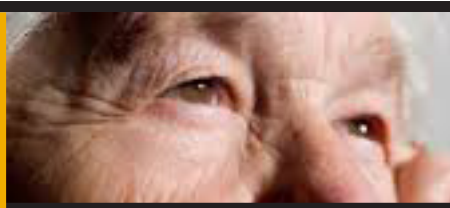


Bijlage



Wonen en zorg voor senioren

Wie organiseert
wat en hoe?



Alette
Janssen

Wonen en zorg voor senioren?

Wie organiseert wat en hoe?

BIJLAGE

Naam A.W.G.M. (Alette) Janssen
Email a.w.g.m.janssen@gmail.com

Opleiding

Universiteit Radboud Universiteit Nijmegen
Faculteit Faculteit der Managementwetenschappen
Opleiding Master Planologie
Studentnr. 0640239
Begeleider 1 Prof. Dr. E. (Erwin) van der Krabben
Begeleider 2 H. (Huub) Ploegmakers Msc.

Onderzoeksbedrijf

Naam TNO - Soesterberg
Afdeling Dutch Centre for Health Assets
Begeleider Drs. W.H. (Willeke) van Staalduinen

Inhoudsopgave bijlagen

Inhoudsopgave bijlagen	III
1 Karakteristieken organisatievormen.....	1
2 Zorgstelsel.....	5
2.1 Inleiding.....	5
2.2 Uitgaven zorg	5
2.3 Zorgindicatie	7
2.4 Wettelijke gronden	15
2.5 Informele zorg.....	20
3 Woningmarkt	23
3.1 Inleiding.....	23
3.2 Woonruimteverdeling.....	23
3.3 Non-profit woningmarkt	25
3.4 Profit woningmarkt	28
4 Belangen actoren.....	31
4.1 Zorgmarkt.....	31
4.2 Woningmarkt	32
5 Woonzorglocaties in gemeenten	33
5.1 Heerlen.....	33
5.2 Helmond.....	33
5.3 Hilversum	34
5.4 Súdwest-Fryslân	34
6 Resultaten externe organisatie	35
7 Resultaten interne organisatie	36
8 Centrale tendenties	39
8.1 Externe organisatie	39
8.2 Interne organisatie.....	41
8.3 Interne en externe organisatie	43
9 Lijst van geïnterviewden	45
9.1 Gemeenten	45
9.2 Zorgaanbieder.....	46
9.3 Zorgverzekeraar	46
9.4 Woningcorporatie	46
9.5 Woningbelegger en -ontwikkelaar.....	47

1 Karakteristieken organisatievormen

Karakteristieken van organisaties of organisatieonderdelen die contextgedreven organiseren en organisaties of organisatieonderdelen die systeemgedreven organiseren, zoals vermeld in Botter (2010).

	Organisaties/Organisatieonderdelen die contextgedreven organiseren	Organisaties/Organisatieonderdelen die systeemgedreven organiseren
<i>Wat is leidend in al het denken en doen</i>	De context, de omstandigheden / de wensen, vragen en problemen van klanten, en de specifieke omstandigheden waarin ze verkeren.	De eigen bedachte ordening / de van binnenuit bedachte ordening of de ordening die van bovenop wordt opgelegd. (bijv. veiligheidsmodel, stelsel wettelijke ordeningen, regelgeving, HR-systeem, ISO-normen)
<i>Waarnemend en inlevend vermogen</i>	Onmisbaar	Beperkt nodig
<i>Activiteiten</i>	De organisatie / het organisatieonderdeel levert diensten Medewerkers worden gedreven door de verbinding met mensen die zij helpen. Zij <i>doen</i> . Het luisteren naar en oplossen van wensen/vragen/ problemen van klanten staan centraal. Systemen ondersteunen medewerkers, die uitgaan van de klant en zijn context. Pft en pft+ aanbod kan daarbij soms helpen.	De organisatie / het organisatieonderdeel maakt producten a. Industriële onderneming b. Systeemgedreven dienstverlener <i>ad b. Systeemgedreven dienstverlener</i> Medewerkers werken vanuit een productbenadering, bedienen klanten vanuit een pft of pft+ aanbod. Het productaanbod staat centraal. Systemen zijn dominant, medewerkers hebben zich te voegen naar systemen.
<i>Oriëntaties</i>	De organisatie/ het organisatieonderdeel is gebaseerd op de sociale oriëntatie, onmiddellijk gevolgd door de open en rationele oriëntatie, die evenveel gewicht hebben.	De organisatie/het organisatieonderdeel is gebaseerd op de zelfreferentiële en rationele oriëntatie. De andere oriëntaties komen daarna: vanuit een ideaaloptiek eerst de sociale aan de voet aan de organisatie, en eerst de open oriëntatie bij ontwikkelaars.

Tabel 3.2-A Contextgedreven organiseren t.o.v. systeemgedreven organiseren
geëxtraheerd uit Van Dinten en Schouten (2008)

