbehoefte heeft zal hij of zij gebruikmaken van extramurale zorg.

Uit het WoON 2012 volgt dat in Nederland 260.000 huishoudens met een leeftijd van boven de 75 jaar in niet-geschikte traditionele woningen wonen. Hiervan hebben bijna 70.000 huishoudens vanwege lichte tot matige beperkingen behoefte aan andere woonvormen: 31.000 huishoudens hebben behoefte aan aanpassingen in de huidige woning, 14.000 huishoudens hebben behoefte aan een nultredenwoning en ruim 25.000 huishoudens hebben behoefte aan semi-zelfstandige woning. Genoemde woonvormen worden hierna toegelicht.

3.2.2 Aangepaste traditionele woningen

Als gevolg van een groeiend aantal oudere eigenaar-bewoners en de wens van ouderen om niet alleen langer zelfstandig te wonen maar dit ook in de eigen omgeving te doen, zullen niet-geschikte woningen steeds meer ingrijpend moeten worden aangepast (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013). Ook huurders van sociale huurwoningen doen steeds vaker een beroep op de woningcorporatie om de huidige woning aan te passen (Rli, 2014). Op het moment dat een eigenaar vanwege een lichamelijke beperking een gerichte voorziening treft in een niet-geschikte traditionele huurwoning, kan gesproken worden van een 'aangepaste traditionele woning.'

Volgens Van Galen en anderen (2013) is de aangepaste traditionele woning, een woning die bouwkundig is aangepast, of waarbij voorzieningen zijn aangebracht zodat ouderen met een lichamelijke beperking hier kunnen blijven wonen. Als voorbeeld noemen Van Galen en anderen (2013) niet-geschikte traditionele woningen, die door bijvoorbeeld een traplift intern toegankelijk zijn gemaakt. De bewoner van een aangepaste woning heeft gerichte aanpassingen gedaan voor zijn of haar specifieke behoefte als gevolg van lichamelijke beperkingen. De woning is daardoor geschikt gemaakt voor die specifieke gebruiker.

Aangepaste traditionele woningen zijn zelfstandige 'woningen zonder zorg'. Oudere bewoners met een zorgbehoefte maken gebruik van extramurale (thuis)zorg. 44,0% van de aangepaste woningen zijn sociale huurwoningen, 13,0% zijn particuliere huurwoningen en 42,0% zijn koopwoningen.

Uit het WoON 2012 volgt dat in 275.300 woningen een aanpassing is gedaan. In 73% van deze woning zijn alleen kleine aanpassingen gedaan. Diverse beugels, aangepaste drempels en enige domotica zijn hiervan voorbeelden. In de overige 27% van de woningen zijn ingrijpende aanpassingen gedaan. Voorbeelden hiervan zijn de traplift, uitbreiding van de woning of het aanleggen van een hellingbaan.

3.2.3 Nultredenwoningen

Een nultredenwoning is een woning die voldoet aan de twee belangrijkste voorwaarden:

- Interne toegankelijkheid: de primaire ruimten (woonkamer, keuken, badkamer en één slaapkamer) zijn zonder traplopen bereikbaar.
- Externe toegankelijkheid: de voordeur van de woning is vanaf straatniveau zonder traplopen bereikbaar.

Binnen de literatuur verschilt de definitie over een nultredenwoning enigszins. Onder meer Vegter (2006) stelt dat een nultredenwoning naast bovenstaande voorwaarden ook moet voldoen aan aanvullende eisen ten aanzien van draaicirkels en de breedte van gangen. Hierna wordt de definitie van de VROM aangehouden: nultredenwoningen zijn woningen die voldoen aan de interne en externe toegankelijkheid (Van Galen, Willems, & Poulus, 2013).

Nultredenwoningen zijn geschikt voor ouderen met een lichamelijke beperking vanwege de bouwtechnische opzet (De Groot, van Dam, & Daalhuizen, 2013; Van Buuren, de Gier, Nijmeijer, & Robbe, 2010) zie ook: (Van Galen, Willems, & Poulus, 2013). Nultredenwoningen zijn zelfstandige woningen.

Van de voorraad aan nultredenwoningen in Nederland is 28,5% een sociale huurwoning, 11,6% een particuliere huurwoning en 58,5% een koopwoning. Het grootste deel nultredenwoningen zijn geclusterd, maar nultredenwoningen kunnen ook als vrijstaande woning gesitueerd zijn. 65,4% van de nultredenwoningen zijn 'woningen zonder zorg' terwijl van de overige nultredenwoningen bekend is dat deze zijn gesitueerd in de nabijheid van een zorgsteunpunt of dienstencentrum. Door de grote diversiteit aan nultredenwoningen, zijn voor groepen ouderen met een verschillende financiële positie nultredenwoningen geschikt.

Volgens het WoON 2012 zijn er in Nederland 1,36 miljoen nultredenwoningen. Dit lijkt op het eerste ogenblik veel, maar ook de appartementen waar veel starters wonen voldoen al snel aan de eisen van een nultredenwoningen. Volgens Van Galen en anderen (2012) wordt 48% van de nultredenwoningen in Nederland bewoond door huishoudens met een gemiddelde leeftijd onder de 55 jaar.

3.2.4 Semi-zelfstandige woningen

Semi-zelfstandige woningen zijn woningen die gelegen zijn in de nabijheid van een zorgsteunpunt of een dienstencentrum. Wonen in een woon-zorgcomplex, serviceflat of aanleunwoning is een voorbeeld van zelfstandig wonen waarbij een hoge mate van toezicht is vanuit een nabij gelegen zorgsteunpunt. Aanleunwoningen zijn gesitueerd in de omgeving van een verzorgingshuis. Indien gewenst kunnen bewoners van aanleunwoningen beroep doen op het zorgsteunpunt van het verzorgingshuis. Serviceflats en woon-zorgcomplexen hebben een dienstencentrum en/of een zorgsteunpunt inpandig.

Semi-zelfstandig wonen betreft 'wonen met diensten', 'wonen met zorg' of een combinatie van beiden. Semi-zelfstandige woningen bieden ouderen een beschutte woonomgeving omdat de woningen geclusterd zijn en zorg op afroep mogelijk is. Doordat semi-zelfstandige woningen in kwaliteit verschillen is deze woonvorm voor verschillende doelgroepen geschikt[10].

Uit het WoON 2012 volgt dat er ruim 450.000 semi-zelfstandige woningen zijn in Nederland. Ruim 250.000 huishoudens met een leeftijd van boven de 75 jaar wonen in semi-zelfstandige woningen.

3.2.5 Verzorgingshuis

Zorgbehoevende ouderen konden tot 2012 in aanmerking komen voor een plaats in een verzorgingshuis als zij in het bezit zijn van een indicatiestelling zoals besproken in bijlage 1. Het verzorgingshuis biedt ouderen naast de zorg die zij behoeven ook service zoals warme maaltijdvoorzieningen, sociaal-culturele activiteiten en alarmering (Boot & Knapen, 2005).

---

[10] Ter illustratie: op de lokale woningmarkt van Utrecht verschillen de prijzen van semi-zelfstandige woningen van €466,- voor een woning met 40m^2 tot aan €1.450,- voor een woning van meer dan 100m^2 (peildatum mei 2014). Woningen geschikt voor ouderen met een indicaties zzp 1 tot en met 3 worden buiten beschouwing gelaten omdat deze indicaties komen te vervallen.

Het verzorgingshuis is een combinatie van zelfstandige woningen en onzelfstandige wooneenheden die geclusterd zijn in één gebouw. Het gaat hier om een combinatie van 'wonen met diensten' en 'wonen met zorg'. Verzorgingshuizen hebben doorgaans typische fysieke kenmerken.

Kwantitatieve gegevens over verzorgingshuizen verschillen in de literatuur. Volgens de Rli (2014) had Nederland in 2010 een capaciteit voor 84.000 plaatsen in een verzorgingshuis. De NZa (2012) rekent met een capaciteit voor 46.000 huishoudens in 2011. Als wordt gekeken naar de cijfers van het CIZ (2014) volgt dat in 2011 en 2012 gemiddeld 55.000 cliënten een geldige indicatie voor zzp 1 tot en met 3 hadden maar niet iedere cliënt verzilvert haar indicatiebesluit voor een plek in het verzorgingshuis[11] (NZa, 2013).

De cijfers lijken elkaar tegen te spreken, maar benaderen de plekken in het verzorgingshuis dan ook vanuit andere invalshoeken. De Rli (2014) rekent met cijfers van beschikbare woonruimten in een gebouw dat te boek staat als verzorgingshuis. Met de invoering van Zorgzwaartepakketen zijn echter ook ouderen met een hogere zorgzwaarte (zzp 5 of hoger) gehuisvest in het verzorgingshuis. Verzorgingshuizen zetten hiermee in op een 'hogere zorgzwaartemix' waardoor het verschil tussen het verzorgingshuis en het verpleeghuis steeds meer vervaagd (Boot & Knapen, 2005). In een gebouw dat ooit bedoeld was als een verzorgingshuis – en zich dus richtte op ouderen met een zorgzwaarte tot zzp 4 – zijn nu diverse zorgzwaarten door elkaar gehuisvest. De cijfers van de NZa (2013) benadert juist de personen die in een intramurale omgeving wonen met een geldige indicatie voor zzp 1 tot en met 3. Het CIZ (2014) rekent met het aantal verleende indicaties. Zoals aangegeven worden niet al de indicaties verzilverd.

Hierna worden cijfers van de NZa (2013) aangehouden: in 2011 waren er 46.000 woningen voor ouderen met een zzp van één tot en met drie. Deze woningen komen leeg te staan indien de beheerders van het vastgoed geen maatregelen treffen. Zoals in de aanleiding is aangegeven zullen deze plekken niet meer beschikbaar zijn voor ouderen die voorheen een indicatie zzp 1 tot en met 3 zouden krijgen.

3.3 Resumé

De woningvoorraad van Nederland is in verschillende woonvormen onder te verdelen als wordt gekeken naar de mate van geschiktheid voor ouderen. De mate van geschiktheid voor ouderen is afhankelijk van diverse kenmerken van de woningen. De belangrijkste kenmerken van de woningen zijn de hoeveelheid zorg en diensten die wordt geleverd in combinatie met de woning en de mate waarop de woning fysiek geschikt is voor ouderen.

De woningvoorraad kan worden onderverdeeld in niet-geschikte traditionele woningen, (ingrijpend) aangepaste woningen, nultredenwoningen, semi-zelfstandige woningen en wooneenheden in een verzorgingshuis. In tabel 8 staan de soorten woningen samengevat.

---

[11] Een indicatiebesluit van het CIZ voor een zorgzwaarte kan worden verzilverd via 'Zorg in Natura', het 'Persoonsgebonden budget' en het 'Volledig pakket thuis'. Kiest een zorgbehoevende oudere voor een plek in het verzorgingshuis, dan 'verzilvert' de oudere de indicatie via 'Zorg in natura'.

Soorten	Omschrijving	Voorraad
Niet-geschikte traditionele woningen	*Geen enkele aanpassing voor ouderen met lichamelijke beperkingen.*	*n.v.t.*
(Ingrijpend) aangepaste woningen	*Gerichte fysieke aanpassingen voor de specifieke zorgbehoefte van de oudere bewoners.*	*275.300*
Nultredenwoningen	*Zelfstandige woningen die vanaf straatniveau bereikbaar zijn zonder traplopen. Primaire ruimten in de woning zijn zonder traplopen bereikbaar. Verschillende prijsklassen. De woningen zijn niet per definitie gesitueerd in de nabijheid van een dienstencentrum en/of zorgsteunpunt.*	*1.360.000*
Semi-zelfstandige woningen in beschutte omgeving	*Woningen in de omgeving van een dienstencentrum of zorgsteunpunt die uitstekend geschikt zijn voor ouderen met lichamelijke beperkingen. Woningen zijn in kwaliteit verschillend en daardoor beschikbaar voor groepen met verschillende financiële posities.*	*450.000*
Wooneenheden in het verzorgingshuis in beschutte omgeving	*Onzelfstandige en zelfstandige woningen binnen de muren van een zorginstelling.*	*46.000*
Totaal		***2.131.300***

Tabel 8: Segmentatie van woningvoorraad van Nederland naar geschiktheid voor ouderen met specifieke (zorg)behoefte. De tabel toont ook aan dat, gegeven 2.000 ouderenzorglocaties.

4. Vraag-en-aanbodanalyse

In hoofdstuk 2 zijn structurele variabelen (kenmerken) van 75-plussers beschreven. Combinaties van diverse kenmerken van ouderen leiden tot groepen ouderen met ieder hun specifieke behoefte aan wonen met zorg. In hoofdstuk 3 zijn woningen beschreven waar 75-plussers momenteel kunnen wonen. De woningen zijn beschreven naar mate van geschiktheid voor ouderen met lichamelijke beperkingen en een daarmee mogelijk samenhangende zorgvraag. Hierin is onderscheid te maken in niet-geschikte traditionele woningen, aangepaste woningen, nultredenwoningen, semi-zelfstandige woningen en woningen in een verzorgingshuis. Het verpleeghuis valt buiten het kader van dit onderzoek.

In dit hoofdstuk volgt een vraag-en-aanbodanalyse. Allereerst worden de doelgroepen uit hoofdstuk 2 gecombineerd met de woonvormen uit hoofdstuk 3. Deze combinatie van vraag (markt) en aanbod (product) wordt de product-marktcombinatie genoemd. Vervolgens zal inzichtelijk gemaakt worden of en zo ja, in hoeverre sprake is van een discrepantie in de huidige situatie. Ten derde wordt geanalyseerd hoe de product-marktcombinaties zich de komende jaren ontwikkelen op basis van demografische prognoses. Uiteindelijk moet blijken hoe de aansluiting of discrepantie tussen vraag en aanbod in de markt voor geschikte woningen voor ouderen zich de komende jaren ontwikkelt.

4.1 Toebedeling woningen aan doelgroepen

Om een eventuele aansluiting of discrepantie van vraag en aanbod aan te tonen, worden de doelgroepen uit hoofdstuk 2 gecombineerd met de woonvormen uit hoofdstuk 3. De behoefte van de doelgroepen passen bij de met de kenmerken van de woningen. Bij de toebedeling van de groepen aan soorten woningen wordt in afnemend belang rekening gehouden met de kenmerken van de groepen. Dit is een belangrijk gegeven. Voor ouderen met lichamelijke beperkingen spelen sociale kenmerken een rol bij de toebedeling terwijl voor ouderen zonder lichamelijke beperkingen niet wordt gekeken naar sociale kenmerken. Geschikte woningen in relatie tot de sociale kenmerken van huishoudens is een aanleiding voor een geheel ander onderzoek.

De rationale van de toebedeling gaat uit van een ‘ideale combinatie’ van vraag en aanbod: gezien de kenmerken van de ouderen en de kenmerken van de woningen ontstaat een perfecte match tussen vraag en aanbod.

Allereerst kunnen ouderen die nu nog geen lichamelijke beperkingen hebben worden gecombineerd met traditionele woningen. Een aanpassing aan deze woning is (nog) niet noodzakelijk omdat deze ouderen bijvoorbeeld nog prima kunnen traplopen. Deze woningen zullen op termijn aangepast moeten worden indien de ouderen te maken krijgen met lichamelijke beperkingen.

Ten tweede vormen tweepersoons huishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een combinatie met (ingrijpend) aangepaste woningen. Deze 75-plussers kunnen met gerichte aanpassingen aan hun huidige woning, langer zelfstandig blijven wonen. Door de installatie van bijvoorbeeld een traplift is traplopen niet nodig en daar aanpassing van de keuken kunnen ouderen huishoudelijke taken zelfstandig blijven verrichten.

Een derde combinatie bestaat uit eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, met nultredenwoningen. De woning zal volledig geschikt moeten zijn voor ouderen met een lichte of matige zorgbehoefte die alleen en zelfstandig wonen. Nultredenwoningen zijn hier geschikt voor vanwege het feit dat deze woningen zowel intern als extern toegankelijk zijn zonder traplopen. Ook de breedte van de gangen en het feit dat deze woningen geen drempels bevat maakt ze geschikt voor deze groep 75-plussers (zie paragraaf 3.2).

Een vierde combinatie bestaat uit huishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en zwakke sociale kenmerken met beschut wonen in semi-zelfstandige woningen zoals woon-zorgcomplexen of serviceflats. Vanwege de zwakke sociale kenmerken van de ouderen hebben zij een verhoogde kans op vereenzaming en sterke gevoelens van angst. Bovendien hebben deze ouderen minder mantelzorg. Daarom is het complexgewijs wonen in de nabijheid van een zorgsteunpunt of dienstencentrum van belang voor deze ouderen. Gezien hun sterkere financiële positie kiezen deze huishoudens voor een andere vorm van beschut wonen dan het verzorgingshuis.

De laatste combinatie bestaat uit ouderen met lichte tot matige ernstige beperkingen, zwakke sociale kenmerken en een niet-toereikende financiële positie met de wooneenheden in het voormalig verzorgingshuis. Deze ouderen hebben niet de financiële middelen om andere woonzorgarrangementen te bekostigen.

De hierboven beschreven combinaties van vraag en aanbod en bijbehorende onderbouwing zijn in tabel 9 samengevat.

Product –Markt Combinaties		
75-plussers (Vraag)		***Geschikte ouderenwoningen (Aanbod)***
Groep 1: Huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, en (nog) geen lichamelijke beperkingen.		*'Niet-geschikte' traditionele woningen, die op termijn aangepast moeten worden.*
Rationale:	*Huishoudens hebben (nog) geen tanende gezondheid en derhalve geen woon-zorg behoefte. De woning hoeft (nog) niet te worden aangepast. De ouderen kunnen blijven wonen in hun huidige woning.*	
Groep 2: Tweepersoons huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.		*(ingrijpend) Aangepaste traditionele woningen.*
Rationale:	*Gelet op de lichamelijke beperkingen van ééen van de leden van het huishouden zijn aanpassingen aan de woning gewenst zoals een traplift, aangepaste keuken of beugels in toilet- en doucheruimte.*	
Groep 3: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.		*Nultredenwoningen.*
Rationale:	*Vanwege het individuele karakter van het huishouden moet de woning vanuit bouwtechnisch perspectief volledig voldoen aan de bouwvoorschriften die worden gesteld aan een nultredenwoning. Onder andere intern en extern toegankelijk, geen drempels en brede gangen. Gelet op de sterke sociale omgeving van de ouderen hoeft de woning niet gesitueerd te zijn in de nabijheid van een zorgsteunpunt en/of dienstencentrum.*	
Groep 4: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en een niet-toereikende financiële positie.		*Beschut wonen in semi-zelfstandige woningen.*
Rationale:	*Vanwege de zwakkere sociale kenmerken van het huishouden is het gewenst om in de nabijheid van een zorgsteunpunt of dienstencentrum te wonen. Gelet op de sterke financiële positie, kan het huishouden de duurdere semi-zelfstandige woonvormen zoals woon-zorgcomplexen en serviceflats betalen.*	
Groep 5: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een niet-toereikende financiële positie en een zwakke sociale omgeving.		*Beschut wonen in wooneenheden in het (voormalig) verzorgingshuis.*
Rationale:	*Vanwege de zwakkere sociale kenmerken van het huishouden is het gewenst om in de nabijheid van een zorgsteunpunt of dienstencentrum te wonen. Huishoudens uit deze doelgroep hebben vanwege een niet-toereikende financiele positie minder te besteden. Woonvormen zoals het verzorgingshuis zijn dan gewenst.*	

Tabel 9: De product-marktcombinaties maken inzichtelijk welk type ouderenwoning (product) geschikt is voor een groep ouderen (markt).

In tabel 9 zijn geen 75-plussers met ernstige lichamelijke problemen of ouderen met een psychogeriatrische aandoening meegenomen. Deze groepen ouderen hebben behoefte aan een beschermde woonomgeving in het verpleeghuis (Tweede Kamer, 2013). Die combinatie valt buiten dit onderzoek omdat deze groep ouderen in de toekomst nog steeds recht heeft op een indicatie voor AWBZ-gefinancierde zorg. Hiermee wordt de groep voorzien in hun behoefte aan geschikte woonruimte.

4.2 Huidige discrepantie tussen vraag en aanbod

Op basis van de resultaten van de literatuurstudie zijn woningen toebedeeld aan doelgroepen. Nu kan inzichtelijk worden gemaakt in hoeverre hier in de praktijk van afgeweken wordt, zie tabel 10. De tabel heeft als doel om inzichtelijk te maken of vraag en aanbod in de praktijk kwantitatief goed op elkaar aansluit, en om een eventuele discrepantie bloot te leggen.

Om dit aan te tonen zijn cijfers van het WoON 2012 en de NZa (2012) geanalyseerd. De cijfers geven een indruk in welke woningen de groepen ouderen in het jaar 2012 woonden. Hierin zijn de doelgroepen (markt) afgezet tegen het aanbod geschikte ouderenwoningen (product). Huishoudens in groene vakken wonen in woningen die minimaal geschikt zijn gegeven hun kenmerken. Groepen van 75-plussers in rode vakken hebben, gegeven hun kenmerken, behoefte aan geschiktere woonruimte.

In de tabel geven de oplopende groene kleuren aan dat vraag en aanbod op elkaar aansluiten. Huishoudens wonen in een woning die, gelet op hun kenmerken, geschikt is. Donkerder groen houdt in dat de woningen eigenlijk geschikt zijn voor huishoudens met een meer intensieve woon-zorg behoefte. Rode vakken geven een mismatch aan tussen vraag en aanbod. Deze huishoudens wonen in een woning die, gelet op de kenmerken van de huishoudens, niet geschikt is.

WOONSITUATIE 2012		Niet-geschikte traditionele woningen	Aangepaste traditionele woningen	Nultreden-woningen	Semi-zelfstandige woningen	Verzorgings-huis
	Totalen	n.v.t.	275.279	1.367.544	447.041	46.073
Doelgroep 1: Huishoudens die geen lichamelijke beperkingen hebben	364.042	157.482	28.099	93.302	85.159	Nu nog bewoond, op termijn leeg. Cijfers over verdeling doelgroepen onbekend, zie kader 'Ouderen in het verzorgings-huis.'.
Doelgroep 2: Tweepersoons huishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen	91.245	26.616	9.045	33.212	22.372	
Doelgroep 3: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en een sterke sociale omgeving	151.121	33.096	18.739	33.549	65.738	
Doelgroep 4: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een zwakke sociale omgeving maar een toereikende financiële positie	25.162	8.630	4.680	7.297	4.554	
Doelgroep 5: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een zwakke sociale omgeving en een niet-toereikende financiële positie	50.399	8.064	4.738	9.576	28.022	

TEKORTEN 2012	Niet-geschikte traditionele woningen	Aangepaste traditionele woningen	Nultreden-woningen	Semi-zelfstandige woningen	Verzorgings-huis
Tekort voor doelgroepen die nu in niet-geschikte traditionele woningen wonen	-	26.616	33.096	8.630	8.064
Tekort voor doelgroepen die nu in aangepaste traditionele woningen wonen	-	-	18.739	4.680	4.738
Tekort voor doelgroepen die nu in nultredenwoningen wonen	-	-	-	7.297	9.576
Tekort voor doelgroepen die nu in semi-zelfstandige woningen wonen	-	-	-	-	28.022
Totaal tekorten	**n.v.t.**	**(26.616)**	**51.835**	**20.607**	**50.400**

Tabel 10: Woonsituatie van de groepen 75-plussers in 2012.

Tabel 10 is opgedeeld in 'woonsituatie 2012' en 'tekorten 2012'. Hierna volgt allereerst een beschrijving over de woonsituatie. Vervolgens zal worden toegelicht hoe de tabel kan helpen om aansluitingen tussen vraag en aanbod en een eventuele discrepantie bloot te leggen.

4.2.1 Woonsituatie 2012

In het bovenste gedeelte van tabel 10 zijn de groepen ouderen uit hoofdstuk 2 in rijen (verticaal) onder elkaar geplaatst. De doelgroepen met de 'minste behoefte aan geschikte woningen' staan bovenaan. De complexiteit neemt naar beneden toe: meer structurele variabelen liggen ten grondslag aan de behoefte aan geschikte woningen. De woonvormen zijn in de kolommen (horizontaal) geplaatst. Uiterst links staan de minst geschikte woningen, uiterst rechts staan de meest geschikte woningen.

In het bovenste gedeelte (Woonsituatie 2012) van tabel 10 staat weergegeven waar de huishoudens nu wonen. Van de eerste groep 75-plussers wonen 157.482 huishoudens in een niet-geschikte traditionele woning. Dit is geen probleem aangezien deze huishoudens geen lichamelijke beperkingen hebben. Voor deze ouderen geldt wel dat zij moeten anticiperen op de toekomstige woonomgeving als gevolg van een tanende gezondheid. De overige 206.560 huishoudens bewonen woonvormen die in principe 'geschikter zijn'. Deze woningen zouden eigenlijk toebedeeld moeten worden aan huishoudens met een meer gecompliceerde woon-zorg behoefte, als uitsluitend wordt gekeken naar de kenmerken van de woningen enerzijds en de huishoudens anderzijds. Het feitelijk woongedrag is echter niet altijd een gevolg van kenmerken van huishoudens, ook subjectieve kenmerken als woongedrag en leefstijlen kunnen een rol spelen (Smeets, 1989). Overigens zal in de toekomst, vanwege toekomstige beperkingen, vraag en aanbod mogelijk alsnog op elkaar aansluiten als deze huishoudens in hun woning blijven wonen.

Van de tweede groep ouderen wonen 26.616 huishoudens in een voor hen niet-geschikte woning als wordt gekeken naar hun lichamelijke beperkingen en de daarmee samenhangende intensiteit woon-zorg behoefte. Dit gaat om huishoudens die problemen ondervinden met bijvoorbeeld traplopen. De overige 64.629 huishoudens wonen in een woonvorm die geschikt is conform hun behoefte aan wonen en zorg.

Van de derde groep wonen 33.096 huishoudens in traditionele woningen terwijl, bezien vanuit de ideale product-marktcombinatie, deze huishoudens in 'nultredenwoningen' zouden moeten wonen. Nog eens 18.739 huishoudens wonen in 'aangepaste traditionele woningen' terwijl juist 'nultredenwoningen' voor hen geschikt zijn. De overige 99.287 huishoudens wonen in een woning die voor hen geschikt is.

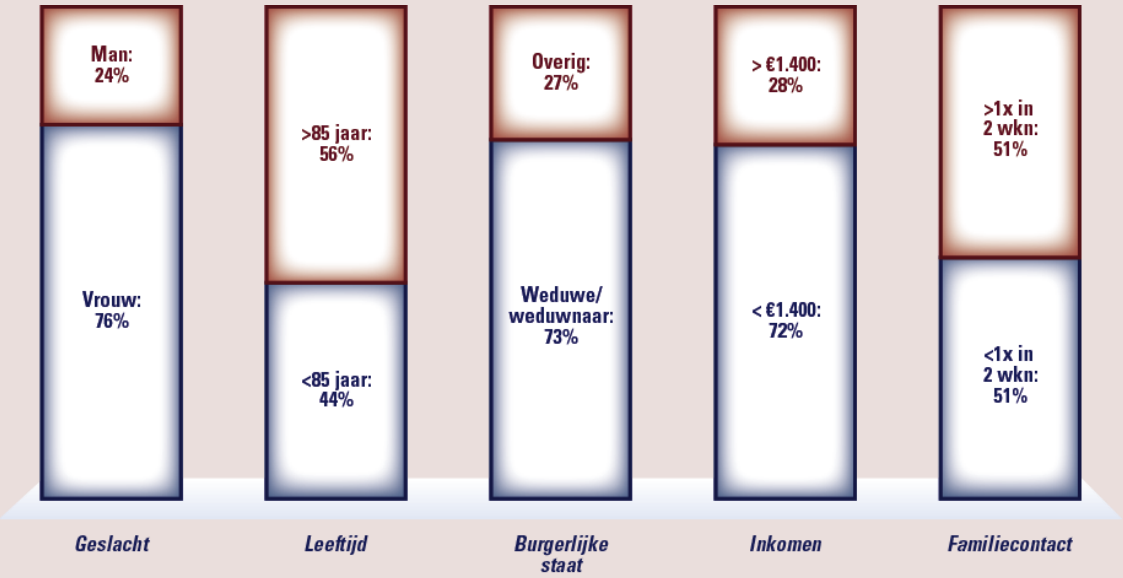
8.630 huishoudens van de vierde groep ouderen wonen in 'traditionele woningen' terwijl deze gezien hun behoefte in 'semi-zelfstandige woningen' zouden moeten wonen. Van 4.680 huishoudens die in 'aangepaste traditionele woningen' wonen en 7.297 huishoudens die in 'nultredenwoningen' wonen blijkt dat zij – gezien vanuit de ideale product-marktcombinatie – eigenlijk ook in 'semi-zelfstandige woningen' zouden moeten wonen. 4.554 huishoudens van deze doelgroep wonen in een voor hun geschikte woning.

Alle 50.399 huishoudens uit de laatste groep ouderen zouden gezien hun kenmerken in een andere geschiktere woonvorm moeten wonen. Hier is sprake van een discrepantie van 50.399 geschikte woningen tussen vraag en aanbod. Voorheen bood het verzorgingshuis deze huishoudens een beschutte woonomgeving.

Als gevolg van de extramuralisering (zie hoofdstuk 1) kunnen deze huishoudens niet meer in het verzorgingshuis terecht, en zullen voor deze ouderen andere woon-zorg concepten ontwikkeld moeten worden (zie hoofdstuk 5).

Ouderen moeten langer thuis wonen, verzorgingshuizen sluiten. Maar wie is eigenlijk die aspirant-bewoner van het verzorgingshuis die nu thuis moet blijven wonen?

De typische bewoner van het verzorgingshuis blijkt een weduwe van 86 met een laag inkomen, weinig contact met familie en een indicatie zzp 3, goed voor ongeveer anderhalf uur zorg en hulp per dag in een beschutte woonomgeving. Uit gegevens van het SCP (2008) en het WoON 2012 ontstaat het beeld dat ruim de helft van de bewoners van verzorgingshuizen mensen zijn van boven de 85 die beschikken over weinig economisch en sociaal kapitaal, zie figuur 8. Juist voor deze mensen, zou de overheid er moeten zijn, schreef Berenschot eerder in De Vergrijzing Voorbij.



Figuur 8: Het profiel van de aspirant-bewoner van het verzorgingshuis aan de hand van structurele variabelen.

Uit onderzoek van belangenorganisaties NPCF en ANBO **(Brands & Zijderveld, 2012)** blijkt dat de beslissing om de stap naar het verzorgingshuis te maken, voortkomt uit gevoelens van onveiligheid bij de oudere zelf of bij zijn of haar kinderen. Een acute gebeurtenis zoals het overlijden van de partner of een ongeval geeft daarbij soms de doorslag. De gegevens van het SCP (2008) en WoON 2012 bevestigen deze uitkomst. Ongeschiktheid van de eigen woning speelde slechts in 30 procent van de gevallen een rol in de beslissing om te verhuizen naar een verzorgingshuis. Een veel belangrijkere rol speelt de beschutte woonomgeving aldaar.

4.2.2 Tekorten 2012

De tekorten aan geschikte woningen zijn opgesomd in het onderste gedeelte van tabel 10. Hierover kan het volgende worden geconcludeerd:

- Een ‘tekort’ aan niet-geschikte traditionele woningen is niet relevant. Ouderen die waarvoor traditionele woningen geschikt zijn, opereren op de reguliere woningmarkt. Een eventueel tekort op de reguliere woningmarkt is niet een vraagstuk binnen de ouderenhuisvesting.

- Voor de 26.616 huishoudens die nu in een ‘niet-geschikte traditionele woning’ wonen geldt dat zij met gerichte aanpassingen hun huidige woning kunnen aanpassen tot ‘aangepaste traditionele woningen’. Hiervoor kunnen zij beroep doen op collectieve middelen (Wmo) of andere initiatieven[12]. Deze groep valt buiten het kader van dit onderzoek, het tekort wordt derhalve niet meegenomen.
- 51.835 huishoudens uit de derde groep ouderen wonen in een voor hen niet geschikte woning: 33.096 huishoudens bewonen een niet-geschikte traditionele woning en 18.739 huishoudens wonen in een aangepaste woning terwijl zij in een nultredenwoning zouden moeten wonen. 20.607 huishoudens uit ‘groep 4’ wonen in een woning die niet voor hen geschikt is. Kortom, het tekort aan ‘nultredenwoningen’ en ‘semi-zelfstandige woningen’ betreft 72.442 woningen.
- Er is behoefte aan 51.124 woningen in een beschutte woonvorm zoals het verzorgingshuis voor huishoudens met een niet toereikende financiële positie en een zwakke sociale omgeving. Dit is het totaal aan huishoudens van de vijfde groep 75-plussers dat een niet-geschikte woning bewoont. Doordat zij niet meer aanspraak maken voor een indicatie voor het verzorgingshuis zullen deze huishoudens in de toekomst terecht komen in ‘semi-zelfstandige woningen’.
- Hieruit volgend kan worden geconcludeerd dat in de toekomst steeds meer ‘semi-zelfstandige woningen’ moeten worden toegewezen aan, of gebouwd voor ouderen met een behoefte aan beschut wonen en een zwakke financiële positie en een zwakke sociale omgeving (zie hoofdstuk 5).
- In tabel 10 staat dat er momenteel een voorraad is van 46.073 wooneenheden in een verzorgingshuis voor ouderen met een zorgzwaartepakket van 1 tot en met 3. Aangenomen wordt dat 95% van deze woningen in 2012 nog was bewoond. Zodra de huidige bewoners verhuizen naar het verpleeghuis of komen te overlijden, en indien er geen beleidsmaatregelen worden getroffen door de beheerders van het vastgoed, worden deze wooneenheden in de toekomst bedreigd met leegstand of worden zij verhuurd aan andere doelgroepen.
- Kortom: enerzijds is er sprake van een behoefte aan 135.324 voor ouderen geschikte woningen (72.442 nultredenwoningen of semi-zelfstandige woningen en 50.400 woningen in een beschutte woonomgeving zoals het verzorgingshuis), terwijl anderzijds 46.073 intramurale wooneenheden[13] bedreigd worden met leegstand of reeds leeg staan.

Tabel 10 toont een tekort aan van bijna 123.000 woningen. Volgens de Rijksoverheid (2014), Van Galen en anderen (2013) en de Rli (2014) ligt hier een opgave voor de bouwsector. De bouwopgave enerzijds, en een potentieel van 46.073 wooneenheden in (voormalige) verzorgingshuizen anderzijds, toont een discrepantie tussen vraag en aanbod aan.

---

[12] Woningcorporaties spelen een steeds prominentere rol om woningen aan te passen teneinde ouderen langer zelfstandig te laten wonen (Van de Sande, 2013).

[13] Eén intramurale wooneenheid komt volgens TNO (2009) komt overeen met 60m^2. Er is derhalve sprake van 2,88 miljoen m^2 vastgoed dat bedreigd wordt met leegstand.

Als alleen wordt gekeken naar beschut wonen is ook een discrepantie zichtbaar. Beschut wonen is bedoeld voor de vierde en vijfde groep 75-plussers. Semi-zelfstandige woningen en het (voormalig) verzorgingshuis zijn de enige twee 'beschutte woonvormen'. Indien alleen wordt gekeken naar beschut wonen is er sprake van een tekort aan 71.007 woningen, terwijl tegelijkertijd 46.073 woningen in een beschutte omgeving worden bedreigd met leegstand.

Samengevat kan worden gesteld dat er een verschil zit tussen de 'Woonsituatie 2012' en de 'ideale product-marktcombinaties'. Als wordt gekeken waar de groepen uit hoofdstuk 2 momenteel wonen blijkt een tekort aan geschikte woonruimte, bezien vanuit de kenmerken van deze groepen. Dit tekort betreft 123.000 geschikte ouderenwoningen. Als alleen wordt gekeken naar de markt voor beschut wonen blijkt een tekort van 71.007 woningen (20.607 semi-zelfstandige woningen en 50.400 woningen zoals in het verzorgingshuis). Deze discrepantie kan oplopen als wooneenheden uit verzorgingshuizen in de toekomst leeg komen te staan.

4.3 Toekomstige doelgroepen en toekomstig aanbod

Er is in de huidige markt een tekort aan woningen in een beschutte omgeving. Hoe zit het met een tekort aan deze woningen in de toekomst? Om die vraag te beantwoorden zijn demografische prognoses afgezet tegen geprognosticeerde cijfers van de voorraadontwikkeling van geschikte ouderenwoningen. Dit leert het volgende op.

Om te komen tot toekomstige doelgroepen is gebruikgemaakt van bevolkingsprognoses tot 2025 van het CBS (2014). De prognoses van het CBS (2014) laten zien dat het aantal huishoudens in Nederland tot 2025 met 8,3% zal stijgen. De vergrijzing is duidelijk zichtbaar als wordt gekeken naar huishoudensprognoses per leeftijdsgroepen: huishoudens waarbij de referentiepersoon[14] jonger is dan 65 jaar zullen tot 2025 dalen met 0,6%, huishoudens waarbij de referentiepersoon ouder is dan 65 jaar maar jonger is dan 75 jaar zullen groeien met 23,8% terwijl huishoudens met een referentiepersoon van 75 jaar of ouder zullen groeien met 47,7%. Om te komen tot de doelgroepen van 2025 is daarom gerekend met een factor 1,477.

Huishoudensprognoses verklaren niet de volledige toekomstige behoefte aan een type geschikte woningen voor ouderen. Daarop zijn ook aspecten zoals het aantal kinderen per huishouden, de toekomstige welvaartspositie, het opleidingsniveau en de technologieontwikkeling in de gezondheidszorgsector van invloed. Voor dit onderzoek wordt volstaan met huishoudensprognoses.

In tabel 11 zijn de doelgroepen nogmaals weergegeven. Hierin staat het aantal huishoudens met een referentiepersoon ouder dan 75 jaar dat in 2012 per doelgroep in Nederland woonde, en het aantal dat naar verwachting (conform huishoudensprognoses) in 2025 in Nederland zal wonen.

[14] Volgens het CBS (2014) is een referentiepersoon bij paren de man, bij paren van het gelijke slacht de oudste van het paar, bij eenouderhuishoudens de ouder, en bij overige huishouden de oudste meerjarige man.

	2012:	2025:
Groep 1: Huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, en (nog) geen lichamelijke beperkingen.	*365.344*	*537.690*
Groep 2: Tweepersoons huishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.	*91.447*	*134.769*
Groep 3: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder en met lichte tot matige lichamelijke beperkingen.	*151.121*	*223.206*
Groep 4: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en een niet-toereikende financiële positie.	*25.162*	*37.164*
Groep 5: Eenpersoonshuishoudens met een leeftijd van 75 jaar of ouder, met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een niet-toereikende financiële positie en een zwakke sociale omgeving.	*50.399*	*74.439*

Tabel 11: Omvang van de doelgroepen in 2012 en 2025 aan de hand van huishoudensprognoses van het CBS (2014).

Uit tabel 11 is te herleiden dat in 2025 ongeveer 539.000 huishoudens met een referentiepersoon ouder dan 75 jaar kunnen wonen in een traditionele woning, die op termijn aangepast zal moeten worden als deze huishoudens te maken krijgen met lichamelijke beperkingen. Groep 2 bestaat in 2025 uit ruim 135.000 huishoudens die zelfstandig kunnen blijven wonen in aangepaste woningen. In 2025 bestaat groep 3 vermoedelijk uit 223.000 huishoudens met een leeftijd boven de 75 jaar en een behoefte aan nultredenwoningen. 37.164 huishoudens met een leeftijd boven de 75 jaar hebben in 2025 behoefte aan semi-zelfstandige woningen terwijl 74.439 huishoudens behoefte hebben aan beschutte woon-zorgconcepten zoals het verzorgingshuis.

Prognoses over de ontwikkeling van geschikte woningen voor ouderen zijn niet voorhanden. Bij gebrek aan goede prognoses over woningen zijn de cijfers voor dit onderzoek gebaseerd op de voorraadontwikkeling uit het recente verleden.

In de ‘Monitor Investeren voor de Toekomst (MIT) 2012’ geven Van Galen en anderen (2013) inzicht in de ontwikkeling van de voorraad aan geschikte woningen voor ouderen van 2006 tot 2012. De cijfers, die gebaseerd zijn op het WoON 2006 en het WoON 2012, laten een lichte stijging zien in de voorraad geschikte ouderen woningen. Het aantal (ingrijpend) aangepaste woningen is naar verwachting met 8,8% gestegen. Het aantal nultredenwoningen is in 2025 met 15,6% gestegen en de voorraad semi-zelfstandige woningen zal dan met 5,6% zijn toegenomen. Indien deze cijfers worden gebruikt om de ontwikkeling van de voorraad te extrapoleren, ontstaan de aantallen uit tabel 12.

	Niet-geschikte traditionele woningen	Aangepast traditionele woningen	Nultreden-woningen	Semi-zelfstandige woningen	Verzorgings-huis
2012	n.v.t.	275.279	1.367.544	447.041	0
2025	n.v.t.	299.426	1.581.073	468.981	63.000

Tabel 12: Toekomstige extramurale voorraad geschikte woningen voor ouderen met zorgbehoefte. De voorraad aan plaatsen in het verzorgingshuis betreft 63.000. Dit gaat om plaatsen bedoeld voor ouderen met een indicatie voor zzp 1 tot en met 4. De doelgroep voor dit onderzoek betreft ouderen met een indicatie voor zzp 1 tot en met 3. Om die reden wordt hierna verder gerekend met de meest recente cijfers over de voorraad voor deze doelgroep. Volgens de NZA gaat het om 46.000 wooneenheden (NZa, 2012). Bron: WoON 2012, ActiZ (2012), eigen bewerking.

De aantallen van de toekomstige voorraad uit tabel 12 bevinden zich vermoedelijk in een prognose-interval. In de schatting zijn aspecten zoals de economische situatie, de stilstand op de bouwmarkt en de onzekerheid op de woningmarkt van de afgelopen jaren niet meegenomen en maken extrapoleren enigszins speculatief.

Traditionele woningen zijn in de tabel niet opgenomen, omdat deze bedoeld zijn voor andere doelgroepen. Een eventueel tekort aan dit type woningen valt buiten het kader van dit onderzoek. In tabel 12 is wel het aantal intramurale woonruimten opgenomen dat op termijn beschikbaar komt voor verhuur op de reguliere woningmarkt. Deze cijfers zijn herleid uit het advies ‘Scheiden van Wonen en Zorg in de AWBZ’ dat de NZa (2012) uitbracht over het extramuraliseren van zzp’s.

Op basis van de ontwikkeling van geschikte woningen voor ouderen over de afgelopen zes jaar, kan herleid worden dat in 2025 bijna 300.000 woningen in Nederland zijn aangepast. Het aantal nultredenwoningen zal dan zijn opgelopen tot 1.581.073 en naar verwachting kent de woningvoorraad 468.981 semi-zelfstandige woningen. Bewoners van intramurale woonruimten in verzorgingshuizen zijn in 2025 volledig geëxtramuraliseerd: naar verwachting zijn dan 46.073 woningen leeg. Dit aantal zal nog worden verminderd met het aantal complexen dat vanwege ouderdom tegen die tijd is afgebroken (zie paragraaf 5.3) en het aantal plaatsen dat tegen die tijd in gebruik is genomen als verpleeghuisplaats.

4.4 Toekomstige discrepantie tussen vraag en aanbod

Op basis van de geprognosticeerde cijfers van de vorige paragraaf kan de toekomstige discrepantie worden benoemd. In tabel 13 is weergegeven waar huishoudens in 2025 vermoedelijk wonen, ten opzichte van de product-marktcombinaties. Ook hiervoor geldt dat huishoudens in groene vakken wonen in woningen die ‘minstens geschikt’ zijn, gegeven de kenmerken van deze huishoudens. De huishoudens in rode vakken hebben, gelet op hun kenmerken, behoefte aan woningen die geschikter zijn.

WOONSITUATIE 2025		Niet-geschikte traditionele	Aangepaste traditionele woningen	Nultreden-woningen	Semi-zelfstandige woningen	Voormalig verzor-gingshuis
	Totalen	n.v.t.	299.426	1.581.073	468.981	46.073
Doelgroep 1: Huishoudens die geen lichamelijke beperkingen hebben	537.690	233.467	41.657	138.320	126.248	Leeg.
Doelgroep 2: Tweepersoons huishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen	134.769	39.311	13.359	49.054	33.043	Leeg.
Doelgroep 3: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen en een sterke sociale omgeving	223.206	48.883	27.678	49.552	97.095	Leeg.
Doelgroep 4: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een zwakke sociale omgeving maar een toereikende financiële positie	37.164	12.746	6.912	10.778	6.726	Leeg.
Doelgroep 5: Eenpersoonshuishoudens met lichte tot matige lichamelijke beperkingen, een zwakke sociale omgeving en een niet-toereikende financiële positie	74.439	11.910	6.998	14.144	41.388	Leeg.