	Organisaties/Organisatieonderdelen die contextgedreven organiseren	Organisaties/Organisatieonderdelen die systeemgedreven organiseren
<i>Sturing</i>	Contextgedreven sturing <i>Kenmerken</i> - Het zijn vooral de medewerkers zelf die regelen. Medewerkers hebben eigen ruimte. Ze zijn verbonden met hun cliënten en de omgeving, weten wat er nodig is en voelen er zich verantwoordelijk voor. Contextgedreven sturing versterkt medewerkers op allerlei mogelijke manieren in wat zij doen. - Planners, handhavers, regelaars, niet of nauwelijks nodig. Ook geen beleidsmakers als stafafdeling nodig. Het bestuur maakt beleid, geeft van buitenaf richting, op grond van wat er in de context speelt en daar nodig is. - Manager faciliteert medewerkers; hij is meewerkend voorman en meer leidinggevend dan manager. Hij heeft inhoud, kennis en ervaring op het terrein waarop zijn medewerkers actief zijn. Het is vooral de klant die zorgt voor straf of beloning. - Ideaalvorm van contextgedreven sturing maakt gebruik van Verwachting & Evaluatie De organisatie gaat uit van wat verwacht wordt ten aanzien van (ontwikkelingen bij) cliënten en de wijze waarop ze door de organisatie bediend worden, en evalueert om te zien of alles gaat naar verwachting en wanneer verwachtingsbijstelling nodig is. De organisatie richt zich op goede dienstverlening; in relaties de goede dingen voor klanten doen. Cliënten laten weten wat 'goed' is. Winst en dergelijke wordt niet als hoogste doel gesteld; zij ontstaat als natuurlijk effect van goede dienstverlening. Financieel resultaat volgt na inspanning.	Systeemgedreven sturing <i>Kenmerken</i> - De organisatie / het organisatie-onderdeel wordt gestuurd vanuit de gedachte dat er steeds nieuwe dingen bedacht en gerealiseerd moeten worden. - Planners, handhavers, regelaars, beleidsmakers nodig. - Manager heeft een plaats in een structuur. Hij zorgt ervoor dat de activiteiten van medewerkers gecoördineerd blijven, om te doen wat eerder bedacht is. Hij kan leunen op voorschriften over wat er gemaakt moet worden en de manier waarop, en op beloningen en sancties. Hij is bron van energie voor mensen om hen te motiveren, te leiden en te belonen. - Ideaalvorm van systeemgedreven sturing maakt gebruik van Planning & Control Geplande resultaten zijn vertrekpunt en de organisatie controleert de uitvoering of die worden gehaald. En stelt resultaten bij door de planning te veranderen. De organisatie richt zich op omzet, winst, kostenreductie en dergelijke. Winst wordt veelal als hoogste doel gesteld; financieel resultaat is constructie vooraf. Ratio's/maatstaven zoals klanttevredenheid, medewerkerstevredenheid, kwaliteit van de producten, worden geïnterpreteerd vanuit hun bijdrage aan het financiële resultaat.

Tabel 3.2-B

	Organisaties/Organisatieonderdelen die contextgedreven organiseren	Organisaties/Organisatieonderdelen die systeemgedreven organiseren
<i>In-richting</i>	Contextgedreven inrichting <i>Kenmerken</i> • De inrichting van de organisatie maakt het mogelijk dat medewerkers dingen doen die de ander verder helpen, in een vorm die bij de ander en diens situatie past. • Inrichting loopt van beneden naar boven. • De medewerkers zijn geselecteerd op externe oriëntatie, synthetisch vermogen en deskundigheid. De medewerker zal gebruik maken van een netwerk waarin allerlei deskundigen zitten die zo nodig kunnen worden ingeschakeld. De medewerkers in een groep doen het samen en komen als groep tot prestaties. • Tacit knowledge over klanten en hun context draagt de verbinding van de medewerkers met klanten. • Organisatie-eenheden zijn klein, gezien het belang van tacit knowledge. • Het delen van context en inlevingsvermogen zijn fundamenteel voor het ontstaan van relaties. Medewerkers die wonen in het werkgebied van de organisatie passen daarbij. • Leiding geven. • Nieuwe ICT-architectuur ondersteunt medewerkers in hun dienstverlening en honoreert het specifieke. • Ook het facilitaire bedrijf is contextgedreven; heeft de werkwijze van de leidende eenheden als vertrekpunt. Geen call-centers.	Systeemgedreven inrichting <i>Kenmerken</i> • De organisatie bedenkt een aanbod dat in een productassortiment tot uitdrukking komt. Daarna komt de nadruk te liggen op wat nodig is om die producten te maken en af te zetten: mensen, machines, grondstoffen, gebouwen en computers worden in een systeem ondergebracht. • Inrichting loopt van boven naar beneden. • Zelfreferentiële en rationele medewerkers passen bij de aard van de activiteiten. • Expliciete kennis over klanten domineert: alles wat je in een klantendatabase kunt vastleggen. • De organisatie kan (zeer) groot zijn, net zo groot als van binnenuit als efficiënt wordt berekend. • Medewerkers kunnen wonen waar ze zelf willen. • Managen. • Centralistische ICT-systemen domineren. • Ook het facilitaire bedrijf is systeemgedreven. Bijv.: call-centers en sprekende computers.

Tabel 3.2-C

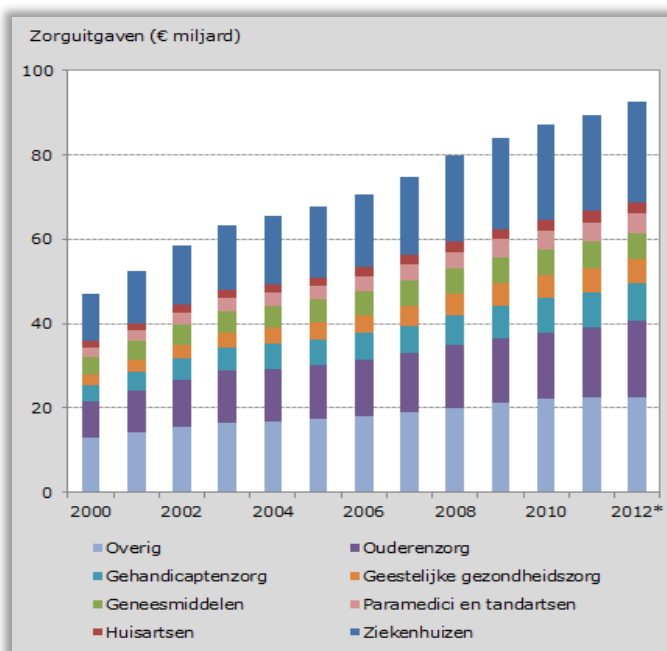
2 Zorgstelsel

2.1 Inleiding

Er is de afgelopen jaren veel gaande in de zorgvergoedingenwereld en de komende jaren zal er nog veel veranderen. In dit hoofdstuk wordt als eerste ingegaan op de uitgaven die worden gedaan in de zorg. In paragraaf 2.3 (veranderingen in) zorgindicaties en zorgfinanciering. Daarna wordt ingegaan op de drie belangrijkste onderdelen van de zorgvergoedingen voor ouderen, namelijk de Zorgverzekeringswet, AWBZ/Wlz en de Wmo. De informele zorg wordt besproken in paragraaf 2.5.