TEKORTEN 2025	Niet-geschikte traditionele woningen	Aangepaste traditionele woningen	Nultreden-woningen	Semi-zelfstandige woningen	Voormalig verzorgings-huis
Tekort voor doelgroepen die nu in niet-geschikte traditionele woningen wonen	-	39.414	57.031	34.612	17.288
Tekort voor doelgroepen die nu in aangepaste traditionele woningen wonen	-	-	31.041	20.468	10.237
Tekort voor doelgroepen die nu in nultredenwoningen wonen	-	-	-	41.122	20.565
Tekort voor doelgroepen die nu in semi-zelfstandige woningen wonen	-	-	-	-	60.246
Totaal tekorten	**n.v.t.**	**(39.311)**	**76.560**	**30.436**	**74.440**

Tabel 13: Woonsituatie van de groepen 75-plussers in 2025.

Tabel 13 maakt de toekomstige tekorten inzichtelijk. In het bovenste gedeelte van de matrix zijn de doelgroepen zoals deze volgens de prognoses in 2025 zullen zijn, verticaal weergegeven. De voorraad aan geschikte woningen voor ouderen is horizontaal afgezet. In de matrix is ingevuld waar de doelgroepen in 2025 naar verwachting zullen wonen.

Als wordt gekeken naar tabel 13 valt het volgende op. Allereerst geldt ook voor deze tabel dat een tekort aan niet-geschikte traditionele woningen buiten het kader van dit onderzoek valt. Daarnaast wordt ook het tekort van ruim 39.000 (ingrijpend) aangepaste woningen niet meegenomen. Deze woningen kunnen door de huidige gebruiker met gerichte aanpassingen (bijvoorbeeld een traplift) weer geschikt gemaakt worden voor de woon-zorg behoefte van de gebruiker. Ten derde valt op dat in 2025 een tekort bestaat aan ruim 76.560 nultredenwoningen en het tekort aan woningen in een beschutte woonomgeving is opgelopen tot 104.876 woningen (30.436 semi-zelfstandig woningen en 74.440 woningen in het voormalig verzorgingshuis).

De behoefte aan geschikte woningen voor ouderen loopt hiermee, gedreven door demografische ontwikkelingen, verder op. Gelet op de voorraad geschikte woonvormen voor ouderen kan worden gesteld dat de 46.074 woningen uit het voormalig verzorgingshuis, in 2025 volledig leeg zijn komen te staan, in gebruik zijn genomen als verpleeghuisplaats of mogelijk zijn afgebroken. Kortom, demografische ontwikkelingen, een beperkte voorraadontwikkeling en een verdere extramuralisering van de verzorgingshuisplaatsen laten de discrepantie tussen vraag en aanbod in de markt voor beschut wonen voor ouderen verder oplopen.

4.5 Resumé

In deze paragraaf zijn de behoeften van huidige doelgroepen gekoppeld aan het huidig aanbod geschikte woonvormen voor ouderen door middel van product-marktcombinaties. Ten behoeve van de product-marktcombinaties is gekeken welk type woonvorm toegewezen kan worden aan de doelgroepen, gelet op kenmerken van de woningen enerzijds en de groep ouderen anderzijds.

Situatie in 2012

Als de woonsituatie van de groepen in 2012 wordt geanalyseerd, kan aannemelijk worden gemaakt of er een tekort is aan geschikte woonruimte voor ouderen. Een tekort ontstaat als huishoudens in een voor hen niet geschikte woning wonen. Volgens de analyse in dit hoofdstuk woonden in 2012 ongeveer 135.000 huishoudens in een voor hen niet-geschikte woning:

- 51.835 huishoudens hadden in 2012, gelet op hun kenmerken, behoefte aan nultredenwoningen maar woonden in een minder geschikte woning.
- 20.607 huishoudens hadden in 2012, gelet op hun kenmerken, behoefte aan beschut wonen in semi-zelfstandige woonvormen maar woonden in een voor hen minder geschikte woning.
- 50.400 huishoudens hadden in 2012, gelet op de kenmerken van de huishoudens, behoefte aan beschut wonen in woonvormen zoals het verzorgingshuis.
- In 2012 was er een tekort aan 71.007 woningen in een beschutte omgeving.

Situatie in 2025

Op basis van demografische prognoses, en op basis van cijfers van de voorraadontwikkeling uit het verleden kan de woonsituatie uit het jaar 2025 worden benaderd. Uit de analyse van de woonsituatie uit 2025 kan de omvang van de behoefte aan geschikte woningen worden herleid. Hieruit blijkt een tekort aan geschikte woningen voor ouderen aannemelijk:

- 76.560 hebben in 2025, gelet op de kenmerken van de huishoudens, behoefte aan nultredenwoningen, maar wonen in een voor hen minder geschikte woning.
- 30.436 huishoudens hebben in 2025, gelet op hun kenmerken, behoefte aan beschut wonen in semi-zelfstandige woningen maar wonen in een minder geschikte woning.
- 74.440 huishoudens hebben in 2025 vermoedelijk behoefte aan beschut wonen in woonvormen zoals het verzorgingshuis.

De geschikte woningen voor deze huishoudens zijn in 2025 niet beschikbaar. Hieruit volgt een tekort van bijna 181.436 huishoudens in 2025. Ongeveer 104.876 van deze huishoudens hebben een behoefte aan beschut wonen.

Tegelijkertijd zullen in 2025, indien geen beleidsmaatregelen worden getroffen door de beheerders van het vastgoed, zal een overcapaciteit ontstaan in verzorgingshuizen van 46.074 (intramurale) woonruimten of dreigen deze te worden afgebroken.

Er is sprake van een discrepantie tussen vraag en aanbod. In het volgende hoofdstuk wordt de discrepantie verklaard. De verklaringen helpen bij het formuleren van oplossingsgerichte adviezen om vraag en aanbod in de markt voor beschut wonen beter op elkaar aan te sluiten.

5. Verklaring van de discrepantie

Uitgaande van de literatuurstudie bleek in hoofdstuk 4 sprake van een discrepantie tussen vraag en aanbod voor geschikte ouderenwoningen in een beschutte woonomgeving. In hoofdstuk 4 is deze discrepantie met behulp van product-marktcombinaties en demografische prognoses benoemd. Om een verklaring te krijgen voor de uit de literatuur voortgekomen discrepantie en – in lijn van die verklaring – mogelijke oplossingsgerichte adviezen te genereren, zijn 16 professionals uit het domein van wonen en zorg geïnterviewd. De actualiteit van het onderwerp is mede een reden om te kiezen voor deze methode voor interviews, volgens een gestructureerde interviewleidraad waarbij de resultaten kritisch worden geanalyseerd.

In dit hoofdstuk volgt allereerst een beschrijving van de interviewopzet. Daarna volgen de resultaten uit het interview-onderzoek, geordend naar onderwerp namelijk:

- randvoorwaarden voor de omvorming van intramurale overcapaciteit tot geschikte woningen voor groepen ouderen die een behoefte hebben aan beschut wonen, maar geen indicatie meer krijgen voor een intramurale woonruimte
- de discrepantie verklaard: welke oorzaken zorgen ervoor dat de vrijgekomen woonruimte (nog) niet wordt verhuurd aan deze doelgroepen

Tot slot van het hoofdstuk volgt een kritische analyse van de gegevens uit de interviews en van de oorzaken die worden aangedragen door experts.

5.1 Methode: veldwerk

Om de aangetoonde discrepantie uit hoofdstuk 4 te verklaren, en om uiteindelijk te komen tot oplossingsgerichte adviezen, wordt gebruikgemaakt van interviews met experts uit het domein van wonen en zorg voor ouderen. De volgende vragen moeten uit dit onderzoek worden beantwoord:

- Wat is de oorzaak van de discrepantie c.q. wat zijn de oorzaken die het omvormen van de overcapaciteit in verzorgingshuizen tot verhuurbare woningen belemmeren?

Om zo onafhankelijk mogelijk inzichten te generen, worden interviews gehouden met experts uit diverse vakgebieden (bestuurders van zorgorganisaties, woningcorporaties en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport). Om de onafhankelijkheid te waarborgen zijn ook interviews afgenomen met zelfstandige adviseurs op het gebied van wonen en zorg, juristen uit het ruimtelijk bestuursrecht en is het Waarborgfonds voor de Zorgsector ondervraagd.

Als criterium voor de selectie van respondenten is gekozen voor zoveel mogelijk respondenten uit verschillende vakgebieden binnen het domein van wonen en zorg voor ouderen. In tabel 14 zijn de functies van de ondervraagden weergegeven en de organisatie waarvoor zij werkzaam zijn.

	Functie	Organisatie	Datum interview
Dhr. M. Jansen	Manager Vastgoed	Abrona Zorggroep	22 april 2014
Mevr. J. Van Ginneken	Adviseur / Docent	Bureau Ouderenzorg / Amsterdam School of Real Estate	1 mei 2014
Dhr. S.W.G. Magielse	Voorzitter Raad van Bestuur	Pro Senectute (zorgaanbieder)	2 mei 2014
	Adviseur Vastgoed	Zelfstandig vastgoedadviseur voor onder andere Actiz	8 mei 2014
Mevr. M.B. Keijser	Bestuurder	Vivium Zorggroep	8 mei 2014
Dhr. P.A. Kok	Advocaat Ruimtelijk Bestuursrecht	VBTM Advocaten	9 mei 2014
Dhr. L.E.F. van Ruth	Voorzitter Raad van Bestuur	Viva Zorggroep	14 mei 2014
Dhr. H.J. Bellers	Directeur	Waarborgfonds voor Zorgsector	19 mei 2014
Mevr. P.N. Senior	Adviseur Scheiden Wonen/Zorg	Kenniscentrum Wonen-Zorg (Actiz/Aedes)	19 mei 2014
Dhr. R. Beukers	Senior Beleidsmedewerker	Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport	19 mei 2014
Dhr. R. Huijsmans	Manager Zorgvastgoed	Zorgbalans (zorgaanbieder)	19 mei 2014
Mevr. I. Borghuis	Lid Raad van Bestuur	Amstelring (zorgaanbieder)	22 mei 2014
Dhr. B. Feijts	Adviseur Zorgvastgoed	Coresta (adviesgroep)	23 mei 2014
Dhr. K. Hazelaar	Bestuurder	Opella (zorgaanbieder)	5 juni 2014
Mevr. C. Zijderveld	Beleidsmedewerker	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie	5 juni 2014
Dhr. H. Rietveld	Algemeen directeur	Stichting Ouderenhuisvesting Rotterdam	25 juni 2014

Tabel 14: Professionals die hebben meegewerkt aan het onderzoek en hun functie en organisatie.

De interviews hebben een semigestructureerd karakter. Een gestructureerde interviewleidraad heeft als doel dat vragen worden gesteld om (1) de resultaten van de literatuurstudie te toetsen en om (2) specifieke onderwerpen die in de literatuur niet aan bod komen te bespreken. Tegelijkertijd hebben de geïnterviewde professionals en de interviewer de mogelijkheid om nieuwe aandachtspunten te bespreken. De interviewleidraad is toegevoegd als bijlage 3.

De bevindingen die worden aangedragen door professionals tijdens de interviews worden bewerkt tot geaggregeerde standpunten. In de volgende paragrafen worden de bevindingen van het veldwerk aangedragen.

5.2 Bevindingen: randvoorwaarden voor omvorming intramurale capaciteit

Met het sluiten van verzorgingshuizen dreigt een capaciteit aan beschut wonen te verdwijnen, terwijl de behoefte aan beschut wonen de komende jaren juist toeneemt. Met de woonruimte die vrijkomt als gevolg van de sluiting van het verzorgingshuis, kan door de beheerders van het vastgoed op verschillende manieren worden omgegaan. Om tegemoet te komen aan de toenemende behoefte aan beschut wonen, is uiteindelijk één alternatief doeltreffend voor het verminderen van de discrepantie: het verhuren van de vrijgekomen woonruimte aan ouderen die voorheen een indicatie zouden krijgen voor zzp 1 tot en met 3.

De Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (Rli) heeft in januari 2014 een advies uitgereikt aan de minister voor Wonen en Rijksdienst. In het advies 'Langer zelfstandig, een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn' benoemt de Rli (2014) het alternatief om de vrijgekomen woonruimte te verhuren aan ouderen met een behoefte aan beschut wonen[15]. Met behulp van bevindingen uit het veldwerk worden deze paragraaf randvoorwaarden geformuleerd voor een (succesvolle) omvorming van intramurale capaciteit naar verhuurbare woningen.

5.2.1 Gedeeltelijk verhuren en volledig verhuren

Capaciteit die vrijkomt in verzorgingshuizen en niet kan of mag worden ingezet voor zwaardere zorg, kan gereedgemaakt worden voor verhuur aan ouderen die voorheen een zorgindicatie (zzp 1 tot en met 3) kregen. De ouderen zijn hiermee zelf verantwoordelijk voor hun huisvesting en de daarmee samenhangende kosten. De kosten voor de zorg die zij nodig hebben zal nog steeds vergoed worden uit de AWBZ, vanaf 2015 uit de Wmo en Zorgverzekeringswet. Het scheiden van de integrale bekostiging van de woon-zorg behoefte van deze ouderen in een wooncomponent, een verblijfscomponent en een zorgcomponent gaat volgens het principe extramuraliseren van ouderenzorg (zie kader paragraaf 1.1.1).

Zorgbehoevende ouderen komen als gevolg hiervan terecht op de reguliere woningmarkt en hebben daarom rechten als alle andere huurders. Ouderen zijn in principe geen 'cliënten' meer maar 'huurders' en komen hiermee in aanmerking voor een huurtoeslag. Tegelijkertijd gelden andere eisen voor het vastgoed: woonruimte in het gebouw is nu geen intramuraal care-vastgoed meer, maar betreft reguliere woonruimte en moet daarom voldoen aan de eisen die gelden voor woningen op de reguliere woningmarkt[16]. Juist deze andere eisen vragen om een transitie van het vastgoed. De vrijgekomen (intramurale) capaciteit moet bouwtechnisch gereedgemaakt worden voor verhuur op de woningmarkt.

De (dreigende) overcapaciteit aan woonruimte in verzorgingshuizen kan op twee manieren worden verhuurd aan de doelgroep. Allereerst kan de vrijgekomen woonruimte geschikt gemaakt worden voor verhuur zodra een zittende bewoner van het verzorgingshuis de woonruimte verlaat wegens overlijden of een zwaardere zorgbehoefte. Op dat moment wordt gesproken van 'gedeeltelijke verhuur'. Bij gedeeltelijke verhuur worden in één complex woonruimten verhuurd aan ouderen mét een zzp-indicatie en aan ouderen zonder zzp-indicatie. Ten tweede kan een verzorgingshuis volledig geschikt gemaakt worden voor verhuur aan ouderen zonder indicatie, ofwel 'volledige verhuur'.

---

[15] De Rli (2014) draagt ook andere opties aan voor de overcapaciteit: (1) verhuren aan ouderen met een intensievere zorgvraag, (2) verhuren aan andere doelgroepen of (3) afbreken of afstoten van het vastgoed. Deze alternatieven worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

[16] Het ombouwen van onzelfstandige woonruimten naar zelfstandige woonruimten kan strijdig zijn met het bestemmingsplan en het Bouwbesluit 2012. Voorbeelden van eisen zijn een eigen toegang, huisnummer en brievenbus.

De overcapaciteit aan intramurale woonruimte wordt geconcentreerd in één complex dat vervolgens volledig geschikt gemaakt wordt voor verhuur volgens het principe scheiden wonen en zorg. Een belangrijk nadeel van 'volledige verhuur' is dat deze methode veelal in extra verhuisbewegingen resulteert. Daar staat tegenover dat wanneer (ingrijpende) verbouwingen nodig zijn deze methode vaak aantrekkelijker is.

5.2.2 Eigendomsverhoudingen van verzorgingshuizen

Het verzorgingshuis is doorgaans in bezit van een woningcorporatie of een zorgorganisatie (Elemans & van Sante, 2013). Volgens Elemans & van Sante (2013) en de Benchmark Care van Berenschot (2014) is grofweg de helft van de capaciteit in eigendom van zorgorganisaties en de helft in eigendom van woningcorporaties. Hierdoor bestaan verschillende eigendomsverhoudingen en dus ook verschillende manieren waarop een zorgbehoevende oudere verbonden is aan de verhurende maar ook zorgverlenende organisatie, zie figuur 9.

Figuur 9: Drie manieren waarop het intramuraal zorg-vastgoed beheerd kan worden. Met huurovereenkomst (HO), onderhuurovereenkomst (oHO) en de zorgovereenkomst (ZO) tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en huurder/zorgbehoevende. Bron: de Groot m. T., 2012, eigen bewerking.

Ten eerste kan de woningcorporatie eigenaar van het vastgoed zijn om dit vervolgens met huurovereenkomsten (HO) voor een termijn van tien tot vijftien jaar te verhuren aan zorgorganisaties (figuur 9, alternatief uiterst links). De zorgorganisatie heeft op haar beurt een (onder)huurovereenkomst (oHO) met de zorgbehoevende. Daarnaast heeft de zorgorganisatie een zorgovereenkomst (ZO) met de oudere (De Groot m. T., 2012).

In het tweede alternatief is de woningcorporatie eigenaar van het vastgoed, maar verhuurt nu de woonruimte direct aan de zorgbehoevende ouderen middels een huurovereenkomst. De zorgorganisatie levert zorg in het complex, en heeft een zorgovereenkomst met de oudere. Woningcorporatie en zorgorganisatie kunnen met een koppelbeding (stippellijn in figuur 9) vastleggen dat de huurder zorg afneemt bij een door hen aangewezen zorgorganisatie. Dit dient afgestemd te worden met de oudere (De Groot m. T., 2012).

In een laatste, derde alternatief is de zorgorganisatie eigenaar van het vastgoed. De huurder heeft een huur- en een zorgovereenkomst met de zorgorganisatie.

5.2.3 Verhuur volgens het woningwaarderingsstelsel

Indien de vrijgekomen woonruimte wordt verhuurd op de woningmarkt, zal de huurprijs worden bepaald volgens het woningwaarderingsstelsel. Het woningwaarderingsstelsel bepaalt de huurprijs van woningen die past bij de kwaliteit van de woning. Voor sociale huurwoningen geldt dat deze huurprijs maximaal € 681,- mag zijn (prijspeil 2013). Indien de huurprijs volgens het woningwaarderingsstelsel hoger is dan dit maximum (ook wel de liberalisatiegrens genoemd) wordt gesproken van geliberaliseerde huurwoningen.

Zodra de vrijgekomen woonruimte wordt verhuurd volgens het woningwaarderingsstelsel heeft de verhuurder het recht om de puntenwaardering te verhogen met 35%, ook wel de 'serviceflattoeslag' (Olde Bijvank, 2013; Rijksoverheid, 2014). Om in aanmerking te komen voor deze opslag van 35% moet de woning volgens Olde Bijvank (2013) en de Rijksoverheid (2014) voldoen aan de volgende eisen:

- De aanwezigheid van een noodoproepinstallatie in de woning.
- Permanente aanwezigheid van iemand in het complex die (para)medische zorg kan verlenen.
- De verhuurder exploiteert de maaltijdverzorging.
- Aanwezigheid van een gemeenschappelijke recreatieruimte in het complex.
- Aanwezigheid van een logeerruimte voor gasten van de huurders.

Uitsluitend zelfstandige woonruimten komen in aanmerking voor de hiervoor genoemde opslag.

De capaciteit die vrijkomt in het verzorgingshuis voldoet in de meeste gevallen al aan de eisen die gelden voor de serviceflattoeslag. Hierdoor zal de puntenwaardering voor de woonruimte hoger uitvallen. Indien de verhuurder de woonruimte zal verhuren volgens de volledige puntenwaardering, ontstaat het risico dat de huurprijs boven de liberalisatiegrens zal uitvallen (Rli, 2014).

5.2.4 Wet- en regelgeving

Zoals eerder aangegeven moet de woonruimte worden aangemerkt als zelfstandige woonruimte voordat die in aanmerking komt voor de serviceflattoeslag. Voor zelfstandige woningen gelden volgens de Rijksoverheid (2014) de volgende eisen:

- Woonruimte heeft eigen voordeur met individueel adres.
- De woonruimte heeft een eigen woon(slaap)kamer.
- Een eigen keuken met aanrecht en een aansluiting voor een kooktoestel.
- Wateraansluiting en afvoer voor afvalwater.
- Een eigen toilet, douche en badruimte met waterspoeling.

De transitie van de vrijgekomen (intramurale) capaciteit naar verhuurbare woningen vraagt fysieke aanpassingen aan de woonruimte, zodat wordt voldaan aan hiervoor genoemde eisen.

Daarnaast gelden nog andere eisen uit het ruimtelijk bestuursrecht die raakvlak hebben met het bestemmingsplan en het Bouwbesluit 2012.

Experts dragen als eerste juridische aspect aan dat de bestemming van het gebouw mogelijk gewijzigd zal moeten worden. Intramurale woonruimten hebben veelal de bestemming ‘maatschappelijke doeleinden’. Zodra de woonruimte verhuurd wordt aan ouderen zonder indicatie, is ‘woondoeleinden’ een mogelijke bestemming. In dat geval is het zorgaspect ondergeschikt aan de zelfstandige bewoning. Een bestemmingsplanwijziging is derhalve noodzakelijk.

Een tweede juridisch aspect waar rekening mee gehouden dient te worden is het naleven van het Bouwbesluit 2012 en de bijbehorende bouwtechnische regels. Het Bouwbesluit 2012 benadert gebouwen vanuit een gebruiksfunctie en koppelt hieraan bouwtechnische regels. Verzorgingshuizen hebben de ‘gezondheidszorgfunctie’ als gebruiksfunctie, terwijl woningen op de reguliere woningmarkt worden benaderd vanuit de ‘woonfunctie’. Indien de vrijgekomen capaciteit wordt verhuurd op de woningmarkt zal de gebruiksfunctie van het vastgoed dus veranderen. Het bouwbesluit stelt bijvoorbeeld voor de ‘gezondheidszorgfunctie’ geen opstelplaats voor aanrecht en kooktoestel terwijl dit voor de ‘woonfunctie’ wel wordt geëist. Om het Bouwbesluit 2012 na te leven zijn volgens experts bouwtechnische aanpassingen noodzakelijk bij voornamelijk oudere verzorgingshuizen, voordat de vrijgekomen capaciteit in verzorgingshuizen als zelfstandige woningen verhuurd kan worden op de reguliere woningmarkt.

5.2.5 Bevindingen: Resumé

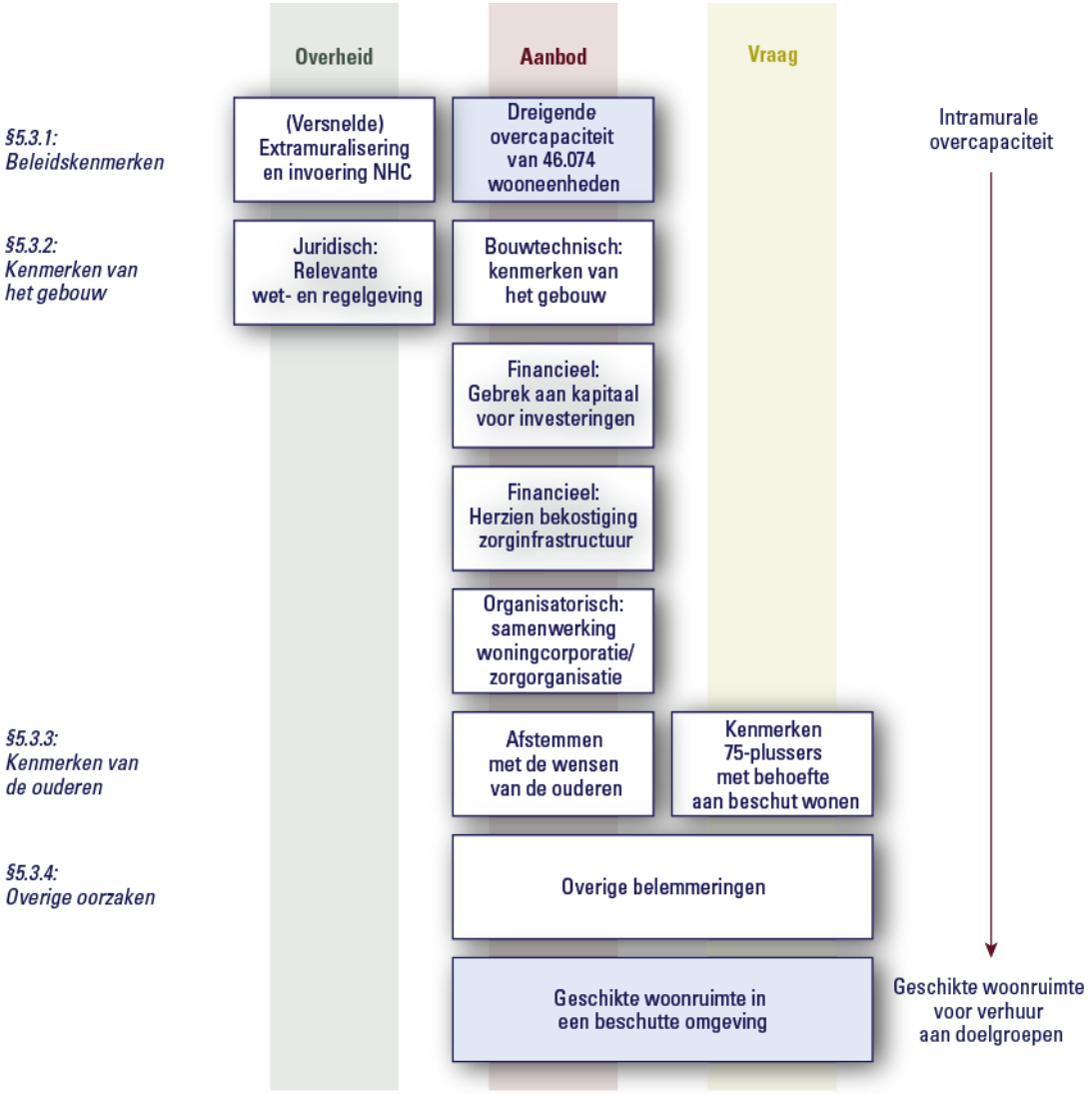
Het gereedmaken van de vrijgekomen capaciteit in verzorgingshuizen vraagt dus om aanpassingen aan het gebouw om te voldoen aan de eisen die gelden voor zelfstandige woonruimten en eisen vanuit van het Bouwbesluit 2012. Daarnaast is wellicht een wijziging ten aanzien van het bestemmingsplan noodzakelijk. Tegelijkertijd krijgt de bewoner te maken met andere rechten en plichten.

Het is van de kenmerken van het gebouw (aanbod) en van de huurder (vraag) afhankelijk of het mogelijk is om de vrijgekomen capaciteit in te zetten voor de doelgroep waarvoor die bedoeld is. Indien het complex in bezit is van een woningcorporatie zal de aanpassing vragen om samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie. Indien het vastgoed in bezit is van de zorgorganisatie, is het de vraag of zij wil optreden als verhuurder van zelfstandige woonruimten (Rli, 2014).

5.3 Bevindingen: verklaringen van de discrepantie

In de vorige paragraaf is besproken hoe de vrijgekomen capaciteit in verzorgingshuizen gereedgemaakt kan worden voor verhuur aan ouderen met een behoefte aan beschut wonen. Waarom wordt dit nog maar beperkt gedaan voor de 46.074 woningen die bedreigd worden met leegstand of mogelijk ingezet gaan worden voor andere doelgroepen? In deze paragraaf wordt met behulp van het veldwerk gezocht naar verklaringen voor de discrepantie die in het vorige hoofdstuk is aangetoond.

Uit de gesprekken met experts blijkt dat het omvormen van de vrijgekomen intramurale capaciteit naar verhuurbare woningen voor ouderen kan vastlopen vanwege uiteenlopende oorzaken. Deze oorzaken zijn afhankelijk van het overheidsbeleid, kenmerken van het gebouw (aanbod) en kenmerken van de ouderen (vraag) en financieel, juridisch, organisatorisch en bouwtechnisch van aard, zie figuur 10.



Figuur 10: De omvorming van intramurale overcapaciteit naar verhuurbare woningen kan vastlopen door een aantal oorzaken die zijn toe te wijzen aan het overheidsbeleid, kenmerken van het aanbod of kenmerken van de vraag. In de hierna volgende paragrafen worden deze oorzaken besproken.

De oorzaken uit figuur 10 zijn met behulp van gesprekken met experts onderzocht. De resultaten uit het veldwerk worden hierna besproken.

5.3.1 Beleidskenmerken

Directe aanleiding tot een dreigende overcapaciteit is de extramuralisering van zorg uit de AWBZ. Alle ondervraagden legitimeren het besluit van de overheid om de woon- en verblijfscomponent van het zorgzwaartepakket één tot en met drie voor ouderen niet meer met collectieve middelen te bekostigen. Experts zijn echter bijzonder kritisch over de snelheid waarmee de extramuralisering voor lagere zorgzwaartepakketten is doorgevoerd.

De extramuralisering van zzp 1 tot en met 3 in een periode van drie jaar gaat met name voor beheerders met oudere verzorgingshuizen in de portefeuille te snel. Verzorgingshuizen die gebouwd zijn onder vorige bouwtechnische regelgeving[17] moeten grondig fysiek aangepast worden om geschikt te zijn voor verhuur op de reguliere woningmarkt. Verzorgingshuizen die na 1985 zijn gebouwd voldoen in de meeste gevallen aan de eisen die gelden voor verhuur van zelfstandige woningen op de woningmarkt. Voor deze woningen is een grootschalige bouwtechnische ingreep in de meeste gevallen dan ook niet noodzakelijk. Uit de lijst met sluitende verzorgingshuizen die Berenschot sinds begin 2014 bijhoudt, blijkt dat ruim 80 procent van de verzorgingshuislocaties die inmiddels zijn gesloten of waarvan bekend is dat deze gaan sluiten van voor 1985 is.

Beheerders met ouder intramuraal zorgvastgoed in bezit hebben hun vastgoedbeleid niet tijdig kunnen afstemmen op een opnamestop voor lagere zorgzwaartepakketten als gevolg van de versnelde extramuralisering. Woonruimte – die gebouwd is onder oude bouwtechnische regels – moet ineens versneld fysiek worden aangepast om aan de gestelde wettelijke eisen voor verhuur aan ouderen te voldoen. Sommige organisaties hebben hier niet tijdig op geanticipeerd. Om op korte termijn toch inkomsten uit verhuur te genereren en daarmee de verliezen te beperken, zullen deze organisaties vrijkomende onzelfstandige woonruimten verhuren aan studenten of seizoenarbeiders. Deze doelgroepen nemen genoegen met woonruimte die kwalitatief minder geschikt is.

Uit het veldwerk blijkt dat zorgorganisaties die niet hebben geanticipeerd op de versnelde extramuralisering eerder woonruimte zullen verhuren aan andere doelgroepen. Experts geven ook voorbeelden van zorgorganisaties die tijdig hebben geanticipeerd op de extramuralisering. Met ‘budgetconcepten’ hebben zorgorganisaties geschikte woon-zorg concepten voor de doelgroep ontwikkeld. ‘Zorgeloos wonen’ is een voorbeeld van een succesvol budgetconcept.

[17] Volgens Blok en Van Rijn (2014) is 1985 een geldige indicatieve scheidslijn voor het bouwjaar van verzorgingshuizen. Verzorgingshuizen die eerder zijn gebouwd zijn minder geschikt voor de transformatie naar zelfstandige wooneenheden dan modernere verzorgingshuizen.

Zorgeloos wonen volgens Vivium Zorggroep (Huizen)

In het succesvol woonzorgconcept 'Zorgeloos wonen' betalen ouderen bovenop de huur en servicekosten een bedrag van € 375. De huur, de servicekosten en de kosten voor het woonzorgconcept kan iemand opbrengen met een AOW waardoor het pakket aantrekkelijk is voor ouderen met een kleine portemonnee maar met een behoefte aan beschut wonen. Ouderen die kiezen voor dit concept krijgen onder anderen vier maaltijden per week, schoonmaakservice voor de woning, 24 uur per dag aanwezigheid van een huismeester, alarmering en een welzijnsactiviteit.

Ouderen die beschut willen wonen moeten dit pakket aan diensten 'minimaal' afnemen. Hierdoor heeft de zorgorganisatie voldoende volume om de service te continueren en overeind te houden. Bovendien houdt dit het complex leefbaar: er blijft een restaurant, er blijft een facilitair team en er blijft een gastheer/vrouw. Ook kan de zorgorganisatie hiermee de zorginfrastructuur omhoog houden waardoor het complex meerwaarde krijgt en ouderen eerder zullen kiezen om hier te willen wonen. Het Zorgeloos Wonen is een budgetconcept dat eventueel kan worden aangevuld met een 'Pluspakket' of extra diensten naar keuze.

Experts noemen de invoering van de normatieve huisvestingscomponent tegelijk met het versneld extramuraliseren als belangrijkste voorbeelden van recente wetswijzigingen. Door de samenloop van meerdere wetswijzigingen tegelijk is een hoge mate van professionalisering vereist bij de zorgorganisaties. Organisaties die deze professionalisering tijdig hebben doorgevoerd zijn volgens experts eerder in staat om de vrijgekomen ruimte gereed te maken voor ouderen zonder indicatie. In tegenstelling tot deze 'anticiperende' organisaties worden 'afwachtende' organisaties eerder geconfronteerd met leegstand of zullen zij vastgoed mogelijk verhuren aan andere doelgroepen.

Met professionalisering van organisaties doelen experts op het verbeteren van kennis van zorgorganisaties omtrent hun vastgoedportefeuille en het samenhangende vastgoedbeleid. Naast het beleid ten aanzien van personeel, kapitaal, technologie en kennis, worden zorgorganisaties nu ook afgerekend op prestaties van het vastgoedbeleid. Sommige zorgorganisaties lopen hierin voorop, terwijl anderen achterblijven. De versnelde extramuralisering in combinatie met de invoering van de normatieve huisvestingscomponent bieden niet voldoende tijd om deze professionalisering alsnog door te voeren.

Samengevat kan worden gesteld dat vanwege de versnelde extramuralisering een deel van de intramurale capaciteit niet tijdig omgebouwd kan worden tot woonruimte die geschikt is voor verhuur aan de doelgroep. Dit is afhankelijk van het strategisch (vastgoed)beleid van zorgorganisaties.

5.3.2 Aanbod: kenmerken van het gebouw

Uit gesprekken met experts blijkt dat de transitie van intramurale woonruimte naar 'extramurale woningen' een aantal problemen met zich meebrengt die afhankelijk zijn van de kenmerken van het gebouw. Echter naast bouwtechnische vraagstukken spelen, zoals eerder benoemd, ook financiële, juridische en organisatorische vraagstukken een rol.

Bouwtechnische kenmerken

Ten eerste kunnen bouwtechnische kenmerken van verzorgingshuizen verklaren waarom de intramurale capaciteit (nog) niet wordt verhuurd aan ouderen die geen indicatie meer krijgen.

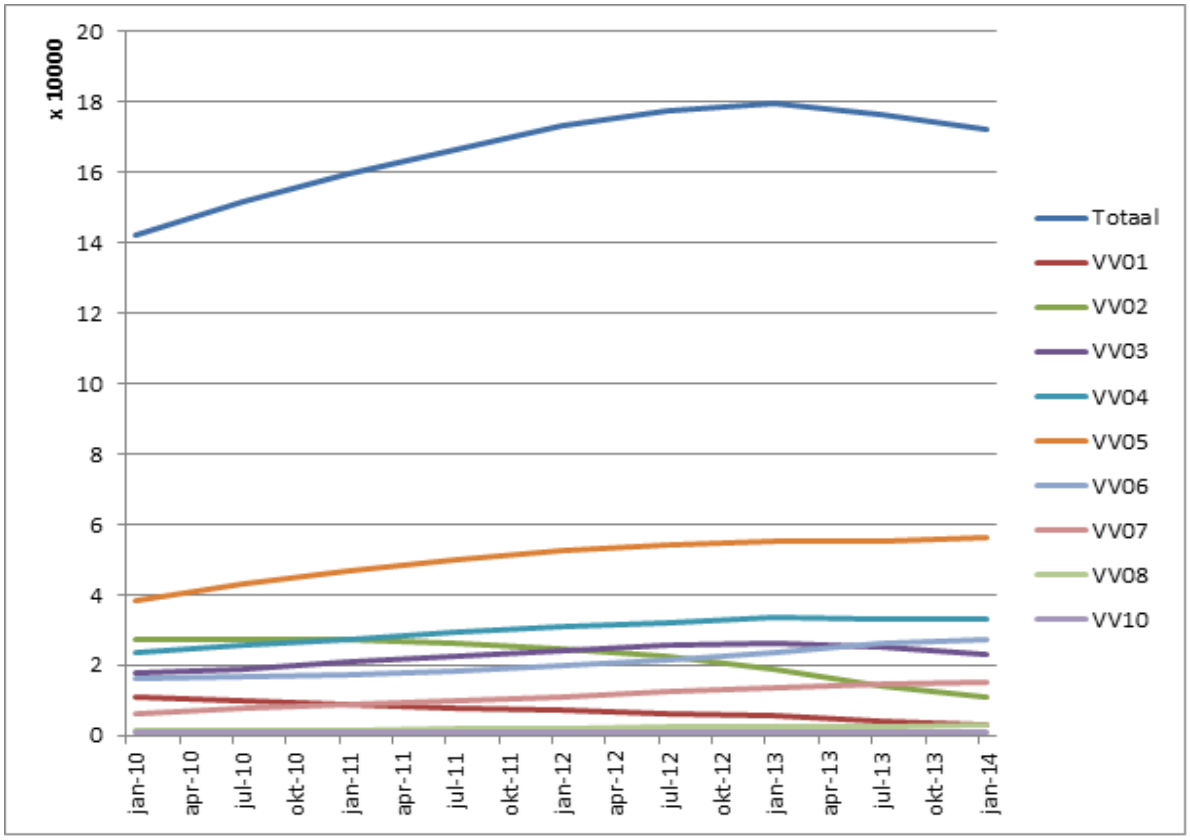
De beperkingen die bouwtechnische kenmerken van verzorgingshuizen met zich meebrengen zijn vaak toe te schrijven aan het bouwjaar. Oudere verzorgingshuizen voldoen niet meer aan de

bouwtechnische eisen van deze tijd. Experts dragen voorbeelden aan als ‘te smalle gangen’, ‘te kleine kamers’ of ‘te weinig voorzieningen’ die het aanpassen van intramurale woonruimte voor verhuur vaak onmogelijk maken. Ook sanitaire ruimten zijn beperkt flexibel voor het geschikt maken voor de woningmarkt. Het gebrek aan vrije indeelbaarheid van het gebouw wordt ook genoemd als probleem voor een eventuele omvorming. Door de beperkte flexibiliteit van het gebouw kan niet worden voldaan aan eisen van het Bouwbesluit 2012 en eisen van de brandweer, die strengere eisen stelt aan complexgewijs wonen dan aan een zorgfunctie.

De investering die noodzakelijk is om oudere verzorgingshuizen geschikt te maken voor verhuur aan de doelgroep is vaak niet rendabel te maken of hoger dan de investering voor een nieuw gebouw dat direct geschikt is voor verhuur aan de doelgroep. Het gaat om de verzorgingshuizen die zoals gezegd gebouwd zijn voor 1985 (Blok & van Rijn, 2014). Vanwege woningnood op de Nederlandse woningmarkt zijn vlak na de Tweede Wereldoorlog veel verzorgingshuizen gebouwd. Van alle verzorgingshuizen in Nederland, is ongeveer 52% gebouwd in de jaren ’60 en ’70 (Neele, Conijn, de Wildt, & Alles, 2002). Voor deze gebouwen geldt dus dat vanwege hun leeftijd, een grondige renovatie niet betaalbaar is. Experts geven bovendien aan dat deze verzorgingshuizen, met een gemiddelde exploitatietermijn van 40 jaar, in dit decennium aan het eind zijn van de levenscyclus. Dit maakt het onmogelijk voor de beheerders van het vastgoed om nog investeringen te doen die ertoe bijdragen dat het vastgoed alsnog verhuurd kan worden.

Dit houdt in dat van de 46.000 woningen die als gevolg van de extramuralisering vrijkomen, ongeveer 23.000 woningen vanwege ouderdom niet verhuurd kunnen worden aan de doelgroep. Bij een gemiddeld aantal van 80 wooneenheden per locatie betreft het ongeveer 290 locaties (NZa, 2012) zie ook: (Blok & van Rijn, 2014). De verwachting is dat het aantal locaties dat in de praktijk niet geschikt gemaakt kan worden voor verhuur nog hoger ligt. Vermoedelijk zijn de woonruimten in de voorraad aan verzorgingshuizen met de meeste potentie namelijk reeds ingezet voor zwaardere doelgroepen. Volgens de meest recente cijfers (uit 2010) is de capaciteit aan verzorgingshuizen 84.000 plaatsen (Blok & van Rijn, 2014). Het aantal bewoners van een verzorgingshuis met zzp 1 tot en met 4 was in 2012 63.000 (ActiZ, 2012). Omdat er destijds nauwelijks leegstand was, betekent dit dat in 2012 al 21.000 verzorgingshuisplaatsen feitelijk in gebruik waren als verpleeghuisplaats (zzp 5 en hoger). Naar verwachting wordt ook een deel van capaciteit die de komende tijd vrijkomt in de verzorgingshuizen ingezet voor zwaardere zzp’s. Analyse van cijfers over het aantal afgegeven indicaties voor verpleeg- en verzorgingshuis zorg bevestigen het beeld dat het aantal hoge zzp’s snel toeneemt hetgeen druk veroorzaakt om een deel van de vrijgekomen verzorgingshuisplaatsen in te zetten voor cliënten met een hogere zorgzwaarte.

In figuur 11 is weergegeven hoe het aantal geldige intramurale indicaties voor V&V zich ontwikkeld heeft sinds 2010 (Bron: CIZ).



Figuur 11: Ontwikkeling aantal geldige intramurale indicaties V&V 2010 – 2014

Experts geven aan dat de overige intramurale capaciteit vanuit bouwtechnisch oogpunt geschikt gemaakt kan worden voor verhuur aan de doelgroepen. In het verloop van dit onderzoek wordt aangehouden dat ongeveer 23.000 intramurale woningen de potentie hebben om omgevormd te worden tot verhuurbare woningen van uitgaande dat de helft is gebouwd voor 1985.

Juridisch: geldende wet- en regelgeving

Na de bouwtechnische kenmerken, kan wet- en regelgeving uit het ruimtelijk bestuursrecht een eventuele transformatie van intramurale capaciteit naar geschikte woningen voor ouderen zonder indicatie dwarsbomen. Zoals in paragraaf 5.1 omschreven, zal intramurale capaciteit die verhuurd gaat worden op de reguliere woningmarkt, het geldende bestemmingsplan en Bouwbesluit 2012 moeten respecteren. Ook regels ten aanzien van brandveiligheid spelen een rol bij de omvorming.

Allereerst kan het bestemmingsplan een belemmering zijn voor het omvormen van het intramurale zorgvastgoed. De wijziging die moet worden doorgevoerd in het bestemmingsplan is in sommige gevallen niet mogelijk of de besluitvorming daartoe kenmerkt zich als een traag proces (Kok P. , 2011) zie ook: (Faun, Hollander, & van Klaveren, 2014). Dit hangt af van de lokale situatie en het bestemmingsplan. Indien de bestemming gewijzigd moet worden van ‘maatschappelijke functie’ naar ‘functie voor wonen’ dient de gemeente de afspraken met de provincie in acht te nemen. Het uitbreiden van de woningvoorraad is vaak onderhevig aan provinciale beleidsrichtingen.

Het gevolg is dat een complex vaak de bestemming ‘maatschappelijke doeleinden’ blijft houden, waardoor verhuur en bewoning volgens de wet illegaal zou zijn. Faun en anderen (2014) geven aan dat gemeente in veel gevallen ook op de hoogte wil zijn van de uiteindelijke doelgroep voordat een eventuele wijziging zal worden doorgevoerd in het bestemmingsplan. Doordat in sommige situaties ouderen met een verschillende intensiteit aan zorgbehoefte worden gehuisvest in één complex, is niet eenduidig aan te geven wat de uiteindelijke doelgroep en samenhangende bestemming van het gebouw zal zijn. Zo wordt bijvoorbeeld verhuur aan ouderen met een behoefte aan 24-uur zorg op afroep gezien als ‘maatschappelijke doeleinden’, terwijl ouderen met ‘zorg op afspraak’ zal worden gezien als de bestemming ‘wonen’.