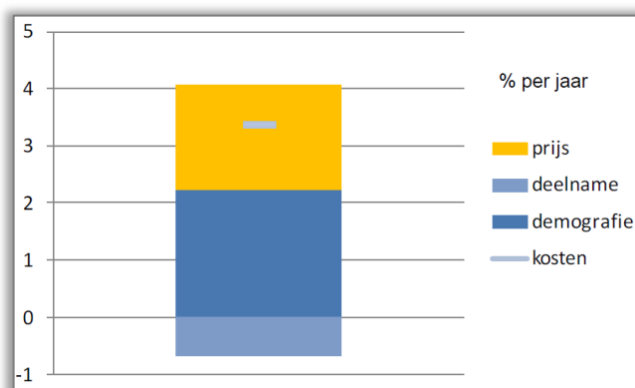
2.2 Uitgaven zorg

In 2012 werd bijna 93 miljard uitgegeven aan gezondheidszorg en welzijnszorg, waarin ouderenzorg de op een na grootste kostenpost is van 18,1 miljard euro (RiVM, 2014). 67 miljard euro wordt opgebracht uit het Budgettair Kader Zorg die voor 80 procent gefinancierd worden via zorgpremies (AWBZ-premie, nominale Zvw-premie en inkomensafhankelijke bijdrage Zvw) en aangevuld wordt met eigen betalingen en rijksbijdragen (Rijksoverheid, 2013). De zorguitgaven zijn de afgelopen jaren sterk gestegen (zie Figuur 41). Niet alleen de verwachte toename van het aantal ouderen, maar ook de hogere materiele kostprijs en personele kostprijs zorgt er voor dat de kosten verder zullen stijgen. Men wil niet alleen meer zorg, maar ook betere zorg en heeft meer behoefte aan zorg.



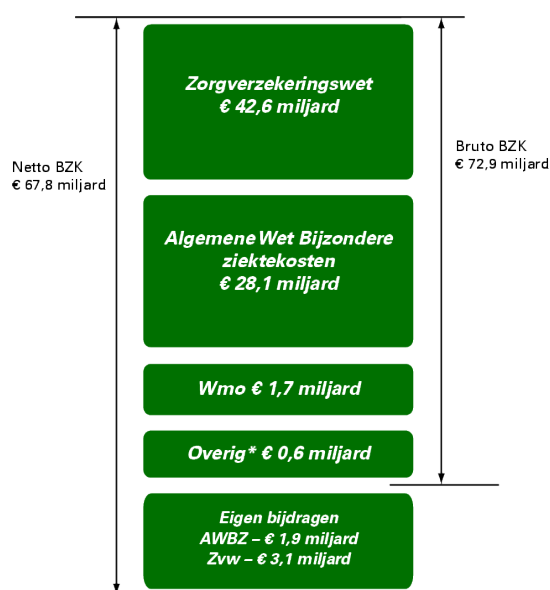
Figuur 41: Zorguitgaven per sector 2000-2012 (RiVM, 2014)

In 2012 werd ten op zichte van 2011 ruim 10 procent meer uitgegeven aan ouderenzorg (RiVM, 2013). Tussen 2010 en 2030 wordt een stijging van zorgkosten verwacht van ruim 4 procent per jaar, terwijl de zorguitgaven in 2010 al waren opgelopen tot 5.243 euro per jaar per persoon (Ruijter & Stolk, 2013). De verwachting is dat een hogere opleiding, minder aandoeningen, verandering in huishoudtype en vermindering van zorgdeelname zorgt voor lagere zorgkosten, maar deze ontwikkelingen worden ruim gecompenseerd met de stijging van het aantal senioren. Vergeleken met andere landen geeft alleen de Verenigde Staten meer uit aan zorg als percentage van het bruto binnenlands product. De belangrijkste verklaring daarvoor is dat Nederland veel meer uitgeeft aan langdurige zorg, zoals ouderenzorg en gehandicaptenzorg. In Nederland zijn dan wel de eigen betalingen veel lager dan in de meeste andere landen (RiVM, 2012).

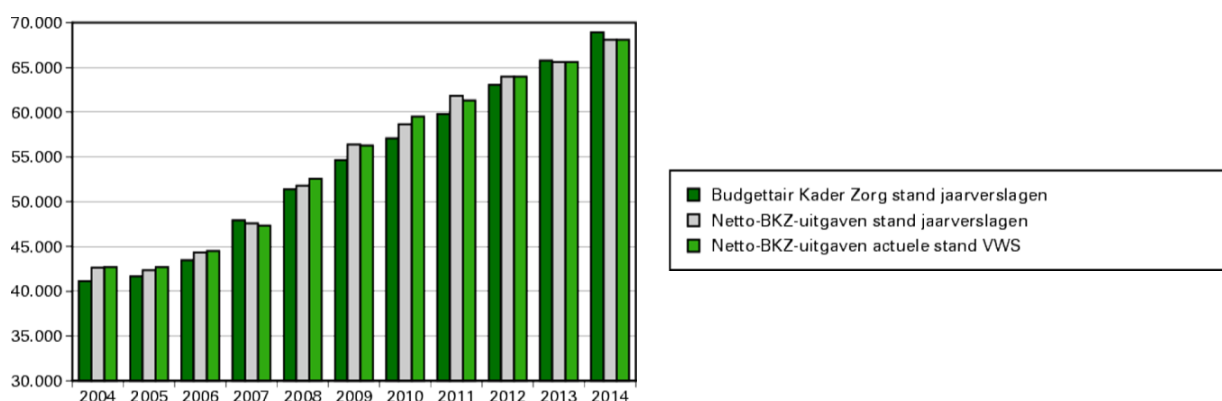


Figuur 42: Verwachte toename in zorgkosten verzorging en verpleging 2010-2030 (Pommer, 2014)