Ook kunnen bouwtechnische regels uit het Bouwbesluit 2012 volgens experts een belemmering zijn. Zoals in de vorige paragraaf omschreven zal het Bouwbesluit 2012, indien het intramuraal vastgoed wordt omgevormd tot verhuurbare woonruimte, het gebouw benaderen vanuit de ‘woonfunctie’. Naast een opstelplaats voor een kooktoestel, zullen niet geschikte woonruimten ook aangepast moeten worden in het kader van rolstoeltoegankelijkheid, alarmering, en bijvoorbeeld een wateraansluiting. Experts zien een groot probleem voor verzorgingshuizen die vanwege een beperkte flexibiliteit niet de mogelijkheid geven voor, bijvoorbeeld, het verbreden van gangen of het vergroten van sanitaire ruimten. Zodra gangen of sanitaire ruimten vergroot moeten worden, kan het zijn dat constructieve elementen van het gebouw verplaatst worden, hetgeen veelal onmogelijk wordt geacht.

Tot slot gelden andere eisen ten aanzien van brandveiligheid voor complexgewijs wonen op de reguliere woningmarkt. Experts geven aan dat het hier gaat om installatietechnische ingrepen. Volgens Faun en anderen, Hollander, & van Klaveren, 2014) moeten woningen die verhuurd worden op de reguliere woningmarkt bijvoorbeeld beschikken over noodverlichting en zelfsluitende deuren. Veel verzorgingshuizen kunnen middels gerichte installatietechnische aanpassingen aan de eisen voldoen, maar dat vraagt wel om een investering.

Financieel: gebrek aan kapitaal en commerciële verhuur

Gebrek aan kapitaal voor een investering die noodzakelijk is voor de transitie van het vastgoed kan een oorzaak zijn waarom de capaciteit niet verhuurd kan worden aan de doelgroep. Indien de vrijgekomen capaciteit bouwtechnisch aangepast kan worden, en het bestemmingsplan en het Bouwbesluit 2012 in acht worden genomen, is het de vraag wie zal optreden als investeerder. Volgens experts hebben diverse belanghebbenden binnen het domein van wonen en zorg, een gebrek aan kapitaal voor een investering in het vastgoed. Het kapitaal dat noodzakelijk is voor een dergelijke investering kan onder andere afkomstig zijn van woningcorporaties, zorgorganisaties, financiële instellingen of particuliere investeerders. Voor woningcorporaties wordt het ingewikkelder op te treden als investeerder: de invoering van de belastingplicht, de verhuurdersheffing en terughoudendheid van het Waarborgfonds voor Sociale Woningbouw (WSW) leiden tot een afname van de financiële slagkracht van corporaties. Ook financiële instellingen zijn terughoudend. Zij hanteren een ongunstiger risicoprofiel als er sprake is van een transitie van intramurale woningen tot sociale woningbouw. Particuliere investeerders richten zich eerder op beschut wonen voor ouderen in het hogere segment.

Zorgorganisaties komen hierdoor minder snel aan kapitaal als zij willen optreden als investeerder voor de transitie van de intramurale overcapaciteit. Bovendien geven experts aan dat woningcorporaties niet toestaan dat zorgorganisaties woningen verhuren op de reguliere woningmarkt. Zorgorganisaties treden in dat scenario op als commerciële verhuurder in dezelfde markt als waar de woningcorporaties actief zijn. Juist voor die woningcorporaties gelden strengere regels zoals de verhuurdersheffing. Er zou sprake zijn van oneerlijke concurrentie als dit niet ook voor zorgorganisaties zou gelden. Hier is behoefte aan een gedegen samenwerking tussen zorgorganisatie en woningcorporatie.

Experts geven aan dat ook daar waar zorgaanbieders in afwachting zijn van kapitaal, de capaciteit die vrijkomt wordt onderverhuurd aan andere doelgroepen zoals studenten en seizoenarbeiders.

Financieel: bekostiging zorginfrastructuur/facilitair beheer

Het zorgzwaartepakket bestaat uit een zorg-, verblijfs- en huisvestingscomponent (zie kader paragraaf 1.1.1). De (extramurale) zorg die ouderen in de toekomst nodig hebben zal nog steeds grotendeels worden bekostigd uit collectieve middelen (Wmo en ZvW). Uit gesprekken met experts blijkt dat juist de bekostiging van de verblijfscomponent (verblijfskosten voor onder andere huismeester, was service, maaltijdservice etc.) een mogelijke belemmering kan zijn voor extramuraal wonen in vrijgekomen capaciteit van verzorgingshuizen.

Door de extramuralisering komt naast de vergoeding voor woonlasten, ook de vergoeding voor verblijfskosten te vervallen. Als gevolg hiervan zullen ouderen in de toekomst naast de woonlasten, zelf gaan betalen voor de kosten van maaltijden, was-service en bijvoorbeeld de dagbesteding. Voor zorgorganisaties blijkt het facilitair beheer vaak lastig kostendekkend te krijgen. Vanuit de huidige situatie wordt de gehele zorginfrastructuur vergoed. Doordat de zekerheid van een integrale vergoeding voor de zorginfrastructuur wegvalt, zullen organisaties op zoek moeten gaan naar concepten om de zorginfrastructuur alsnog kostendekkend te krijgen. Dit is veelal niet haalbaar waardoor de ruimte verhuurd dreigt te worden aan andere doelgroepen, die geen behoefte hebben aan een zorginfrastructuur.

Het statische karakter van de zorginfrastructuur speelt hierbij een rol. Of er nu sprake is van intramurale woonruimte of verhuur op de reguliere woningmarkt: de receptie, de keuken van het restaurant of de facilitaire dienst zijn hoe dan ook aanwezig. Als de zorginfrastructuur kostendekkend geëxploiteerd zal worden op dezelfde manier als waarop het eerst integraal vergoed werd vanuit de AWBZ, zullen ouderen ongeveer € 1.000,- per maand gaan betalen (Olde Bijvank, 2013). Deze kosten komen bovenop de woonlasten die ouderen zelf gaan betalen.

Volgens experts is dit een gevolg van de bekostiging van AWBZ-gefinancierde zorg uit het verleden. De zorginfrastructuur is in het verleden gerealiseerd op basis van nacalculatie. Volgens deze nacalculatie waren beheerders van het vastgoed verzekerd van een zekere dekking van de kapitaallasten. Zorginfrastructuur is daarom destijds gebouwd zonder rekening te houden met financiering volgens normale marktprincipes. Het is hiermee de vraag hoe de kapitaallasten alsnog dekkend te krijgen zijn.

Experts zien hier een groot probleem als wordt gelet op de betaalbaarheid voor beschut wonen voor ouderen met een niet toereikende financiële positie. Ten aanzien van het facilitair beheer is een duidelijk verschil waar te nemen tussen zorgorganisaties die hier creatief op hebben ingespeeld, en organisaties die nog niet hebben geanticipeerd op een bekostiging van de verblijfscomponent door de bewoners.

Organisatorisch: gebrekkige samenwerking woningcorporatie en zorgorganisatie

Experts signaleren een gebrek aan samenwerking tussen belanghebbenden. Juist die samenwerking is noodzakelijk voor het creëren van zekerheid voor investeringen. Omdat de markt voor beschut wonen in de toekomst nog omgeven is met onzekerheden, zijn organisaties terughoudend.

Ook verantwoordelijk minister Blok en staatssecretaris Van Rijn (2014) signaleren in hun kamerbrief 'Transitieagenda langer zelfstandig wonen' dat er een gebrek aan samenwerking tussen woningcorporaties en zorgorganisaties is. Een juiste samenwerking is noodzakelijk omdat organisaties zich steeds meer in een voor hen onbekend domein gaan begeven.

Daarnaast signaleren experts een verharding in de samenwerking tussen woningcorporaties en zorgorganisaties ook als een mogelijke belemmering voor het gereedmaken van intramurale (over)capaciteit voor verhuur aan de doelgroep. Zowel de woningcorporatie als de zorgorganisatie handelt vaak primair uit eigenbelang. Zorgorganisaties zeggen bijvoorbeeld zonder vooroverleg aan het einde van de huurtermijn het huurcontract op bij de woningcorporatie, om vervolgens elders in de gemeente zelf nieuw vastgoed te realiseren, met leegstand voor de woningcorporatie tot gevolg. De woningcorporatie is niet bevoegd zorg te leveren, waardoor de woningcorporatie vaak geen andere keuze heeft dan de vrijgekomen woonruimte te verhuren aan andere doelgroepen.

Resumé

In deze paragraaf zijn vier kenmerken van het vastgoed en het vastgoedmanagement besproken die het omvormen van de overcapaciteit aan intramurale woonruimte naar verhuurbare woningen bemoeilijkt. Allereerst is gesignaleerd dat ongeveer de helft van de verzorgingshuizen aan het eind van hun levenscyclus is. Een grote investering zal hierdoor noodzakelijk zijn, waardoor beheerders een afweging maken tussen het realiseren van nieuw vastgoed in plaats van een grootschalige renovatie uit te voeren. Ten tweede voldoet het vastgoed vaak niet aan de wet- en regelgeving. Oudere verzorgingshuizen zijn gebouwd onder de oude regelgeving en moeten grootschalig aangepast worden als voldaan moet worden aan het Bouwbesluit 2012. Daarnaast zal in sommige gevallen een wijziging van het bestemmingsplan noodzakelijk zijn hetgeen soms niet mogelijk is, of veel tijd vraagt. Ten derde kan gebrek aan kapitaal een verklaring zijn waarom intramurale capaciteit (vooralsnog) niet omgebouwd kan worden tot geschikte woningen voor ouderen zonder zorgindicatie. Om te voldoen aan de eerder genoemde eisen, zal het vastgoed bouwtechnisch en installatietechnisch aangepast moeten worden. Dit vraagt om kapitaal voor investeringen. Tot slot blijkt dat een gebrek aan samenwerking tussen zorgorganisaties en woningcorporaties de transitie van het vastgoed bemoeilijkt.

5.3.3 Vraag: kenmerken van de ouderen

Ook kenmerken van ouderen kunnen verklaren waarom vrijgekomen intramurale capaciteit (nog) beperkt verhuurd wordt aan de doelgroep. Volgens experts zijn kenmerken van het aanbod aan woonruimte overkomelijk, maar is het vervolgens de vraag of dit aanbod voldoende is afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de ouderen. De omgebouwde intramurale woonruimte moet immers aantrekkelijk zijn voor de markt.

Verschil redelijke huurprijs en markthuur

Indien de woningen worden gewaardeerd volgens het woningwaarderingsstelsel, kan het voorkomen dat de huurprijs woningen uit de markt prijst, vanwege de serviceflatopslag van 35% (Rli, 2014). Volgens de Rli (2014), Olde Bijvank (2013) Faun en anderen (2014) en ondervraagde experts zullen de woningen – indien de serviceflatopslag volledig wordt doorberekend – boven de liberalisatiegrens uitkomen. Dit heeft een aantal nadelen.

Allereerst komt de markthuur niet overeen met de huur die de doelgroep kan betalen. Volgens de literatuurstudie naar structurele variabelen die doelgroepen van elkaar onderscheiden, blijkt dat juist de ouderen met behoefte aan deze vorm van beschut wonen, beschikken over een zwakke financiële positie (zie paragraaf 2.4). Een tweede nadeel is dat de ouderen niet meer in aanmerking komen voor een eventuele huurtoeslag[18] zodra de huurprijs van de woningen, als gevolg van de serviceflatopslag, boven de liberalisatiegrens uitkomt. Ouderen met een zwakke financiële positie zouden juist vanwege de mogelijke huurtoeslag in de vrijgekomen capaciteit kunnen wonen. Tot slot signaleren experts dat het hanteren van de volledige huurprijs volgens het woningwaarderingsstelsel niet mogelijk is voor gebieden waar de marktconcentratie hoog is. Een hoge marktconcentratie houdt in dat in een regio veel betaalbare alternatieven zijn voor wonen in een beschutte omgeving. Ouderen die een dergelijke huurprijs eventueel kunnen betalen, kiezen voor modernere woonzorgarrangementen elders in de omgeving.

Doordat ouderen de huurprijs, welke is berekend volgens het woningwaarderingsstelsel, niet kunnen betalen, zal de eigenaar van het vastgoed onvoldoende opbrengsten genereren om de kapitaallasten volledig te dekken. Experts zien dat de overcapaciteit in dergelijke situaties verhuurd dreigt te worden aan andere doelgroepen of dat locaties leeg komen te staan nadat bewoners zijn verhuisd of overleden.

---

[18] Volgens Olde Bijvank (2013) kan (1) geen huurtoeslag worden aangevraagd als de huurprijs onder de minimale huurgrens van €222,18 ligt, (2) 100% huurtoeslag worden aangevraagd als de huurprijs ligt tussen de minimale huurgrens en de kwaliteitskortingsgrens van €374,44, (3) 75% huurtoeslag worden aangevraag indien de huurprijs ligt tussen de kwaliteitskortingsgrens en de aftoppingsgrens van €535,19 en (4) 50% huursubsidie aangevraagd worden voor een huurprijs tussen de aftoppingsgrens en de liberalisatiegrens van €699,48.

Zorgbehoefte op de lange termijn

Experts zien een probleem wanneer de overcapaciteit geschikt gemaakt wordt met aanpassingen voor uitsluitend de huidige woon-zorgbehoefte van de doelgroep. Zij voorspellen dat ouderen slechts kortdurend in een dergelijke woning kunnen wonen, omdat de zorgbehoefte verder zal intensiveren. De woonomgeving zal op langere termijn niet meer geschikt zijn voor ouderen met een zwaardere zorgbehoefte. Ook de literatuur onderkent dit probleem. Onder meer Faun en anderen (2014) merken op dat een woning in het verzorgingshuis in de meeste gevallen de laatste woning zal zijn waar iemand naartoe verhuist. Zodra appartementen worden omgebouwd voor verhuur op de reguliere woningmarkt, moet dus ook rekening gehouden worden met de toekomstige, mogelijk intensievere zorgvraag. Dit stelt weer andere eisen aan het vastgoed, en vraagt om een hogere investering.

Keuzevrijheid ouderen

Zodra ouderen zonder indicatie voor intramuraal verblijf een woning huren in een (voormalig) verzorgingshuis, hebben zij in principe een keuzevrijheid voor extramurale zorg. Indien een woningcorporatie het vastgoed bezit, hebben ouderen een huurovereenkomst met de corporatie. Vervolgens kunnen de ouderen zelf kiezen welke zorgorganisatie de extramurale (thuis)zorg komt leveren. Dit kan in sommige situaties een andere organisatie zijn dan de zorgorganisatie die op dat moment de zorg levert in het complex. Hoewel de zorgorganisatie mogelijk afspraken gemaakt kan hebben met de huurder over het leveren van zorg middels een koppelbeding[19], kan de ouderen niet gedwongen worden om bij een zorgorganisatie zorg af te nemen (Faun, Hollander, & van Klaveren, 2014). Hierdoor is bekostiging van onder andere zorginfrastructuur onzeker. In verzorgingshuizen is in het verleden veel geïnvesteerd in facilitair beheer. Volgens De Groot (2012) is daardoor een verbinding noodzakelijk tussen het huren van de woonruimte en het afnemen van zorg. De huurder kan echter niet worden gedwongen. De huurder geniet huurbescherming en de huurovereenkomst kan als gevolg hiervan niet eenzijdig worden beëindigd door de woningcorporatie (De Groot m. T., 2012).

Het kan een reden zijn waarom woningcorporaties en zorgorganisaties de vrijgekomen capaciteit liever verhuren aan andere doelgroepen. De exploitatie van de zorginfrastructuur in het gebouw, wordt bekostigd door de zorgorganisatie die afspraken heeft met de verhuurder. Het is onduidelijk of een derde zorgorganisatie gebruik mag maken van deze infrastructuur.

Samenvattend kunnen drie kenmerken van ouderen een reden zijn waarom intramurale capaciteit niet omgevormd wordt tot verhuurbare woningen voor de doelgroep. Het belangrijkste kenmerk betreft de reële huurprijs, als gevolg van de matige financiële draagkracht van de doelgroep, in relatie tot de markthuur die gevraagd kan worden als alle de volledige huur wordt gewaardeerd volgens het WWS.

---

[19] Koppelbeding: een beding dat is opgenomen in de huurovereenkomst tussen ouderen en de verhuurder van de woonzorglocatie. Het verplicht ouderen om extramurale zorg af te nemen bij een aangegeven zorgorganisatie (zie subparagraaf 5.2.2).

Daarnaast speelt de toekomstige, mogelijk intensievere zorgbehoefte een rol. Is de woning op de lange termijn nog steeds geschikt voor de doelgroep? Ook de keuzevrijheid van ouderen lijkt te worden ingeperkt als gevolg van een koppelbeding.

5.3.4 Overige oorzaken van de discrepantie

Sommige oorzaken zijn niet toe te wijzen aan kenmerken van het aanbod van of de vraag naar de woonruimten in verzorgingshuizen. In deze paragraaf worden de overige oorzaken beschreven die professionals uit het domein van wonen en zorg benoemen.

Onduidelijkheden over de toekomst

Experts geven aan dat de decentralisatie van de AWBZ naar de gemeente zorgt voor onduidelijkheden op landelijk en lokaal niveau. Er is geen duidelijkheid over de bekostiging van bijvoorbeeld de zorginfrastructuur. Onduidelijk is of bijvoorbeeld gemeenten bereid zijn een bijdrage te leveren aan de zorginfrastructuur omdat zij vanaf 2015 verantwoordelijk zijn voor kortdurend verblijf. Ook onduidelijkheden over de rol van woningcorporaties spelen een rol. Het is niet duidelijk wat de overheid verwacht van woningcorporaties in de toekomstige ouderenzorg. Hierdoor wordt een gedegen samenwerking tussen belanghebbenden bemoeilijkt. Faun en anderen (2014) concluderen dat deze ‘contextfactoren’ er bovendien voor zorgen dat zorgorganisaties geen helder beeld krijgen van de te verwachte vraag aan beschut wonen.

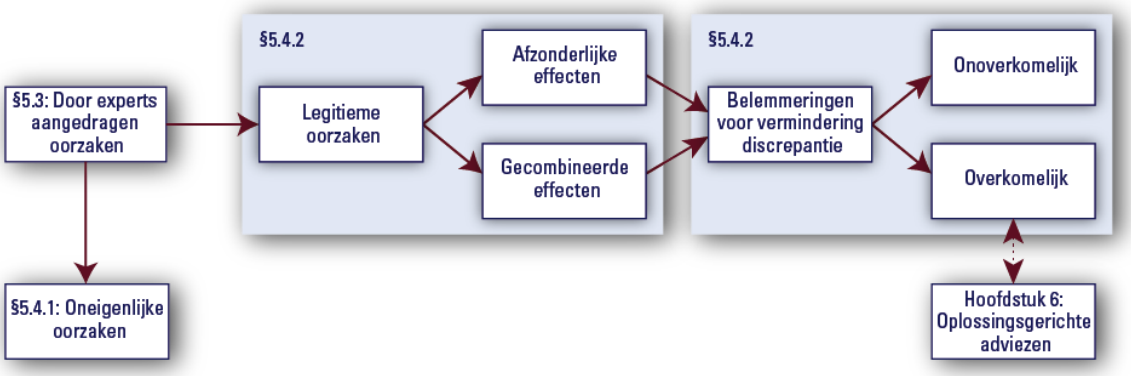
Verschillende marktconcentraties

Marktconcentraties kunnen lokaal sterk verschillen. Sommige experts geven aan dat in hun gemeente het aantal verzorgingshuizen en het aantal 75-plussers niet in verhouding tot elkaar staan. Doordat er relatief meer verzorgingshuizen in sommige gemeenten zijn, dan dat er 75-plussers zijn met een behoefte aan deze vorm van beschut wonen, dreigt de overcapaciteit verhuurd te worden aan andere doelgroepen zoals bijvoorbeeld studenten. Dit geldt met name voor de grote steden zoals Amsterdam en Rotterdam.

Daarnaast is het van de hoeveelheid andere woonzorgarrangementen in de gemeente afhankelijk of de omvorming van het vastgoed zinvol is.

5.4 Discussie/conclusie: Kwalitatieve analyse van oorzaken

Verschillende oorzaken voor de discrepantie zijn benoemd door professionals gedurende het veldwerk. Maar zijn alle oorzaken wel legitiem? Is er sprake van een samenhang tussen de afzonderlijke oorzaken? En zijn de oorzaken juist wel of niet overkomelijk? Om antwoord te krijgen op deze vragen, volgt in deze paragraaf een kritische analyse van de door experts aangedragen oorzaken. In figuur 11 is de opzet van dit hoofdstuk weergegeven.



Figuur 12: Opzet discussie van de mogelijke oorzaken van de discrepantie die door professionals zijn aangereikt.

In de vorige paragraaf (5.3) zijn diverse oorzaken benoemd door experts. In deze paragraaf worden allereerst oorzaken benoemd die waarschijnlijk oneigenlijk zijn (5.4.1). Ten tweede worden de effecten van de overige, legitieme oorzaken beschreven (5.4.2). De oorzaken kunnen afzonderlijk een effect op de discrepantie hebben, maar ook een combinatie van oorzaken kan een (negatief) effect hebben. De gecombineerde en afzonderlijke effecten als gevolg van de oorzaken kunnen worden gezien als belemmeringen voor een vermindering van de discrepantie. Deze belemmeringen worden aan het einde van de paragraaf besproken (5.4.3). Hier wordt gediscussieerd of de belemmeringen overkomelijk zijn of onoverkomelijk. Overkomelijke belemmeringen vormen het uitgangspunt voor het volgende hoofdstuk: voor deze belemmeringen kunnen oplossingsgerichte adviezen geformuleerd worden.

5.4.1 Discussie: Waarschijnlijk oneigenlijke oorzaken

Een aantal oorzaken dat wordt aangedragen door experts is waarschijnlijk oneigenlijk. Hieronder worden deze oorzaken opgesomd en wordt onderbouwd waarom deze als oneigenlijk kunnen worden beschouwd.

- Oorzaak: Vanwege de beperkte flexibiliteit als gevolg van bouwtechnische kenmerken en de versnelde extramuralisering in combinatie met de invoering van de NHC kan de intramurale overcapaciteit niet tijdig worden omgebouwd. Om op korte termijn toch inkomsten te generen wordt de ruimte verhuurd aan andere doelgroepen.

  Oneigenlijk argument omdat het gebouw ook voor verhuur aan andere doelgroepen (studenten, seizoenarbeiders etc.) moet voldoen aan de geldende bouwtechnische en installatietechnische eisen.

- Oorzaak: Intramurale woonruimte moet versneld worden omgebouwd om te voldoen aan de bouwtechnische en installatietechnische eisen van deze tijd. Omdat zorgorganisaties of woningcorporaties hier niet op tijd op hebben geanticipeerd dreigt de ruimte te worden verhuurd aan andere doelgroepen.

Dit is waarschijnlijk een oneigenlijk argument. Immers, de bouwtechnische eisen gelden ook voor andere doelgroepen zoals studenten of seizoenarbeiders. Het is niet ondenkbaar dat deze doelgroepen genoegen nemen met minder kwalitatieve woonruimte, maar dat houdt niet in dat dit vastgoed niet hoeft te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving conform het Bouwbesluit.

- Oorzaak: De intramurale overcapaciteit wordt verhuurd aan andere doelgroepen omdat de woningcorporatie geen zorg mag leveren aan de ouderen.

  Oneigenlijk argument omdat ouderen die geen indicatie meer krijgen voor AWBZ-gefinancierde zorg in de toekomst een huurovereenkomst sluiten met de beheerder van het vastgoed en een zorgovereenkomst met de zorgverlener. Er is derhalve geen sprake van een afname van zorg van de huurder bij de woningcorporatie.

- Oorzaak: Omdat de doelgroep de huur niet kan opbrengen wordt de intramurale overcapaciteit verhuurd aan andere doelgroepen.

  Oneigenlijk argument omdat de financiële positie van studenten en seizoenarbeiders niet significant beter is dan de financiële positie van de doelgroep. Bovendien zouden ouderen de maximale huurprijs volgens het WWS niet kunnen betalen omdat de serviceflattoeslag wordt toegepast. Indien de ruimte wordt verhuurd aan andere doelgroepen kan deze toeslag niet worden toegepast. Kortom, de te vragen huurprijs ligt voor die doelgroepen lager dan voor ouderen zonder indicatie waardoor verhuur aan andere doelgroepen minder rendabel is. Het argument zou legitiem zijn indien de ruimte wordt verhuurd aan andere doelgroepen met een betere financiële positie. Maar de kans dat deze situatie zich voordoet achten wij bijzonder klein.

- Oorzaak: In afwachting van kapitaal voor het omvormen van het intramurale vastgoed, verhuren de beheerders van verzorgingshuizen de ruimte aan andere doelgroepen.

  Dit is vermoedelijk een oneigenlijk argument omdat voor deze doelgroepen ook een omvorming noodzakelijk is om te voldoen aan de minimale eisen. De functie van het gebouw zal gewijzigd moeten worden hetgeen ook vraagt om kapitaal.

- Oorzaak: Zorgorganisaties en woningcorporaties vinden geen manier om de reeds aanwezige zorginfrastructuur kostendekkend te krijgen. Hierdoor verhuren zij het vastgoed aan andere doelgroepen.

  Op het eerste gezicht een oneigenlijk argument omdat de zorginfrastructuur nog steeds aanwezig is indien de ruimte aan andere doelgroepen wordt verhuurd. In dat geval is er dus nog steeds sprake van zorginfrastructuur die niet kostendekkend wordt geëxploiteerd.

- Oorzaak: Vanwege de toekomstige zorgvraag van ouderen is een hogere investering nodig voor het omvormen van de intramurale overcapaciteit.

  In principe is dit een legitieme oorzaak. Er dient alleen vermeld te worden dat dit niet geldt voor de gehele intramurale overcapaciteit, maar voor slechts een deel van de woningen. Derhalve is dit slechts voor een deel van de discrepantie een oneigenlijk oorzaak.

- Oorzaak: Vanwege het koppelbeding tussen woningcorporatie en zorgorganisatie kunnen ouderen niet de zorg kiezen die zij wensen.

  Een koppelbeding beperkt weliswaar de keuzevrijheid van de cliënt maar is een begrijpelijke keuze van de aanbieder van het vastgoed om dekking te realiseren voor de zorginfrastructuur. Bijvoorbeeld de 24-uurs aanwezigheid van een verpleegkundige. Het koppelbeding is daarom goed uit te leggen aan aspirant bewoners. Om deze reden achten wij dit een oneigenlijk argument.

De oneigenlijke oorzaken worden niet meegenomen in het vervolg van deze discussie omdat deze geen legitieme oorzaak vormen voor de discrepantie. In de aanbevelingen in het einde van dit hoofdstuk wordt omschreven hoe om te gaan met deze waarschijnlijk oneigenlijke oorzaken.

De door experts aangedragen argumenten voor de discrepantie die overblijven worden gezien als legitieme oorzaken die afzonderlijke of gecombineerde effecten kunnen hebben. Dit wordt in de volgende paragraaf besproken.

5.4.2 Discussie: Afzonderlijke en gecombineerde effecten van legitieme oorzaken

In dit hoofdstuk is aangetoond waar in het transitieproces een gewenste omvorming van de intramurale overcapaciteit naar verhuur van wooneenheden spaak kan lopen. Geconcludeerd kan worden dat een eenduidige oorzaak niet aan te wijzen is: uit de gesprekken met experts komt duidelijk naar voren dat een samenloop van diverse belemmeringen een eventuele succesvolle transitie bemoeilijkt. Deze belemmeringen zijn toe te schrijven aan (1) het overheidsbeleid, (2) kenmerken van het vastgoed(beleid) en (3) kenmerken van de doelgroep. Ook overige kenmerken spelen een rol. In tabel 15 zijn alle legitieme oorzaken opgesomd. De oneigenlijke oorzaken uit de vorige paragraaf zijn hier niet in meegenomen.

Overheidsbeleid	Aanbod	Vraag
(1) Versnelde extramuralisering i.c.m. invoering NHC	(7) Bouwjaar verzorgingshuizen	(16) Betaalbaarheid voor ouderen
(2) Mogelijke wijziging bestemmingsplan noodzakelijk	(8) Gebrek aan hoge mate van professionalisering t.a.v. vastgoedmanagement	(17) Zorgbehoefte lange termijn
	(9) Beperkte flexibiliteit als gevolg van bouwtechnische kenmerken	(18) Keuzevrijheid zorg in relatie tot koppelbeding
(3) Bouwtechnische regels t.a.v. Bouwbesluit 2012 moeten gerespecteerd worden		
(4) Installatietechnische eisen t.a.v. brandveiligheid		
(5) Contigent van provincie en gemeente omtrent woningbouwvolume	(10) Laatste fase exploitatietermijn	
	(11) Gebrek aan kapitaal	
	(12) Bekostiging zorginfrastructuur	
	(13) Gebrek aan samenwerking woningcorporatie / zorgorganisatie / gemeente	
(6) Onduidelijkheden over organisatie van ouderenzorg in de toekomst		
	(14) Hoge marktconcentratie van gelijksoortige woonvormen in een beschutte omgeving	
	(15) Scheve verhouding van aantal verzorgingshuizen t.o.v. aantal ouderen	

Tabel 15: Overzicht van alle argumenten die experts noemen als mogelijke oorzaak waarom intramurale overcapaciteit (nog) niet wordt verhuurd aan de doelgroep. Argumenten zijn toe te wijzen aan kenmerken van overheidsbeleid, aanbod en vraag naar beschut wonen.

De door experts aangedragen oorzaken zijn in tabel 15 verdeeld over ‘overheidsbeleid’, ‘aanbod’ en ‘vraag’. Indien oorzaken toe te wijzen zijn aan kenmerken van zowel ‘overheidsbeleid’ als ‘aanbod’, dan is de oorzaak verdeeld over meerdere kolommen.

De oorzaken uit de tabel staan niet op zichzelf. De algemene oorzaak van de discrepantie is dan ook geen optelsom van alle oorzaken die door experts worden genoemd. Deze oorzaken blijken onderling soms met elkaar samen te hangen. Er is derhalve sprake van individuele en gecombineerde effecten. Gecombineerde effecten van de argumenten kunnen ervoor zorgen dat de samenloop van belemmeringen onoverkomelijk is. Het bouwjaar van intramuraal zorgvastgoed is bijvoorbeeld op zichzelf geen valide argument. Met een flinke investering is ieder gebouw aan te passen aan de eisen en wensen van nu. Het gebrek aan kapitaal maakt echter de investering onmogelijk. Het bouwjaar heeft dus een gecombineerd effect met het gebrek aan kapitaal: hoe ouder het gebouw, hoe meer (bouwtechnische) aanpassingen noodzakelijk, des te hoger het noodzakelijk kapitaal voor een investering.

Hiervoor wordt het gecombineerde effect van ‘bouwjaar’, ‘gebrek aan kapitaal’ en ‘beperkte (bouwtechnische) flexibiliteit’ geïllustreerd. Hierna zullen alle gecombineerde effecten worden benoemd. Oorzaken met de meeste gecombineerde effecten worden eerst genoemd.

Ook een onderbouwing van de combinatie wordt vermeld.

- Het bouwjaar van verzorgingshuizen (7) hangt samen met:
  - (9) beperkte bouwtechnische flexibiliteit in verzorgingshuizen: oudere gebouwen hebben gebrek aan flexibele indeelbaarheid
  - (3) het aanpassen van het gebouw om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012: oudere gebouwen zijn gebouwd volgens oudere bouwvoorschriften
  - (4) het aanpassen van het gebouw om te voldoen aan installatietechnische eisen voor brandveiligheid: voor verzorgingshuizen gelden minder strenge eisen ten aanzien van brandveiligheid, dan voor woningen. Bij nieuwere verzorgingshuizen is rekening gehouden met het feit dat de functie van het gebouw op termijn zou kunnen veranderen
  - (10) gebouw in het einde van exploitatietermijn: de exploitatietermijn van verzorgingshuizen ligt tussen de 30 en 40 jaar
  - (12) bekostiging zorginfrastructuur: algemene ruimten zijn groot opgezet bij oudere verzorgingshuizen
  - (11) gebrek aan kapitaal: oudere verzorgingshuizen vragen vanwege de (3) bouwtechnische en (4) installatietechnische aanpassing om kapitaal.

Deze combinaties leiden tot overkomelijke en onoverkomelijke belemmeringen. Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen met (9) de beperkte bouwtechnische flexibiliteit vormt een onoverkomelijke belemmering. Ook de belemmering als gevolg van de combinatie van (7) bouwjaar met (12) bekostiging zorginfrastructuur is volgens experts onoverkomelijk. Het gecombineerde effect van (7) bouwjaar met (10) einde exploitatietermijn vormt ook een onoverkomelijke belemmering.

De belemmering als gevolg van de combinatie (7) bouwjaar, (3) bouwtechnische eisen en (4) installatietechnische eisen is overkomelijk alsmede het gecombineerde effect van (7) bouwjaar en (11) gebrek aan kapitaal. De onderbouwing van de overkomelijke argumenten volgt in hoofdstuk 6.

- Het gebrek aan kapitaal (11) hangt ook samen met:
  - (6) onduidelijkheden over de organisatie van de ouderenzorg in de toekomst: investeerders wachten af, of hanteren een hoger risicoprofiel vanwege de onzekerheid in de markt
  - (3) het aanpassen van het gebouw om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012: de aanpassingen vragen om een investering
  - (4) het aanpassen van het gebouw om te voldoen aan installatietechnische eisen voor brandveiligheid: de aanpassingen vragen om een investering
  - (13) gebrek aan samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie: goede afspraken over bekostiging van woonzorgarrangementen vragen om minder kapitaal. Bovendien verminderd een gedegen samenwerking de kans op kapitaalvermindering: organisaties kiezen niet primair voor eigen belang.

De belemmering als gevolg van de combinatie van (11) het gebrek aan kapitaal met (6) onduidelijkheden over de toekomst in de ouderenzorg is overkomelijk. Dit geldt ook voor de belemmering als gevolg van (11) gebrek aan kapitaal en (3) bouwtechnische eisen en (4) installatietechnische eisen. Tot slot is ook de belemmering als gevolg van (11) het gebrek aan kapitaal en (13) het gebrek aan een gedegen samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie overkomelijk. Deze belemmeringen worden toegelicht in hoofdstuk 6.

- De bekostiging van de zorginfrastructuur (12) hangt samen met:
  - (16) betaalbaarheid voor de woning voor ouderen: vanwege onder andere de zorginfrastructuur mag de verhuurder de serviceflattoeslag hanteren. Dit drijft de huurprijs omhoog
  - (18) keuzevrijheid zorg in relatie tot koppelbeding: het koppelbeding impliceert dat uitsluitend de investerende zorgorganisatie van de zorginfrastructuur hiervan gebruik mag maken
  - (1) versnelde extramuralisring i.c.m. invoering NHC: door versnelde extramuralisering hebben zorgorganisatie niet tijdig ‘budgetconcepten’ kunnen ontwikkelen waarbij de bekostiging van de zorginfrastructuur wordt herzien.

Alle belemmeringen als gevolg van de bovenstaande oorzaken zijn overkomelijk. De adviezen hiervoor zijn geformuleerd in het volgende hoofdstuk.

- (2) Een mogelijke wijziging van het bestemmingsplan, hangt samen met:
  - (5) contigent van provincie en gemeente met betrekking tot woningbouwvolume: indien de overcapaciteit wordt omgezet naar woningen, daalt het aantal ‘reguliere’ woningen dat gemeenten nog mogen bouwen volgens het contigent met de provincie
  - (13) gebrek aan samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente: De gemeente is zich niet bewust van de problematiek bij het omvormen van intramurale overcapaciteit naar verhuurbare woningen. Hierdoor wordt procedure voor bestemmingsplan wijziging niet versneld..

De belemmeringen als gevolg van deze gecombineerde effecten zijn te overkomen, zie hoofdstuk 6.

- (1) Versnelde extramuralisering in combinatie met invoering NHC hangt samen met:
  - (8) gebrek aan professionalisering ten aanzien van vastgoedmanagement zorgorganisaties: versnelde extramuralisering kan overcapaciteit tot gevolg hebben, terwijl de invoering van de NHC zorgorganisaties afrekent indien leegstand optreedt. Zorgorganisaties met vastgoedkennis in huis blijken hier beter mee om te kunnen gaan.

Deze combinatie zorgt voor een overkomelijke belemmering, zie hoofdstuk 6.

- De zorgbehoefte van ouderen op de lange termijn (17) hangt samen met:
  - (9) de beperkte flexibiliteit als gevolg van bouwtechnische kenmerken en met (6) onduidelijkheden over de organisatie van ouderenzorg in de toekomst: het gebrek aan vrije indeelbaarheid van een verzorgingshuis biedt weinig mogelijkheden om het vastgoed eenvoudig aan te passen aan een intensievere (of: toenemende) zorgbehoefte van de bewoner. Bovendien zijn er nog te veel onzekerheden over de bekostiging van die mogelijk intensievere zorgvraag van de bewoner (Faun, Hollander, & van Klaveren, 2014).

Dit vormt een overkomelijke belemmering, zie hoofdstuk 6.

De afzonderlijke en gecombineerde effecten van de oorzaken die in dit hoofdstuk zijn benoemd kunnen dus worden gezien als overkomelijke belemmeringen of onoverkomelijk belemmeringen. Onoverkomelijke belemmeringen maken het ombouwen van de intramurale overcapaciteit naar verhuurbare woningen onmogelijk. Tegenover onoverkomelijke belemmeringen staan overkomelijke belemmeringen. Overkomelijke belemmeringen vormen het uitgangspunt voor het volgende hoofdstuk: voor deze belemmeringen kunnen oplossingsgerichte adviezen geformuleerd worden.

In tabel 16 zijn de hiervoor benoemde onoverkomelijke belemmeringen opgesomd.

Onoverkomelijke belemmeringen:
· *Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen met (9) de beperkte bouwtechnische flexibiliteit in verzorgingshuizen*
· *Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar met (10) de laatste fase van de exploitatietermijn*
· *Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen met (12) bekostiging zorginfrastructuur*
· *Het afzonderlijke effect van (14) de hoge marktconcentratie van gelijksoortige woonvormen in de omgeving*
· *Het afzonderlijke effect van (15) de scheve verhouding tussen het aantal verzorgingshuizen ten opzichte van het aantal ouderen*

Tabel 16: Overzicht van de door experts aangedragen onoverkomelijke belemmeringen die de transitie van de overcapaciteit onmogelijk maken.

In tabel 16 zijn vijf belemmeringen opgesomd die onoverkomelijk zijn. Ten eerste is het gecombineerde effect van het bouwjaar van verzorgingshuizen met de beperkte bouwtechnische flexibiliteit van verzorgingshuizen onoverkomelijk. Zoals aangegeven zijn verzorgingshuizen die voor 1985 vanuit bouwtechnisch perspectief niet geschikt, maar ook niet geschikt te maken. Ten tweede is het gecombineerde effect van de exploitatietermijn met het bouwjaar onoverkomelijk. Verzorgingshuizen aan het einde van hun levenscyclus, zijn volledig afgeschreven en nieuwbouw is veelal rendabeler dan een grootschalige renovatie. Ten derde is de versnelde extramuralisering in combinatie met gebrekkige professionalisering ten aanzien van het vastgoedbeleid van zorgorganisaties onoverkomelijk. Uit het veldwerk blijkt dat zorgorganisaties die niet tijdig hebben geanticipeerd met problemen te kampen hebben waardoor de transitie wordt bemoeilijkt. Deze problemen zijn onomkeerbaar. Ten vierde is het individuele effect van een hoge marktconcentratie van gelijksoortige woningen onoverkomelijk. In een gebied waar een hoog aanbod is van deze vorm van beschut wonen, zal de behoefte aan woningen in het voormalig verzorgingshuis lager zijn.

Tot slot is de scheve verhouding tussen het aantal verzorgingshuizen ten opzichte van het aantal ouderen grotendeels onoverkomelijk. Het is onwaarschijnlijk en veelal voor de ouderen onwenselijk dat zij uit gebieden met een tekort aan woningen, over een grote afstand, verhuizen naar, bijvoorbeeld, grote steden waar juist een overschot is aan verzorgingshuizen.

De bovengenoemde belemmeringen zijn onoverkomelijk, en zijn veelal toe te wijzen aan demografische en maatschappelijke ontwikkelingen of aan de gebruikelijke kenmerken van het vastgoedproces. Dit in tegenstelling tot overkomelijke belemmeringen; deze zijn veelal toe te wijzen aan (woon)gedrag en beleidskenmerken. De overkomelijke belemmeringen vormen het uitgangspunt voor het volgende hoofdstuk. De onderbouwing van de manier waarop met deze belemmeringen kan worden omgegaan vormt de kern van hoofdstuk 6.

5.5 Resumé

In dit hoofdstuk zijn met behulp van interviews oorzaken benoemd die een omvorming van de intramurale overcapaciteit in verzorgingshuizen naar verhuurbare woningen voor de reguliere woningmarkt bemoeilijken. Achtereenvolgens is (1) het transitieproces besproken om intramurale overcapaciteit om te vormen tot verhuurbare woningen, (2) zijn oorzaken benoemd die het transitieproces bemoeilijken en (3) zijn de oorzaken kritisch geanalyseerd en onderverdeeld in onoverkomelijke en overkomelijke belemmeringen.

Allereerst is inzichtelijk gemaakt hoe het transitieproces in elkaar steekt dat doorlopen moet worden om de overcapaciteit gereed te maken voor verhuur aan de ouderen die geen indicatie meer kunnen krijgen. Inzicht in dit proces is noodzakelijk om aan te tonen in welke fase van dit proces een dergelijke transitie spaak loopt. De vrijgekomen woonruimte in verzorgingshuizen kan gedeeltelijk of volledig worden verhuurd aan de ouderen zonder indicatie. Daarvoor zijn drie alternatieven mogelijk waarin de huurovereenkomsten en zorgovereenkomsten worden gesloten tussen de zorgbehoevende ouderen en de beheerder van het zorgvastgoed. Tijdens de omvorming dient rekening gehouden te worden met relevante wet- en regelgeving zoals het Bouwbesluit 2012, regelgeving omtrent brandveiligheid en de regels van het bestemmingsplan. De woning zal vervolgens worden gewaardeerd volgens woningwaarderingsstelsel.

Ten tweede is in dit hoofdstuk aangetoond waar in dit transitieproces een gewenste omvorming spaak loopt. Samengevat kan worden gesteld dat een eenduidige oorzaak niet aan te wijzen is: uit de gesprekken met experts komt duidelijk naar voren dat een samenloop van diverse belemmeringen een eventuele succesvolle transitie bemoeilijkt. Deze belemmeringen zijn toe te schrijven aan (1) het overheidsbeleid, (2) kenmerken van het vastgoed(beleid) en (3) kenmerken van de doelgroep. Ook overige kenmerken spelen een rol.

Vanwege overheidsbeleid blijkt dat ‘afwachtende’ organisaties het vastgoed niet succesvol kunnen omvormen omdat het vastgoedbeleid van de organisatie nog niet voldoende is geprofessionaliseerd.

Daarnaast blijken kenmerken van het aanbod van invloed op de discrepantie. Bouwtechnische kenmerken van het vastgoed, de samenhangende wet- en regelgeving uit het ruimtelijk bestuursrecht, een gebrek aan kapitaal, onzekerheden over de bekostiging van zorginfrastructuur en een gebrek aan samenwerking verklaren waarom de intramurale overcapaciteit vanuit aanbodzijde (nog) niet succesvol is verhuurd aan de doelgroep.

Ook zijn kenmerken van ouderen (vraag) van invloed. Ouderen uit de doelgroep kunnen de maximale huurprijs niet betalen die een beheerders van het vastgoed zouden kunnen vragen volgens het woningwaarderingsstelsel. Dit is overigens geen argument om de ruimte te verhuren aan andere doelgroepen. Ook speelt de toekomstige zorgbehoefte van ouderen een rol. Woonruimte kan nu wel geschikt gemaakt worden voor de specifieke woon-zorgbehoefte van ouderen, maar hoe ziet die behoefte er over enkele jaren uit? Ook de keuzevrijheid van ouderen en een mogelijk koppelbeding bemoeilijkt de succesvolle transitie. Dit hangt samen met onduidelijkheden over de bekostiging van de zorginfrastructuur.

Tot slot zijn de oorzaken in dit hoofdstuk kritisch geanalyseerd. Daarbij is gekeken naar de effecten die de oorzaken van zichzelf hebben, en de effecten die een combinatie van oorzaken hebben. De grote hoeveelheid aan gecombineerde effecten toont aan dat de discrepantie te verklaren is door een samenloop van oorzaken. Sommige van deze oorzaken zijn echter minder legitiem en derhalve niet meegenomen in de discussie. Deze oorzaken worden meegenomen voor verdere aanbevelingen in het einde van dit rapport.