Jaarlijks stelt het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een financieel beeld op ten aanzien van de zorg. Het financieel beeld van de zorg geeft het Budgettair Kader Zorg (BKZ) weer. Het BKZ bestaat uit *“alle uitgaven die op basis van een wettelijke aanspraak dan wel een subsidie die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of de Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) worden gemaakt”* (Rijksoverheid, 2013), maar ook een deel van de uitgaven op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg), de uitgaven voor zorg, welzijn en jeugdzorg in Caribisch Nederland, bepaalde uitgaven aan opleidingen en de Wmo vallen hieronder. Het Bruto BKZ bestaat uit alle uitgaven die onder deze regelingen vallen. Het netto-BKZ is het brutobedrag minus de eigen bijdragen, zoals het verplicht eigen risico (zie Figuur 43). Het bruto en netto BKZ geeft aan hoeveel geld maximaal mag worden uitgegeven aan de zorg. In 2004 was dit bedrag iets meer dan 40 miljard, terwijl ondertussen deze geldbron vergroot is tot bijna 70 miljard euro (zie Figuur 44).



Figuur 43: Bruto en netto zorguitgaven 2014 (Rijksoverheid, 2014)



Figuur 44: Budgettair Kader Zorg 2004-2014 (Rijksoverheid, 2014)

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de bevoegdheid aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) gegeven om namens de zorgkantoren de AWBZ/Wlz-vergoedingen uit te betalen aan zorgaanbieders. Daarnaast int het CAK ook de eigen bijdrage voor Zorg met Verblijf, Zorg zonder Verblijf, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de maatregelen van de Wet tegemoetkoming chronische zieken en gehandicapten (Centraal Administratie Kantoor, 2014). De hoogte van de eigen bijdrage die ze moeten betalen voor de AWBZ zorg die de cliënt hangt af van het inkomen en vermogen, gezinssamenstelling en de indicatie (CAK, 2014). Er wordt onderscheid gemaakt tussen de lage eigen bijdrage (minimaal 156 euro, maximaal 819,40 euro per maand) en de hoge eigen bijdrage (maximaal 2.248,60 euro per maand). De lage eigen bijdrage wordt toegekend als de cliënt voor het eerst opgenomen is in een AWBZ-instelling, de cliënt of de partner een indicatie heeft voor tijdelijk verblijf langer dan 6 maanden, als de gehuwde partner van de cliënt nog thuis woont of als de cliënt kiest voor een volledig pakket thuis (VPT). In andere situaties wordt een hoge eigen bijdrage gevraagd (CAK, 2014). Het kan in sommige situaties dan ook voordeliger voor de cliënt zijn om niet gebruik te maken van het recht op verblijf in een intramurale instelling, omdat de woonkosten extramuraal in combinatie met een eigen bijdrage voor de zorg lager zijn dan de eigen bijdrage voor het intramurale verblijf.

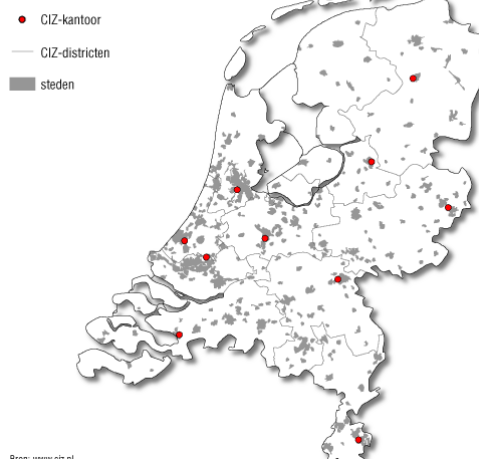
2.3 Zorgindicatie

Tot 2003 was de enige vormen van zorg die onderscheiden werden gehandicaptenzorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg. De verzekerde kreeg een indicatie voor een van deze soorten zorgvoorzieningen en kon deze ontvangen van een van de zorgaanbieders zonder dat zij geconfronteerd wordt met de kosten die hiermee gemoeid zijn. Met de grondige herziening van de AWBZ werd een grotere differentiatie aangebracht in de soorten zorg die men nodig heeft en welke vergoed wordt. Er wordt niet langer gesproken over voorzieningen, maar over functies. Welke functies toegewezen worden is afhankelijk van de beperkingen die men heeft; in het zorgstelsel wordt dit de grondslag genoemd. Of men als zorgvrager en verzekerde toegelaten tot de zorg wordt bepaald door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zij stellen vast of men *“een aandoening, beperking of handicap als gevolg waarvan de verzekerde op een of meerdere vormen van zorg kan zijn aangewezen”* heeft (CIZ, 2014).

Of men ook daadwerkelijk de zorg ontvangt hangt ook samen met de beperkingen en problemen die de ziekte, aandoening of stoornis met zich meebrengt, de thuissituatie van de verzekerde en de bestaande voorzieningen (CIZ, 2014). Het regionaal indicatieorgaan wordt door de gemeente ingesteld (Dekker & Ross-van Dorp, 2013). In Figuur 45 zijn de verschillende CIZ-regio's en de kantoren weergegeven.

De grondslagen om aanspraak te maken op de AWBZ die onderscheiden worden zijn somatische aandoening of beperking (SOM), psychogeriatrische (PG) of psychiatrische (PSY) aandoening of beperking, lichamelijke handicap (LG), verstandelijke handicap (VG) en zintuiglijke handicap (ZG). De voornaamste toegewezen grondslagen voor ouderen zijn SOM en PG.