De afzonderlijke en gecombineerde effecten kunnen overkomelijke of onoverkomelijke belemmeringen zijn, waarom de intramurale overcapaciteit (nog) niet succesvol wordt omgevormd. Uit de analyse blijkt dat overkomelijke belemmeringen zijn toe te schrijven aan demografische, en maatschappelijke ontwikkelingen of aan kenmerken die horen bij een traditioneel vastgoedproces. Indien een oplossing wordt gezocht voor de overkomelijke belemmeringen, kan de discrepantie tussen vraag en aanbod in de markt voor beschut wonen worden verminderd. Oplossingsgerichte adviezen voor overkomelijke belemmeringen worden in het volgende hoofdstuk geformuleerd.

6. Vermindering van de discrepantie

In hoofdstuk 5 zijn oorzaken benoemd die de discrepantie verklaren. De effecten van de oorzaken worden gezien als overkomelijke en onoverkomelijke belemmeringen voor de vermindering van de discrepantie. Onoverkomelijke belemmeringen zijn in het vorige hoofdstuk beschreven.

In dit hoofdstuk staan overkomelijke belemmeringen centraal. Deze belemmeringen zijn weergegeven in tabel 17.

Overkomelijke belemmeringen:
· *Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar, (3) de bouwtechnische aanpassingen die noodzakelijk zijn om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012 en (11) het gebrek aan kapitaal*
· *Het gecombineerde effect van het (7) bouwjaar, (4) de installatietechnische aanpassingen die noodzakelijk zijn om te voldoen aan de eisen ten aanzien van brandveiligheid en (11) het gebrek aan kapitaal*
· *Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (7) het bouwjaar van de verzorgingshuizen*
· *Het gecombineerde effect van het (11) gebrek aan kapitaal met (6) onduidelijkheden over organisatie van ouderenzorg in de toekomst*
· *Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (13) de gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie*
· *Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (16) de betaalbaarheid van woningen voor ouderen*
· *Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (18) de keuzevrijheid voor zorg van de ouderen*
· *Het gecombineerde effect van (1) de versnelde extramuralisering en de invoering van de NHC met (8) het gebrek aan professionalisering van vastgoedmanagement in zorgorganisaties*
· *Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met het (5) contigent van provincie en gemeente omtrent het woningbouwvolume*
· *Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (13) gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente*
· *Het gecombineerde effect van (17) de zorgbehoefte op de lange termijn met (9) de beperkte bouwtechnische flexibiliteit van verzorgingshuizen en met (6) onzekerheden over de organisatie van ouderenzorg in de toekomst*

Tabel 17: Overzicht van de door experts aangedragen overkomelijke belemmeringen die de transitie van de overcapaciteit onmogelijk maken.

De oorzaken die ten grondslag liggen aan deze belemmeringen zijn vaak toe te wijzen aan kenmerken van (vastgoed)beleid en (woon)gedrag. Met behulp van veldwerk (zie paragraaf 5.1) worden in dit hoofdstuk oplossingsgerichte adviezen opgesteld om deze belemmeringen weg te nemen om daarmee de discrepantie zoveel mogelijk te verminderen. De aanbevelingen die experts noemen worden in dit hoofdstuk per overkomelijke belemmering omschreven. De belemmeringen zijn combinaties van genoemde oorzaken in hoofdstuk 5.

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk worden de adviezen voor iedere overkomelijke belemmering geformuleerd. In de volgorde van de belemmering zit een logische opbouw. De eerste adviezen worden geformuleerd voor belemmeringen die zijn toe te wijzen aan het overheidsbeleid en de daarbij behorende wet- en regelgeving.

Vervolgens worden adviezen benoemd voor belemmeringen als gevolg van kenmerken van de aanbodzijde van de woonruimte voor ouderen. De laatste adviezen zijn bedoeld voor oorzaken als gevolg van kenmerken van de vraagzijde.

In de tweede paragraaf wordt de realiseerbaarheid van de (door experts aangedragen) maatregelen geformuleerd. Hier wordt aangegeven welke maatregelen als eerste te realiseren zijn.

De aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden geformuleerd gelden voor ongeveer 23.000 van de 46.000 wooneenheden in verzorgingshuizen. Deze woningen hebben de potentie om met succes omgebouwd te worden tot verhuurbare woningen op de reguliere woningmarkt voor de ouderen die voorheen recht hadden op een zorgzwaartepakket één tot en met drie.

6.1 Oplossingsgerichte adviezen voor overkomelijke belemmeringen

In deze paragraaf wordt per (overkomelijke) belemmering een advies gegeven. De adviezen zijn tot stand gekomen door gesprekken met experts uit het domein van wonen en zorg voor ouderen. Allereerst worden adviezen geformuleerd voor belemmeringen als gevolg van overheidsbeleid en wet- en regelgeving. Vervolgens worden adviezen geformuleerd voor belemmeringen als gevolg van de aanbodzijde en tot slot worden adviezen geformuleerd voor belemmeringen als gevolg van de vraagzijde.

In de beschrijving van de belemmeringen wordt verwezen naar de nummering van afzonderlijke en gecombineerde effecten van de oorzaken die zijn geformuleerd in tabel 2 van hoofdstuk 5.

I. Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (5) het contingent van provincie en gemeente omtrent woningbouwvolume

Experts geven aan dat beheerders van het zorgvastgoed, gemeenten en provincies eerder met elkaar om tafel moeten om een eventueel contingent van gemeente en provincie te bespreken. De beheerders van het vastgoed hebben hier een initiërende rol. De afspraken omtrent mogelijke woningcontingenten moeten worden herzien. Ook kan afgesproken worden dat de verhuurbare woningen die worden gerealiseerd in plaats van de intramurale woningen, buiten het contingent worden gelaten. Naast de beheerders van het woon-zorgvastgoed zijn ook de gemeenten gebaat bij nadere afspraken over de transitie van de intramurale overcapaciteit in relatie tot het contingent. De beheerder van het woon-zorg vastgoed moet aan de provincie vragen om schriftelijk vast te leggen dat de woningen die nodig zijn om het extramuraliseringsproces te kunnen realiseren niet ten laste zullen worden gebracht van het nog resterend contingent van de gemeente. De provincie en de beheerders van het vastgoed moeten er vervolgens op toe zien dat het gemeentelijk beleid zich aanpast aan de gemaakte afspraken.

II. *Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (13) gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente*

Gemeenten moeten zich flexibeler opstellen voor een wijziging van het bestemmingsplan. Experts bevelen gemeenten aan om ruimte in het bestemmingsplan op te nemen voor maatwerk. De ontwikkelingen van nieuwe woonzorgarrangementen dragen bij aan een verbeterd aanbod van beschutte woningen voor de ouderen uit de doelgroep, maar deze concepten passen niet altijd in het vigerende bestemmingsplan. Indien gemeenten het bestemmingsplan strikt handhaven komt de ontwikkeling van deze woonzorgarrangementen niet van de grond waardoor de discrepantie niet verminderd wordt. Experts geven aan dat zorgorganisatie, woningcorporatie en gemeente hierover met elkaar in gesprek moeten. De beheerders van het vastgoed moeten hierin het initiatief nemen.

III. *Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (6) onduidelijkheden over organisatie van ouderenzorg in de toekomst*

Financiële instellingen en particuliere investeerders hanteren een lager risicoprofiel indien de markt voor wonen en zorg in de toekomst minder wordt omgeven door onzekerheden. Hierdoor komen beheerders van het zorgvastgoed eerder aan kapitaal dat nodig is om het vastgoed om te bouwen naar verhuurbare woningen voor de doelgroep.

De mening van experts krijgt bijval uit de literatuur voor meer duidelijkheid en zekerheid voor een beter investeringsklimaat in de ouderenzorg. De Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014) streeft in haar adviesbrief aan de verantwoordelijk minister naar een ‘langetermijnvisie van het kabinet voor wonen, zorg en welzijn’. Ook Faun en anderen (2014) adviseren het Rijk om meer zekerheid te bieden voor de lange termijn. Dit kan door het beschikbaar stellen van informatie over het toekomstig behoefte aan woonzorgarrangementen op basis van demografische prognoses van CBS en verder onderzoek. Naast het verstrekken van informatie kan de overheid een garantie stellen voor een continue beleidsvoering ten aanzien van de ouderenzorg in de toekomst. Indien beheerders van het vastgoed een garantie krijgen van de overheid dat geen grootschalige hervormingen van de ouderenzorg zullen worden doorgevoerd in de nabije toekomst, wordt het investeringsklimaat verbeterd.

IV. *Het gecombineerde effect van (1) de versnelde extramuralisering en de invoering van de NHC met (8) het gebrek aan professionalisering van vastgoedmanagement in zorgorganisaties*

Sommige organisaties hebben een inhaalslag nodig als het gaat om de professionalisering van het vastgoedbeleid. Doordat niet tijdig is geanticipeerd op de gevolgen van de (versnelde) extramuralisering voor het vastgoed, hebben deze zorgorganisaties een gebrek aan kennis over vastgoedmanagement. Met de invoering van het NHC worden deze organisaties ook afgerekend op het vastgoedbeleid. Om die reden is het aan te bevelen dat zorgorganisaties die de overcapaciteit met succes weten om te zetten tot verhuurbare woningen, hun kennis over vastgoedmanagement en conceptontwikkeling delen met zorgorganisaties die nog achterlopen op dit gebied.

V. Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen, (3) de bouwtechnische of (4) installatietechnische aanpassingen die noodzakelijk zijn om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012 en (11) het gebrek aan kapitaal.

Experts adviseren om niet meer dan de minimale noodzakelijke aanpassingen door te voeren die gelden volgens het Bouwbesluit 2012. De eisen van het Bouwbesluit 2012 zijn geldend en kunnen niet omzeild worden. Het Bouwbesluit moet dus te allen tijde gerespecteerd worden. Binnen het Bouwbesluit is slechts matige flexibiliteit voorzien. Volgens experts moet de beheerder van het vastgoed altijd voldoen aan deze eisen teneinde risico's te voorkomen. Daarbij moeten beheerders nagaan welk niveau van regelgeving geldt voor het transitieproces. Het Bouwbesluit 2012 hanteert namelijk drie verschillende niveaus waarbinnen een project moet voldoen:

1. Nieuwbouw.
2. Verbouw.
3. Bestaande bouw.

Elk niveau stelt zijn eigen ondergrens voor de eisen waaraan een gebouw moet voldoen. Deze eisen kunnen per niveau sterk verschillen. Door inzichtelijk te krijgen welk niveau geldend is voor het intramuraal zorgvastgoed kunnen mogelijk minder bouwtechnische en installatietechnische aanpassingen noodzakelijk zijn dan aanvankelijk gedacht waardoor minder kapitaal benodigd is.

Ook kan gedacht worden aan nieuwe financieringsvormen. Bij een blijvende onduidelijkheid in de markt van wonen en zorg voor ouderen, zullen traditionele investeerders zoals woningcorporaties en institutionele beleggers niet investeren. Op dat moment zijn initiatiefnemers afhankelijk van andere investeerders. Faun en anderen (2014) noemen crowdfunding als mogelijk alternatief. Dit is afhankelijk van de lokale situatie in de gemeente. Uit de praktijk blijkt dat dergelijke financieringsvormen reeds tot succes hebben geleid.

VI. Het gecombineerde effect van (17) de zorgbehoefte op de langere termijn van de huurder met (6) onzekerheden over de organisatie van ouderenzorg in de toekomst

Een veranderende zorgvraag zal op termijn vragen om een veranderende woonomgeving. Hiervoor kan het concept volgens levensloopbestendige woningen ideaal zijn. Experts hebben echter weinig vertrouwen in dit concept. Zij geven een voorkeur aan indifferent bouwen. Met indifferent gebouwde woningen bedoelen experts woningen die – vanuit bouwtechnisch en installatietechnisch perspectief – zowel intramuraal als extramuraal kunnen worden ingezet. Hierdoor kunnen de beheerders van het vastgoed op een snelle manieren overstappen van het ene huisvestingsconcept naar een ander concept zonder dat dit vraagt om wijziging ten aanzien van het gebouw.

Een mogelijk nadeel is dat het Volledig Pakket Thuis (vpt) vaak als basis dient voor dergelijke concepten. Voor de continuïteit van het vpt geeft de overheid echter (nog) geen duidelijkheid. Mede hierdoor blijkt slechts een beperkt aantal zorgorganisaties succesvol met het ontwikkelen van woonvormen die zowel intramuraal als extramuraal kunnen worden ingezet en zodoende nog steeds geschikt zijn naarmate de gezondheid van de ouderen verder verslechtert. De overheid moet duidelijkheid scheppen over hoe zij denkt dat zorg in de toekomst bekostigd zal worden.

VII. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met het (7) bouwjaar van verzorgingshuizen

De bouwkundige zorginfrastructuur kan mogelijk herbestemd worden. Experts geven aan dat in sommige gevallen kantoorruimten en algemene ruimten met succes zijn omgevormd tot woningen of ruimten voor een geheel andere bestemming. Bij dit laatste kan gedacht worden aan het verhuren aan bijvoorbeeld een thuiszorg winkel of een Wmo-loket.

Voor de overige niet-bouwkundige zorginfrastructuur geldt dat onderscheid gemaakt moet worden tussen noodzakelijke en optionele voorzieningen. De optionele voorzieningen kunnen mogelijk worden uitbesteed aan een nabijgelegen wijksteunpunt. Dit is afhankelijk van de lokale situatie.

VIII. Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (13) de gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie

Zowel zorgorganisaties als woningcorporaties moeten niet handelen uit primair belang. De transitie van intramurale overcapaciteit tot verhuurbare woning is een gemeenschappelijk doel van zowel woningcorporatie als zorgorganisatie. Vanuit deze collectieve gedachte moet de samenwerking worden opgezocht voor de investering in nieuwe concepten en conceptontwikkeling. De overheid kan hier een rol in spelen door flexibeler om te gaan met wet- en regelgeving voor de transitie van het zorgvastgoed. In het verlengde hiervan kan worden gedacht aan een duidelijke visie van de overheid over de ouderenzorg op de langere termijn. Ook voor de zorgorganisaties en woningcorporaties ligt hier een taak. Zij moeten de transitie samen oppakken om vervolgens gefaseerd te bouwen. Dit vraagt om een betere samenwerking. Terug naar de basis: voor wie is woonruimte nu echt bedoeld?

Het delen van kennis over de gevolgen van recente wetswijzigingen is een belangrijk aspect binnen deze samenwerking. Zowel de woningcorporaties als de zorgorganisaties krijgen recent te maken met wetswijzigingen. De gevolgen voor het beleid van de ene organisatie is vaak niet bekend bij de andere organisatie.

IX. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (16) de betaalbaarheid van woning voor ouderen

Experts dragen verschillende adviezen aan om enerzijds de zorginfrastructuur te bekostigen en anderzijds de woningen betaalbaar te houden voor de doelgroep. Allereerst zullen zorgorganisaties inzichtelijk moeten maken wat de kostprijs is van de zorginfrastructuur. Voorafgaand aan de invoering van het scheiden van wonen en zorg werd de ouderenzorg integraal bekostigd. Hierdoor blijkt dat sommige organisaties nog niet helder hebben wat nu exact de kosten zijn van de was-service, maaltijdservice, schoonmaak en welzijnsfunctie. Vervolgens kunnen zorgorganisaties, indien zij helder hebben wat de kostprijzen zijn, sturen op de kostprijs om zodoende budget woonzorgconcepten te ontwikkelen. Budget woonzorgconcepten zijn arrangementen die ontwikkeld zijn voor ouderen met een behoefte aan beschut wonen maar een zwakke financiële positie (zie het kader ‘Zorgeloos wonen’ in subparagraaf 5.3.1). Experts geven aan dat het facilitair beheer van verzorgingshuizen flexibel ingericht moet worden. De vraag naar bijvoorbeeld de was- en maaltijdservice kan per maand verschillen.

De organisatie moet hier flexibel mee om kunnen gaan. Tegelijkertijd moet de zorgorganisatie het met de 'budget woonzorgconcepten' voor de doelgroep aantrekkelijk maken om bij de zittende zorgorganisatie de diensten af te nemen. Zo kan de zorgorganisatie nog steeds gebruikmaken van schaalvoordelen.

Experts adviseren om als zorgorganisaties alle diensten aan te bieden maar de huurder zelf te laten kiezen welke onderdelen hij of zij afneemt. De verwachting is dat huurders minder diensten afnemen doordat zij zich minder gehospitaliseerd voelen: ouderen zullen kritischer zijn indien zij de verblijfskosten zelf zullen betalen omdat ze weten wat de prijs is. Tussen ouderen zal een verschil in af te nemen diensten te verwachten zijn. Ouderen zullen kritischer zijn over, bijvoorbeeld, de hoeveelheid afgenomen maaltijden per dag, maar graag de schoonmaak nog steeds willen uitbesteden. Voor anderen geldt mogelijk weer het omgekeerde.

Ook kan worden gedacht aan het uitbesteden van diensten aan andere mensen of organisaties. Als voorbeeld noemen professionals het nachtelijk toezicht laten houden door studenten in plaats van duurdere zorgprofessionals of het uitbesteden van maaltijdvoorziening aan lokale restaurants.

X. Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (18) de keuzevrijheid voor zorg van de ouderen

Geef toekomstige huurders inzicht in de totstandkoming van de verblijfskosten en neem flexibiliteit in het concept op zodat ouderen (bijvoorbeeld) per maand kunnen kiezen welke diensten zij afnemen. Zodra duidelijkheid wordt gegeven over de verblijfskosten en de mogelijkheden die ouderen hebben om meer of minder diensten af te nemen, voelen ouderen zich minder gehospitaliseerd, wat leidt tot minder consumptie. Indien hierdoor de zorgorganisatie geen gepast concept meer kan aanbieden – omdat de overall consumptie afneemt – zullen diensten uitbesteed worden. Door de duidelijke communicatie naar de huurder creëren de zorgorganisatie en woningcorporatie begrip. Dit is essentieel voor het in stand houden van een koppelbeding. Het koppelbeding lijkt op gespannen voet te staan met de keuzevrijheid voor de zorgorganisatie van ouderen.

XI. Het gecombineerde effect van (16) de betaalbaarheid van de woning voor ouderen met (14) de hoge marktconcentratie van gelijksoortige woonzorgvormen in de omgeving

Experts adviseren om de serviceflattoeslag voor het woningwaarderingsstelsel niet volledig te benutten. Ook hier dient de kostprijs berekend te worden. Geadviseerd wordt om een huurprijs te hanteren die ligt in de marge tussen de kostprijs van de woning en de huurprijs die gevraagd kan worden volgens het woningwaarderingsstelsel. Een landelijke uitspraak over de ideale huurprijs kan niet worden gedaan omdat dit lokaal kan verschillen. Volgens de Raad voor de leefomgeving en infrastructuur (2014) kan het voorkomen dat woningen uit de markt worden geprijsd als de serviceflattoeslag volledig wordt benut. Dit zal met name het geval zijn indien er sprake is van een hoge marktconcentratie van gelijksoortige woningen. Een geschikte huurprijs hangt af de lokale situatie. Gezien de financiële positie van de doelgroep moet de huurprijs zo laag mogelijk gehouden worden.

6.2 Realiseerbaarheid adviezen

De door de experts aangereikte adviezen uit de vorige paragraaf verschillen in realiseerbaarheid. Het feit dat de belemmeringen overkomelijk zijn, maakt dat alle adviezen realiseerbaar zijn. Toch is de ene aanbeveling gemakkelijker door te voeren dan de ander. Om die reden worden alle aanbevelingen in deze paragraaf gerangschikt naar realiseerbaarheid. De onderbouwing voor de realiseerbaarheid wordt ook gegeven, zie tabel 18.

Oplossingsgerichte adviezen		
Realiseerbaarheid	***Belemmering***	
★★★★★	*I.*	*Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (5) het contingent van provincie en gemeente omtrent woningbouwvolume.*
Rationale:	*Uit de praktijk blijkt dat de provincie bereid is mee te werken. De gemeente moet het beleid naleven.*	
★★★★☆	*X.*	*Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (18) de keuzevrijheid voor zorg van de ouderen.*
Rationale:	*Met een koppelbeding is de bekostiging gewaarborgd. Vraagt om een goede communicatie naar de huurder..*	
★★★☆☆	*III.*	*Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (6) onduidelijkheden over organisatie van ouderenzorg in de toekomst.*
Rationale:	*Ongunstig economisch klimaat maar tevens heeft de overheid alle mogelijkheden om duidelijkheid te scheppen.*	
★★★☆☆	*IX.*	*Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met (16) de betaalbaarheid van woning voor ouderen.*
Rationale:	*Met budget woonzorgconcepten blijkt de zorginfrastructuur betaalbaar. Vraagt wel om een bijdrage van de huurder.*	
★★☆☆☆	*II.*	*Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (13) gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente.*
Rationale:	*In de praktijk kiezen partijen nog te vaak voor eigen belang. Toch blijkt een goede samenwerking effect te hebben.*	

★★☆☆☆	II.	*Het gecombineerde effect van (2) een bestemmingsplanwijziging met (13) gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie, zorgorganisatie en gemeente.*
Rationale:	*In de praktijk kiezen partijen nog te vaak voor eigen belang. Toch blijkt een goede samenwerking effect te hebben.*	
★★☆☆☆	VI.	*Het gecombineerde effect van (17) de zorgbehoefte op de langere termijn van de huurder met (6) onzekerheden over de organisatie van ouderenzorg in de toekomst.*
Rationale:	*Er is nog onduidelijk of het VPT zal blijven bestaan.*	
★★☆☆☆	IV.	*Het gecombineerde effect van (1) de versnelde extramuralisering en de invoering van de NHC met (8) het gebrek aan professionalisering van vastgoedmanagement in zorgorganisaties.*
Rationale:	*Organisaties hebben een achterstand t.a.v. professionalisering. Het hangt van de situatie af of deze achterstand in te halen is, maar experts geven aan dat voor veel organisaties de extramuralisering toch te snel zal gaan.*	
★★☆☆☆	VIII.	*Het gecombineerde effect van (11) het gebrek aan kapitaal met (13) de gebrekkige samenwerking tussen woningcorporatie en zorgorganisatie.*
Rationale:	*Organisaties kiezen nog te veel voor eigen belang, en investeren niet graag voor aanpassingen waar een andere partij mogelijk bij gebaat is.*	
★★☆☆☆	XI.	*Het gecombineerde effect van (16) de betaalbaarheid van de woning voor ouderen met (14) de hoge marktconcentratie van gelijksoortige woonzorgvormen in de omgeving.*
Rationale:	*Hogere marktconcentraties zijn moeilijk te veranderen.*	
★☆☆☆☆	V.	*Het gecombineerde effect van (7) het bouwjaar van verzorgingshuizen, (3) de bouwtechnische of (4) installatietechnische aanpassingen die noodzakelijk zijn om te voldoen aan het Bouwbesluit 2012 en (11) het gebrek aan kapitaal.*
Rationale:	*Opzet van het gebouw is vrijwel niet te veranderen. Het hangt van de financiële slagkracht van organisaties af of dit advies te verwezenlijken is.*	
★☆☆☆☆	VII.	*Het gecombineerde effect van (12) de bekostiging van zorginfrastructuur met het (7) bouwjaar van verzorgingshuizen.*
Rationale:	*Zorginfrastructuur is veelal afgeschreven en onbruikbaar. Met creatieve oplossingen mogelijk nog inzetbaar.*	

Tabel 18: Realiseerbaarheid van oplossingsgerichte adviezen voor verzorgingshuizen die te maken hebben met (dreigende) intramurale overcapaciteit. Adviezen met vijf sterren zijn eenvoudig te realiseren, terwijl de adviezen die lager scoren moeilijker te realiseren zijn.