Locaties Centrum Indicatiestelling 2012



Figuur 45: Districten Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ, 2012)

De voor senioren voornaamste functies die in 2003 ingevoerd werden zijn:

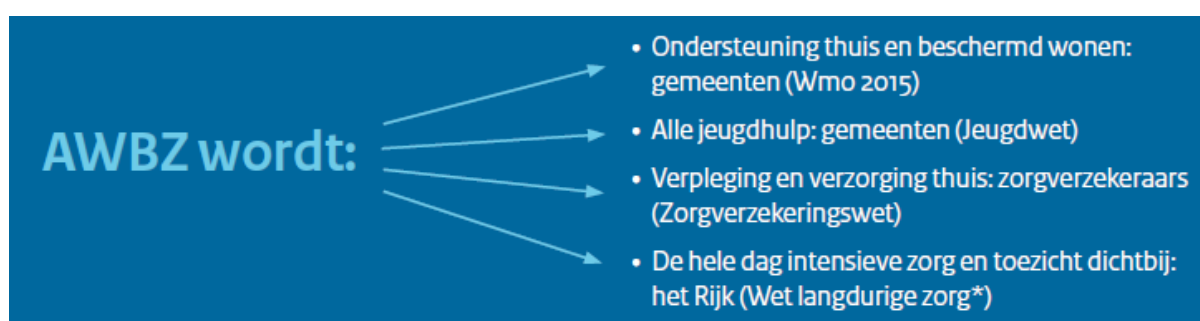
- **Huishoudelijke verzorging*** omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van het verzorgen van het huishouden (...) te verlenen door een instelling.
- **Persoonlijke verzorging** omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging (...), gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, te verlenen door een instelling.
- **Verpleging** omvat verpleging (...), gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap, te verlenen door een instelling.
- **Ondersteunende begeleiding**** omvat ondersteunende activiteiten (...), gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving, te verlenen door een instelling.
- **Activerende begeleiding**** omvat door een instelling te verlenen activerende activiteiten gericht op:
 - a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek; of
 - b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.
- **Behandeling** omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts.
- **Verblijf** omvat het verblijven in een instelling indien de zorg, bedoeld in de artikelen 4, 5, 6, 7 of 8, noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.

(Artikelen 3 tot en met 9 van Besluit zorgaanspraken AWBZ geldend op 1 april 2003)

* vervallen per 2007. Huishoudelijke hulp in intramurale instellingen wordt wel nog vergoed uit AWBZ, rest gaat naar Wmo.

** per 2007 samengevoegd onder Begeleiding in de AWBZ.

Tussen 2003 en 2015 zijn er verschillende wijzigingen aangebracht in de AWBZ. In 2007 werd bepaald dat de huishoudelijke verzorging niet langer in de AWBZ onder de verantwoordelijkheid van het Rijk vallen, maar werd deze verantwoordelijkheid overgeheveld naar de Wmo onder verantwoordelijkheid van de Gemeente. De komst van de nieuwe AWBZ in 2007 zorgde er voor dat er ook extramuraal zorg kan worden aangeboden en dat er meer aanbieders de markt kunnen betreden. Nieuwe aanbieders van een of meerdere van deze functies kunnen in de nieuwe AWBZ toelating krijgen via de Wet toelating zorginstelling (WTZi) om deze zorg te kunnen laten vergoeden via de AWBZ. Hiervoor dient men aan bepaalde eisen te voldoen, zoals beschreven in het Uitvoeringsbesluit WTZi. Sinds 1 januari 2015 zijn de taken uit de AWBZ verdeeld over de Wmo 2015, Jeugdwet, Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (zie Figuur 46). Deze veranderingen zorgen er voor dat de gemeente en de zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheden krijgen. Dit betekent dat ook dat CIZ alleen nog indicaties afgeeft voor intramurale zorg uit de Wlz; de extramurale zorg wordt geïndiceerd door een verpleegkundige van de thuiszorgorganisatie. In paragraaf 2.4 wordt ingegaan op de manier waarop dit geborgd is in de wet en welke effecten dat heeft op de uitvoering van de taken.



Figuur 46: Hoe regelt de overheid al deze veranderingen? (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014)

In de volgende deelparagrafen wordt ingegaan op zorg zonder verblijf (extramurale zorg) en zorg met verblijf (intramurale zorg) en de organisatie en financiering daarvan. Daarnaast wordt ingegaan op de effecten van de extramuralisering (paragraaf 2.3.3).

2.3.1 Zorg zonder verblijf

Elk functie kent een bepaalde klasse die aangeeft om hoeveel uur zorg het gaat. Hiermee wordt bepaald op hoeveel zorg uit de AWBZ men recht heeft en welk budget daarvoor ter beschikking wordt gesteld aan de zorgverlener. Klasse 2 staat bijvoorbeeld voor minstens 2 uur en maximaal 3,9 uur zorg per week waarbij een bepaalde vergoeding tegenover staat. Begeleiding en Behandeling in groepsverband wordt uitgedrukt in dagdelen (CIZ, 2014). In Figuur 47 is een overzicht van de minimale en maximale klasse van extramurale functies.

Functie	Minimale klasse		Maximale klasse	
Persoonlijke Verzorging (PV)	Klasse 1	0 - 1,9 uur per week	Klasse 8	20 – 24,9 uur per week
Verpleging (VP)	Klasse 0	0 - 1,9 uur per week	Klasse 7	16 – 19,9 uur per week
Begeleiding Individueel (BGI)	Klasse 1	0 - 1,9 uur per week	Klasse 8	20 – 24,9 uur per week
Begeleiding Groep (BGG)	Klasse 1	één dagdeel per week	Klasse 9	negen dagdelen per week
Behandeling Groep (BHG)	Klasse 1	één dagdeel per week	Klasse 9	negen dagdelen per week
Kortdurend Verblijf (KVB)	Klasse 1	één etmaal per week	Klasse 3	drie etmalen per week