In tabel 18 zijn de adviezen gerangschikt naar mate van realiseerbaarheid. De realiseerbaarheid is in een vijfpuntschaal weergegeven aan de hand van sterren. De adviezen zijn genummerd conform de nummering zoals eerder in dit hoofdstuk. Vervolgens is de realiseerbaarheid onderbouwd.

Aangenomen kan worden dat adviezen met drie sterren of meer realiseerbaar zijn voor de meeste organisaties die te maken hebben met de onderliggende belemmeringen. De realiseerbaarheid van de adviezen met één of twee sterren hangt sterk af van de lokale situatie en van de organisatie zelf. Verwacht wordt dat grotere organisaties beter kunnen omgaan met een gebrek aan kapitaal en de versnelde extramuralisering dan kleinere organisaties.

6.3 Resumé

Aan de hand van de adviezen die in deze paragraaf zijn benoemd zijn de overige belemmeringen te overkomen met als gevolg een vermindering van de discrepantie tussen de vraag naar beschut wonen en het intramurale overaanbod van beschutte woonruimte voor ouderen. Verwacht wordt dat de discrepantie met 20.000 woningen verminderd kan worden. De overige woningen hebben te kampen met onoverkomelijke belemmeringen (zie subparagraaf 5.4.2).

Samengevat kan worden gesteld dat de overkomelijke belemmeringen terug te voeren zijn naar een viertal globale oorzaken:

- De afbouw van de inkomsten voor cliënten met zzp 1 tot en met 3 gaat te snel.
- Er is te weinig kapitaal voor investeringen voor gewenste aanpassingen.
- De bekostiging van zorginfrastructuur vraagt om specifieke (vernieuwde) woonzorgconcepten
- De samenwerking tussen organisaties in het domein van wonen en ouderenzorg moet worden verbeterd.

De overkomelijke adviezen uit deze paragraaf hangen sterk samen met beleidsmaatregelen en (financiële) mogelijkheden. In tegenstelling tot de statische aard van gebouwen (stenen) en de samenhangende onoverkomelijke belemmeringen, biedt het beleid van de overheid en overige belanghebbenden binnen de ouderenzorg meer flexibiliteit voor mogelijke wijzigingen. Het bouwjaar van verzorgingshuizen is bijvoorbeeld niet te veranderen, terwijl de houding van woningcorporaties beter is te beïnvloeden.

De adviezen die in deze paragraaf zijn benoemd verschillen in realiseerbaarheid. De realiseerbaarheid hangt sterk af van de lokale situatie. Hierbij kan gedacht worden aan de lokale markt, de lokale behoefte aan concepten, het bestaande aanbod en aan de samenwerking van lokale partijen zoals de gemeente, woningcorporatie en zorgorganisatie. Een evaluatie van de adviezen laat zien dat adviezen met een realiseerbaarheid van drie sterren of meer in de meeste gevallen door te voeren zijn.

Vast staat dat, ongeacht de realiseerbaarheid van onze adviezen, het succesvol doorvoeren van het scheiden van wonen en zorg in (voormalige) verzorgingshuizen een complexe opgave is. De komende jaren moet blijken of het betrokken partijen lukt om de discrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van beschut wonen te verkleinen.

Berenschot

7. Bibliografie

ActiZ. (2012, 10 11). *Afschaffen ZZP 3 uitgesteld, risico leegstand in verzorgingshuis blijft*. Opgeroepen op 08 19, 2013, van Actiz: http://www.actiz.nl/nieuwsberichten/website/nieuws/afschaffen-zzp-3-uitgesteld-risico-leegstand-in-verzorgingshuis-blijft

ActiZ. (2012). *De verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg in kaart.* Utrecht: Actiz.

ANBO. (2013, September 10). *Eigen bijdrage AWBZ niet 'verzacht'*. Opgehaald van ANBO: http://www.anbo.nl/belangenbehartiging/inkomen/nieuws/eigen-bijdrage-awbz-niet-verzacht

Blok, S., & van Rijn, M. (2014). *Kamerbrief over langer zelfstandig wonen.* 's-Gravenhage: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijkrelaties.

Boot, J., & Knapen, M. (2005). *De Nederlandse Gezondheidszorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Brands, M., & Zijderveld, C. (2012). *Ouderen op de grens van zelfstandig wonen naar verblijf.* ANBO/NPCF.

Breuer, G., van de Donk, B., Hoogdalem, H., Houben, P., & van der Voordt, D. (1992). *Nieuwe woonzorgvoorzieningen voor ouderen.* Delft: Technische Universiteit Delft.

Castelijns, E., Van Kollenburg, A., & Te Meerman, W. (2013). *De vergijzing voorbij.* Utrecht: Stichting Fundatie Berenschot.

CBS. (2013). *Persbericht: uitgaven aan de zorg met 3,7 procent gestegen.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

CBS Statline. (2013, september 27). *Overheidstekort naar 2,5%*. Opgeroepen op Oktober 08, 2013, van Centraal Bureau voor de Statistiek: http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2013/2013-3910-wm.htm

College voor Zorgverzekeringen. (2013). *Gebruikersgids verpleging en verzorging.* Diemen: College voor zorgverzekeringen.

De Groot, C., van Dam, F., & Daalhuizen, F. (2013). *Vergrijzing en woningmarkt.* Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

De Groot, m. T. (2012, oktober 25). Huur en zorg. *HuurRecht, nieuwsbrief*, pp. 4-9.

De Klerk, M. (2011). *Zorg in de laatste jaren.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Dorrestein, A., Paes, M., & van Santvoort, M. (2009). *Een verkenning van sociaal isolement en eenzaamheid.* 2009: PON/PRVMZ.

Elemans, C., & van Sante, M. (2013). *Themavisie scheiden wonen en zorg in de AWBZ Deel II - Woningcorporaties.* Amsterdam: ING Economisch Bureau.

Faun, H., Hollander, H., & van Klaveren, S. (2014). *Belemmeringen bij het opzetten van woonzorgarrangementen voor senioren.* Zoetermeer: Panteaia.

KCWZ. (2012, juni 01). *Huur*. Opgeroepen op 10 24, 2013, van Kenniscentrum Wonen-Zorg: http://www.kcwz.nl/dossiers/scheidenwonenenzorg/huur

Kloosterman, R., & van der Houwen, K. (2014). *Frequentie en kwaliteit van sociale contacten.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Kok, m. P., & Mollema, m. F. (2013, september 01). Scheiden van wonen en zorg en de regels in het Bouwbelsuit 2012. *Recht in huis*, pp. 1-2.

Kok, P. (2011, september 01). Past mijn woonzorgcomplex wel binnen het bestemmingsplan? *Recht in huis*, pp. 1-2.

Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kullberg, J., & Ras, M. (2004). *Met zorg gekozen? Woonvoorkeuren en woningmarktgedrag van ouderen en mwnsen met lichamelijke beperkingen.* Den Haag: VROM.

Lijzenga, J., & Van Der Waals, T. (2014). *Woonvoorkeuren specifieke woonvormen voor ouderen: een verhaal met veel gezichten.* Arnhem: Companen.

Ministerie VWS. (2011, september 20). *Goede en betaalbare zorg*. Opgeroepen op oktober 19, 2013, van Rijksoverheid: http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2011/09/20/goede-en-betaalbare-zorg.html

Ministerie VWS. (2013, juni 12). *Zorgbalans*. Opgeroepen op oktober 08, 2013, van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: http://www.gezondheidszorgbalans.nl/kosten/zorguitgaven/zorguitgaven-en-bruto-binnenlands-product/

Neele, J., Conijn, J., de Wildt, R., & Alles, M. (2002). *Vastgoed van verzorgings- en verpleeghuizen, een landelijk beeld van het boekwaardeprobleem.* Amsterdam: RIGO Research en Advies BV.

NZa. (2012). *Scheiden van wonen en zorg in de AWBZ.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2013). *Rapport Onderzoek Zorgfraude.* Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Olde Bijvank, E. (2013). *Verhuur zorgappartementen.* Doorn: Actiz.

Planbureau voor de leefomgeving. (2013, Oktober 01). *Provinciale uitkomsten stand van de bevolking*. Opgeroepen op november 02, 2013, van Regionale bevolkingsprognose: http://regionalebevolkingsprognose.kiwi.qdelft.nl/default.aspx

Planbureau voor de Leefomgeving. (2013). *Vergrijzing en Woningmarkt.* Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving.

Poos, M., Smit, J., Groen, J., Kommer, G., & Slobbe, L. (2008). *Kosten van ziekten in Nederland 2005: zorg voor euro's.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Rijksoverheid. (2013, nnb nnb). *Huurwoning*. Opgehaald van Rijksoverheid: http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huurwoning/vraag-en-antwoord/wat-is-een-zelfstandige-woning-en-wat-is-een-onzelfstandige-woning.html

Rijksoverheid. (2014, Januari 27). *Wet bijzondere opnemingen*. Opgehaald van Dwang in de zorg: https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/bopz

RIVM. (2014, April 14). *Bijna veertig procent van de volwassen Nederlanders voelt zich eenzaam*. Opgehaald van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu: http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Bijna_veertig_procent_van_de_volwassen_Nederlanders_voelt_zich_eenzaam

Rli. (2014). *Langer zelfstandig; een gedeelde opgave van wonen, zorg en welzijn.* Den Haag: Raad voor de leefomgeving en infrastructuur.

Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M., & de Boer, A. (2009). *De toekomst van de mantelzorg.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Sanders, L., & Nouws, H. (2013, September 01). Verhuur in het verzorgingshuis: hoe doen corporaties en zorgondernemers dat? *Artikelenreeks Scheiden Wonen Zorg in de Praktijk*, pp. 1-7.

Schnabel, P., Bijl, R., & de Hart, J. (2008). *Betrekkelijke betrokkenheid.* Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Smeets, J. (1989). *Huishoudensvorming, flexibiliteit en gebruik.* Eindhoven: Werkgroep Fundamentele Grondslagen Open Bouwen TU/e.

Sociaal Economische Raad. (2008). *Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ.* Den Haag: Sociaal Economische Raad.

Sogeleé, G., & Brouwer, J. (2003). *Regionale verkenningen: opgaven voor wonen met zorg en welzijn.* Delft: ABF Research.

Te Meerman, W. (2013). *Sluiting dreigt voor ruim 800 ouderenzorglocatie.* Amsterdam: Zorgvisie Executive.

TNS/NIPO. (2008). *Samenvatting Eenzaamheidsonderzoek Coalitie Erbij.* 2008: Coalitie Erbij.

Tweede Kamer. (2013). *Hervorming van langdurige ondersteuning en zorg. Bijlage bij kamerbrief hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst.* 's-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Van Buuren, P., de Gier, A., Nijmeijer, A., & Robbe, J. (2010). *Hoofdlijnen ruimtelijk bestuursrecht.* Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare ouderen.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Van de Sande, B. (2013). *Zelfstandig thuis in eigen huis.* Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven.

Van der Vlist, A. J. (2009). *Bellen blazen? De economie van vastgoedontwikkeling.* Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Van Duin, C., & Stoeldraijer, L. (2013). *Bevolkingsprognose 2012-2060: langer leven, langer werken.* Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Van Elp, M., Van Zaal, M., & Zuidema, M. (2012). *Bouwen voor de zorg.* Amsterdam: EIB.

Van Galen, J., Willems, J., & Poulus, C. (2013). *Monitor Investeren voor de Toekomst 2012.* Delft: ABF Research.

Van Ginneken, J. (2013). *Extramuralisering kleedt dienstverlening verzorgingshuis uit.* Utrecht: Bureau Ouderenzorg / Kenniscentrum Wonen-Zorg.

Van Iersel, J., & Leidelmeijer, K. (2010). *Senioren op de woningmarkt.* Den Haag: Ministerie van VROM.

Van Nimwegen, N., & Van Praag, C. (2012). *Bevolkingsvraagstukken in Nederland anno 2012: actief ouder worden in Nederland.* Amsterdam: NiDi.

Woittiez, I., Eggink, E., Jonker, J.-J., & Sadiraj, K. (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Berenschot

Bijlage 1

Overzicht Zorgzwaartepakketen

Berenschot

Beschrijving van de zorgzwaartepakketten

Zorgbehoevende ouderen kunnen in Nederland aanspraak maken op gepaste zorg die wordt gefinancierd vanuit de overheid. Op het moment dat ouderen behoefte hebben aan een woonruimte in een verzorgings- of verpleeghuis dienen zij in het bezit te zijn van een zzp-indicatie. Het Centrum Indicatiestelling Zorg'(CIZ) wijst zorgbehoevende ouderen de zzp-indicatie toe.

In tabel 1 zijn alle tien zorgzwaartepakketten weergegeven zoals deze worden samengesteld door het CIZ. Hieraan is 'zzp 0' toegevoegd. Met 'zzp 0' wordt bedoeld dat dit ouderen zijn die in principe geen behoefte hebben aan verzorging maar wel moeite hebben met traplopen. Zodra deze ouderen in een nultredenwoning wonen, kunnen zij zonder problemen zelfstandig blijven wonen.

Zzp	Naam	Lichamelijke beperkingen	Psychische beperkingen
'Zzp 0'	Zelfstandig thuis wonen	Oudere ondervindt problemen met traplopen;	
Zzp 1	Beschut wonen met enige begeleiding.	Oudere ondervindt problemen met traplopen; Oudere heeft hulp nodig in huishouden.	
Zzp 2	Beschut wonen met begeleiding en verzorging	Oudere ondervindt problemen met traplopen; Oudere heeft hulp nodig in huishouden; Oudere heeft problemen met wassen en aankleden.	
Zzp 3	Beschut wonen met begeleiding en intensieve zorg	Oudere ondervindt problemen met traplopen; Oudere heeft hulp nodig in huishouden; Oudere heeft problemen met wassen en aankleden; Oudere heeft problemen met naar bed en toilet gaan.	
Zzp 4	Beschut wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging	Oudere ondervindt problemen met traplopen; Oudere heeft hulp nodig in huishouden; Oudere heeft problemen met wassen en aankleden; Oudere heeft problemen met naar bed en toilet gaan; Oudere heeft probleem met eten, drinken etc.; Oudere kan niet zelfstandig de deur uit.	
Zzp 5	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	Combinatie van bovengenoemde ernstige lichamelijke beperkingen.	Oudere is snel bang of somber.

Zzp	Naam	Lichamelijke beperkingen	Psychische beperkingen
Zzp 6	Beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging	Combinatie van bovengenoemde ernstige lichamelijke beperkingen.	Concentratieverlies; Moeite met indeling van de dag; Moeite in sociale omgang;
Zzp 7	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, met nadruk op begeleiding	Combinatie van bovengenoemde ernstige lichamelijke beperkingen.	Gedragsproblemen; Oudere kan lastig oriënteren; Oudere is mogelijk onwillig/agressief/depressief;
Zzp 8	Beschermd wonen met zeer intensieve zorg, met nadruk op verzorging/verpleging	Vanwege ernstige somatische aandoeningen of ziekten hebben ouderen in deze groep behoefte aan specifieke en zeer intensieve verzorging en verpleging met begeleiding.	
Zzp 9	Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging	Bij deze cliënten heeft een interventie plaatsgevonden in bijvoorbeeld het ziekenhuis. Als gevolg van de ingreep is behoefte aan herstelgerichte behandeling. Cliënten zijn niet per definitie ouderen. Deze groep valt buiten het kader van dit onderzoek	
Zzp 10	Beschermd verblijf met intensieve palliatief-terminale zorg	Ouderen in deze groep blijven vaak niet langer dan 3 maanden in het verzorgingshuis in verband met naderend overlijden. Deze groep valt buiten het kader van dit onderzoek.	

Tabel 1: Indeling zorgzwaartepakketen. Bron: Centrum indicatiestelling Zorg (2013).

Bij tabel 3 moeten drie kanttekeningen worden geplaatst. Allereerst moet worden opgemerkt dat diverse zzp's zullen verdwijnen of reeds zijn verdwenen: per 1 januari 2013 is de indicatiestelling voor zzp 1 en 2 vervallen en per 1 januari 2014 is ook de indicatiestelling voor zzp 3 vervallen. Omdat ouderen die voorheen in aanmerking kwamen voor deze zzp's (mede) centraal staan in dit onderzoek, zijn de zzp's toch omschreven. Ten tweede is de ordening in de indeling interessant. De indicaties verschillen van een lichte zorgvraag (zzp 1) oplopend naar een zware zorgvraag (zzp 8). Zzp 9 en 10 zijn voor specifieke cliëntgroepen en dus niet in te delen naar intensiteit van de zorgvraag. Tot slot kunnen zzp's worden onderverdeeld naar zorgverlening in een beschutte (zzp 1 tot en met 4) of beschermde woonomgeving (zzp 5 en hoger). Dit onderzoek richt zich op zzp 1 tot en met 3. Ouderen met een zorgvraag voor zzp 4 of hoger vallen buiten het kader van dit onderzoek.

Berenschot

Bijlage 2

SCP-Beperkingenmaat

Bijlage 1: Lichamelijke beperkingen in het WoON 2012

Indicatie voor SCP-fysieke beperkingenmaat, zoals in het WoON 2012 wordt gebruikt. Op basis van 'Vraagverkenning wonen en zorg voor ouderen (1997)'.

Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau (1997)

beperkingenmaat		*type beperking-niveau*				*item-niveau*				
		niet beperkt	*matig beperkt*	*ernstig beperkt*		*zonder moeite*	*met moeite*	*kan niet*	*zou wel kunnen*	*zou niet kunnen*
niet beperkt	*zitten/staan*	100	0	0	*10 min. staan*	100	0	0		
					10 min. zitten	100	0	0		
					30 min. Staan/zitten	100	0	0		
	lopen	100	0	0	*trap op/af*	100	0	0		
					woning in/uit	100	0	0		
					buiten verplaatsen	100	0	0		
	ADL	100	0	0	*zitten/opstaan*	100	0	0		
					in/uit bed	100	0	0		
					aan/uitkleden	100	0	0		
					gezicht/handen wassen	100	0	0		
					volledig wassen	100	0	0		
					toilet gebruiken	100	0	0		
	HDL	88	12	0	*boodschappen*	92	0	0	8	0
					warme maaltijd maken	72	0	1	20	7
					bed verschonen	75	0	0	25	0
					was doen	67	0	0	27	6
					klussen op huishoudtrap	90	4	0	6	0
					licht huishoudelijk werk	90	0	0	10	0
					zwaar huishoudelijk werk	74	2	0	23	1
licht beperkt	*zitten/staan*	53	45	2	*10 min. staan*	79	20	1		
					10 min. zitten	99	1	0		
					30 min. Staan/zitten	53	20	27		
	lopen	72	28	0	*trap op/af*	75	25	0		
					woning in/uit	99	1	0		
					buiten verplaatsen	95	5	0		
	ADL	96	4	0	*zitten/opstaan*	98	2	0		
					in/uit bed	98	2	0		
					aan/uitkleden	99	1	0		
					gezicht/handen wassen	100	0	0		
					volledig wassen	100	0	0		
					toilet gebruiken	100	0	0		
	HDL	40	60	0	*boodschappen*	82	7	1	7	2
					warme maaltijd maken	81	3	0	13	3
					bed verschonen	72	9	1	16	2
					was doen	76	2	0	19	3
					klussen op huishoudtrap	45	18	7	8	21
					licht huishoudelijk werk	92	2	0	6	0
					zwaar huishoudelijk werk	41	19	6	17	17
matig beperkt	*zitten/staan*	26	53	21	*10 min. staan*	47	36	17		
					10 min. zitten	93	5	2		
					30 min. Staan/zitten	59	15	26		
	lopen	23	67	10	*trap op/af*	29	67	4		
					woning in/uit	90	10	0		
					buiten verplaatsen	60	37	3		
	ADL	66	30	4	*zitten/opstaan*	81	18	1		
					in/uit bed	80	18	2		
					aan/uitkleden	91	8	1		
					gezicht/handen wassen	98	2	1		
					volledig wassen	91	8	1		
					toilet gebruiken	97	2	1		
	HDL	6	58	36	*boodschappen*	48	25	5	10	12
					warme maaltijd maken	61	6	3	12	18
					bed verschonen	36	24	6	16	18
					was doen	53	9	5	12	21
					klussen op huishoudtrap	17	20	19	5	39
					licht huishoudelijk werk	76	8	1	10	4
					zwaar huishoudelijk werk	10	20	19	11	40
ernstig beperkt	*zitten/staan*	11	26	63	*10 min. staan*	16	28	55		
					10 min. zitten	2	16	82		
					30 min. Staan/zitten	11	3	88		
	lopen	0	12	88	*trap op/af*	2	56	42		
					woning in/uit	22	68	10		
					buiten verplaatsen	5	70	25		
	ADL	12	34	54	*zitten/opstaan*	38	61	1		
					in/uit bed	37	60	3		
					aan/uitkleden	37	55	9		
					gezicht/handen wassen	62	35	3		
					volledig wassen	30	48	22		
					toilet gebruiken	62	35	3		
	HDL	0	12	88	*boodschappen*	5	27	20	3	45
					warme maaltijd maken	32	24	10	8	26
					bed verschonen	5	29	23	5	38
					was doen	18	28	15	8	31
					klussen op huishoudtrap	1	6	35	1	57
					licht huishoudelijk werk	35	35	9	4	17
					zwaar huishoudelijk werk	1	7	36	2	54