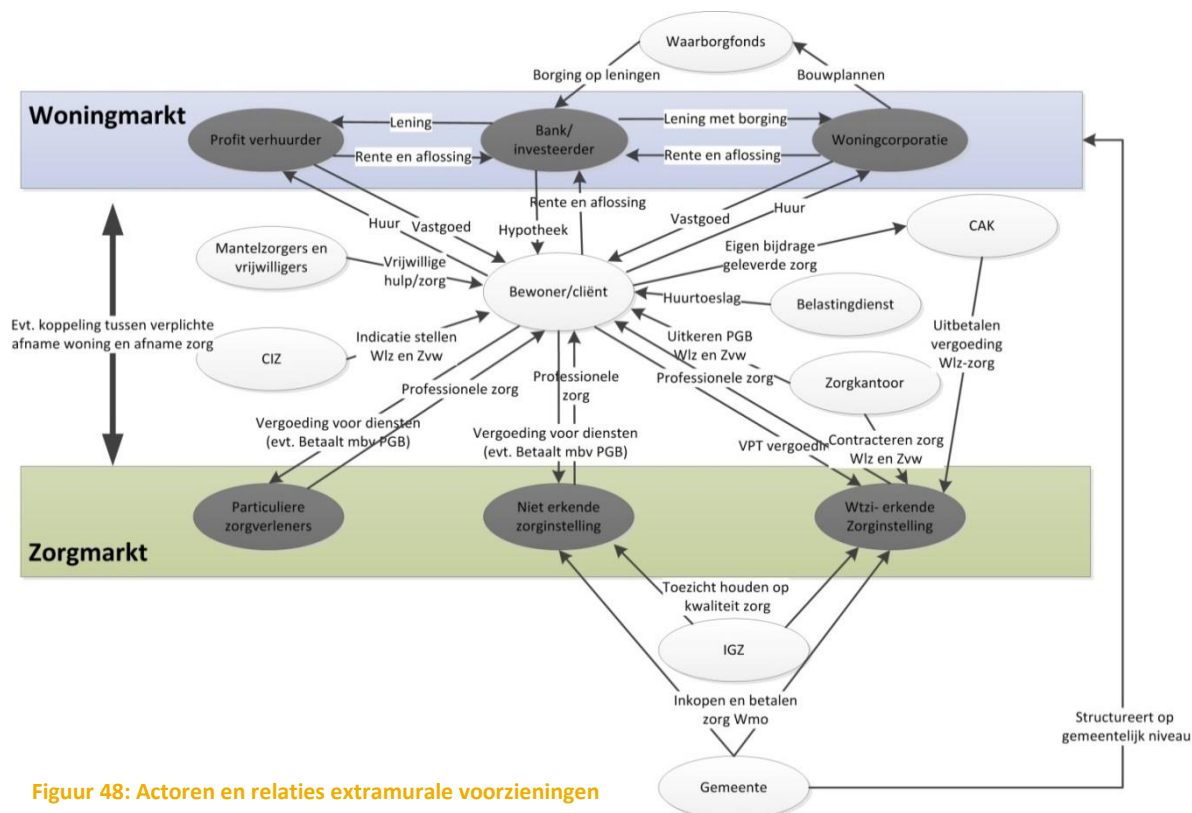
Figuur 47: Overzicht van functies met minimale en maximale klassen (CIZ, 2013)

Bij de extramurale variant worden alleen de kosten van zorg en ondersteuning van de bewoner betaald door de Wlz/AWBZ, Zvw of Wmo. De kosten voor verblijf (huur, energiekosten etc.) moet worden betaald door de bewoner zelf, waardoor het niet ook niet nodig is dat iemand een verblijfsindicatie heeft. Persoonlijke verzorging, verpleging, huishoudelijke hulp en begeleiding worden alleen door de Wlz vergoed indien er sprake is van langdurige zorg. Eventuele bijkomende kosten, zoals een brandmeldsysteem, akoestisch uitluistersysteem, brandvertragende gordijnen en vloerbedekking waar rolstoelen overheen kunnen rijden, worden dan ook extramuraal niet vergoed uit de Wlz/AWBZ en moet dus ook door de cliënt worden betaald door betaling van servicekosten. In sommige gevallen neemt de woningcorporatie deze extra kosten op zich en brengt dat onder in de onrendabele top (Krijger, 2004) en sommige gemeenten vergoedingen willen bepaalde voorzieningen wel vergoeden uit de Wmo. Door de scheiding van wonen en zorg kan wel aanspraak worden gemaakt op huurtoeslag. Kleinschalige groepswoonvormen moeten daarvoor een aanwijzing krijgen van de Belastingdienst, omdat deze niet aangemerkt kunnen worden als zelfstandige woning (zie ook 3.3 Non-profit woningmarkt).

Voor 2012 konden verzekerden ook zonder verblijfsindicatie er voor kiezen om geen zorg in natura te ontvangen (ZiN) van een AWBZ-erkende zorginstelling, maar met behulp van een vergoeding uit het Persoonsgebonden Budget (PGB) de zorg organiseren. Het doel van deze regeling is dat mensen meer eigen regie kunnen houden. Vanaf 1 januari 2012 is dat niet meer zomaar mogelijk. De mogelijkheid om zelf het budget te besteden zorgde voor een enorme groei in het gebruik van de budgetten en stijging in de kosten, bovendien werd er veel misbruik van gemaakt (Tinker, Ginn, & Ribe, 2013). Voor zowel de functies persoonlijke verzorging en verpleging (zorgverzekeringswet), de langdurige zorg (Wlz) en de huishoudelijke hulp en begeleiding (Wmo) mag alleen PGB worden uitgekeerd indien er een plan is voor langdurige zorg (budgetplan), er een contract is tussen zorgverlener en zorgafnemer en de motieven om PGB aan te vragen voornamelijk het doel tot meer eigen regie dienen. De zorgverzekeraar kan nog aanvullende eisen stellen (Per Saldo, 2015). Organisaties die woonzorgcombinaties (indirect) aanbieden en veel werken met PGB-financiering zijn franchisegevers, zoals de Herbergier. Hierbij wordt een combinatie van wonen en zorg aangeboden, waarbij de kosten voor wonen voor de bewoner zelf zijn en de zorgkosten (gedeeltelijk) worden gefinancierd uit PGB. De franchise koopt daarbij goederen of diensten van de franchisegever die daarbij zijn ondernemingsmodel levert. Op deze manier kan de zorg dicht bij de klant worden gegeven, terwijl tegelijkertijd gebruik kan worden gemaakt van bewezen concepten, kennis van de franchiseorganisatie en ondersteuning in exploitatie en organisatie (Nijmeijer, Huijsman, & Fabbricotti, 2014). Uitgangspunt van bijvoorbeeld de Herbergier is dat door zelfstandigheid van de zorgondernemers, de kleinschaligheid van de woonzorgvorm en de continuïteit van huisvesting en personeel de zorg beter en goedkoper georganiseerd kan worden. Hiervoor werken ze intensief samen met zorgondernemers en zijn ze actief op zoek naar geschikt vastgoed (Herbergier, 2014).

In Figuur 48 zijn de actoren weergegeven die een rol kunnen spelen bij de organisatie van het wonen en de zorg in de extramurale variant. Op de woningmarkt kunnen senioren, afhankelijk van de (financiële) mogelijkheden die ze hebben, kiezen voor verschillende woonvormen, namelijk huren van een profit verhuurder, huren van een woningcorporatie of een woning kopen (eventueel met hulp van de bank of investeerder). Er kan een koppeling van zorg en huur zijn als het in het belang is van de huurder, zoals betere zorg, een hogere zorgintensiteit of dat de zorg alleen kan worden gegeven als alle huurders de zorg afnemen (zoals 24-uurs zorg) (TNO, 2013). Mr. Janssen en Mr. Rijpstra van Dirkzwager Advocaten & Notarissen geven aan dat het koppelen van wonen en zorg niet per se de keuzevrijheid om een zorgaanbieder te kiezen zou ontnemen. *“De cliënt is vrij in zijn keuze van de zorginstelling en hij kan de verzorgingsovereenkomst te allen tijde opzeggen. Wel dient de cliënt te beseffen dat op het moment dat hij de zorgovereenkomst opzegt, hij op basis van het koppelbeding dan ook de zorgwoning zal moeten verlaten”* (Rijpstra & Janssen, 2013, p. 58). Toch is uit jurisprudentie gebleken dat in sommige situaties de huurder geen huurbescherming had, omdat de zorg in de overeenkomst een overheersend karakter had. Bij beëindiging van de

zorgovereenkomst had de verhuurder wel het recht om de onderhuurovereenkomst ook op te zeggen (Benjert, 2013). Het kan soms gunstiger zijn om als zorginstelling toe te staan dat andere zorginstellingen de zorg leveren in het eigen woningcomplex, omdat daarmee leegstand wordt voorkomen (Rijpstra & Janssen, 2013).

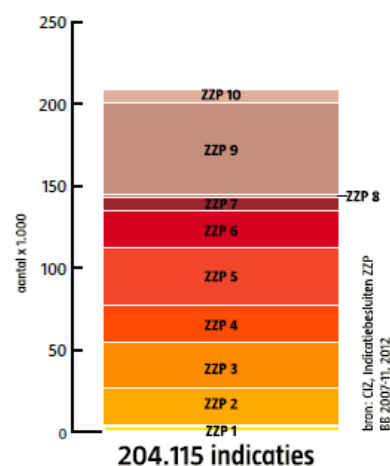


2.3.2 Zorg met verblijf

Indien het verzekerde recht heeft op de functie Verblijf, al dan niet in combinatie met een van de andere functies, wordt de mate van zorgbehoefte aangegeven met behulp van zorgzwaartepakketten (ZZP's). Het zorgzwaarteprofiel zegt iets over welke mate van zorg men nodig heeft en welke vergoeding tegenover de levering van het wonen, zorg, diensten en dagbesteding staat. Er zijn drie grondslagen waarop een ZZP's worden toegekend: 'Verpleging en Verzorging' (V&V) voor mensen met een somatische en psychogeriatrische aandoening, 'Verstandelijk, lichamelijk, zintuigelijk gehandicapt' (GZ) zijn en mensen die 'Geestelijke Gezondheidszorg' (GGZ) nodig hebben. De voor senioren voornaamste indeling is die voor Verpleging en Verzorging en bestaat uit de hieronder genoemde tien profielen. In Figuur 49 is weergegeven hoeveel positieve indicaties er per jaar van welke ZZP worden gegeven.

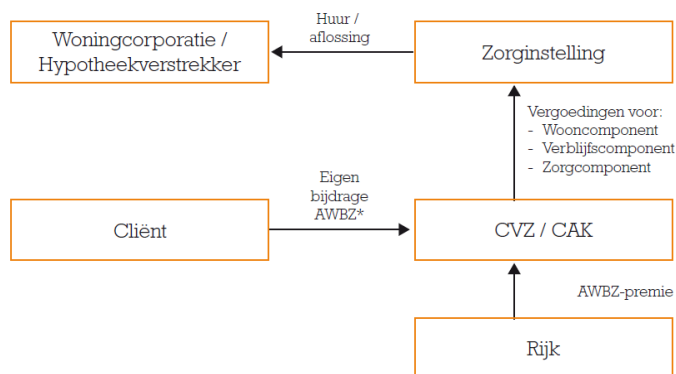
- **ZZP 1, 2 en 3:** lichte somatische problematiek (oplopend in zorgbehoefte) – begeleiding en verzorging
- **ZZP 4 :** Somatische of psychogeriatrische “meerzorg” - intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging
- **ZZP 5 :** Psychogeriatric (ernstigere vorm) - intensieve dementiezorg
- **ZZP 6 :** Somatische problematiek - intensieve verzorging en verpleging
- **ZZP 7 :** Psychogeriatric en gedragsproblemen of psychiatrie - zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding
- **ZZP 8** Ernstige somatische problematiek - zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging
- **ZZP 9a** Revalidatie - Verblijf met herstelgerichte verpleging en verzorging
- **ZZP 9b** Revalidatie - Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging
- **ZZP 10** Intensieve palliatief-terminale zorg

(NZa, 2011; Ginneken, 2014)



Figuur 49: Aantal positieve indicatiebesluiten (Actiz, 2010)

Als de cliënt de functie indicatie Verblijf heeft kan men in een AWBZ/Wlz-erkende instelling gaan wonen (afhankelijk van de indicatie en de beschikbaarheid). Hiervoor betaalt de cliënt een eigen bijdrage aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en wordt uit de AWBZ de normatieve huisvestingscomponent (NHC) gehaald om de zorginstelling daarmee de vergoeding te betalen die past bij de indicatie van de cliënt (zie Figuur 50). Voorheen betaalden verzekeraars en overheid, naast de vergoeding voor de intramurale zorg, een vaste vergoeding



Figuur 50: Geldstromen wonen en zorg (ING Economisch Bureau, 2013)

voor rente, afschrijvingen en onderhoudskosten van het gebouw op basis van nacalculatie. Dit bedrag is in tegenstelling tot de vergoeding van de zorg zelf onafhankelijk van de bezetting van de beschikbare capaciteit. Deze zogenaamde kapitaallasten werden vastgesteld op basis van het overheidsbouwregime uitgevoerd door het College Bouw Zorginstellingen. Dit zorgde voor lage financiële risico's voor de verhurende organisatie, veelal woningcorporaties (Aedes-Actiz, 2012). Daarbovenop kreeg de zorgaanbieder een vast bedrag per cliënt.

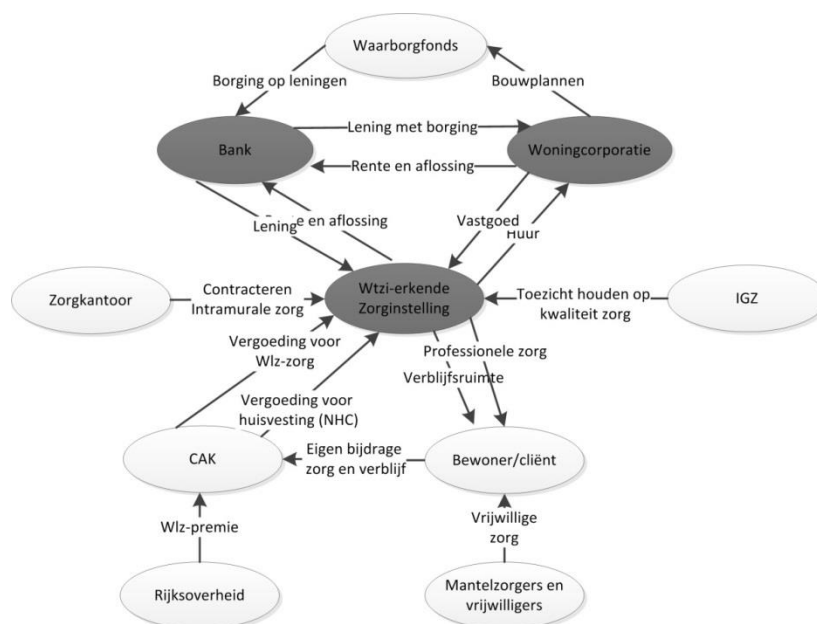
Als voorbereiding voor het invoeren van het scheiden van wonen en zorg is per 2009 dit nacalculatiesysteem afgeschaft en wordt vervangen door de normatieve huisvestingscomponent (NHC). Tussen 2012 en 2018 is een overgangsmodel voor bestaande zorginstellingen opgesteld. Het huidige model dat uitgaat van de kapitaallasten en nacalculatie plaatsvindt wordt afgebouwd en de NHC komt daarvoor in de plaats. In 2012 zal nog 90 procent met nacalculatie en 10 procent met de NHC berekend worden. Vanaf 2018 is dit volledig afgebouwd en worden de huisvestingskosten alleen vergoed door middel van de NHC (zie Figuur 51). Net zoals voor 2012 blijft de overheid de financierder van het gebouw, maar zal dit geld als een component aangeboden worden. De vergoeding is dan ook niet langer gebonden aan een object en individueel berekend, maar zal in de toekomst worden vervangen door

	Nacalculatie	NHC
2011	100%	0%
2012	90%	10%
2013	80%	20%
2014	70%	30%
2015	50%	50%
2016	30%	70%
2017	15%	85%
2018	0%	100%

Figuur 51: Vergoeding van huisvestingskosten (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014)

een vaste productievergoeding per cliënt. De hoogte van de NHC wordt bepaald door “een geïndexeerde jaarlijkse bijdrage die voldoende is om, over de gehele levenscyclus van een nieuwbouw AWBZ-voorziening, rente, afschrijvings- en instandhoudingsuitgaven bij een bezettingspercentage van 97% en bij een vastgestelde investeringsnorm te dekken” (Nederlandse Zorgautoriteit, 2014, p. 2). Het moment van investeren en de vergoeding van de kapitaallasten zijn ontkoppeld, waardoor hogere risico's voor zorginstellingen ontstaan. De hoogte van het NHC was gebaseerd op een normale productie en een normale omvang van de activa en de daarmee samenhangende kapitaallasten, maar wordt nu gekoppeld aan de werkelijke zorgproductie van een cliënt met een bepaald zorgzwaartepakket. Dit betekent dat als er geen cliënten zijn, er ook geen vergoeding is voor de huisvestingskosten. Ouderdom of de staat van de huisvesting spelen geen rol bij de bepaling van de hoogte van de NHC, maar vanaf 2019 kan het zorgkantoor wel korten als ze van mening zijn dat de kwaliteit onder de maat is.

In het web van organisaties die een rol spelen bij de intramurale zorg, vormt de WTZi-erkende zorginstelling het middelpunt (zie Figuur 52). Zij organiseren het vastgoed en de zorg om deze als totaalpakket te leveren aan de cliënt. Ze hebben alleen te maken met de CAK (betaling) en het zorgkantoor (inkopen zorg) om de zorg te kunnen financieren. De cliënt betaalt alleen een eigen bijdrage aan de zorg en verblijf aan het CAK.



Figuur 52: Actoren en relaties intramurale voorzieningen

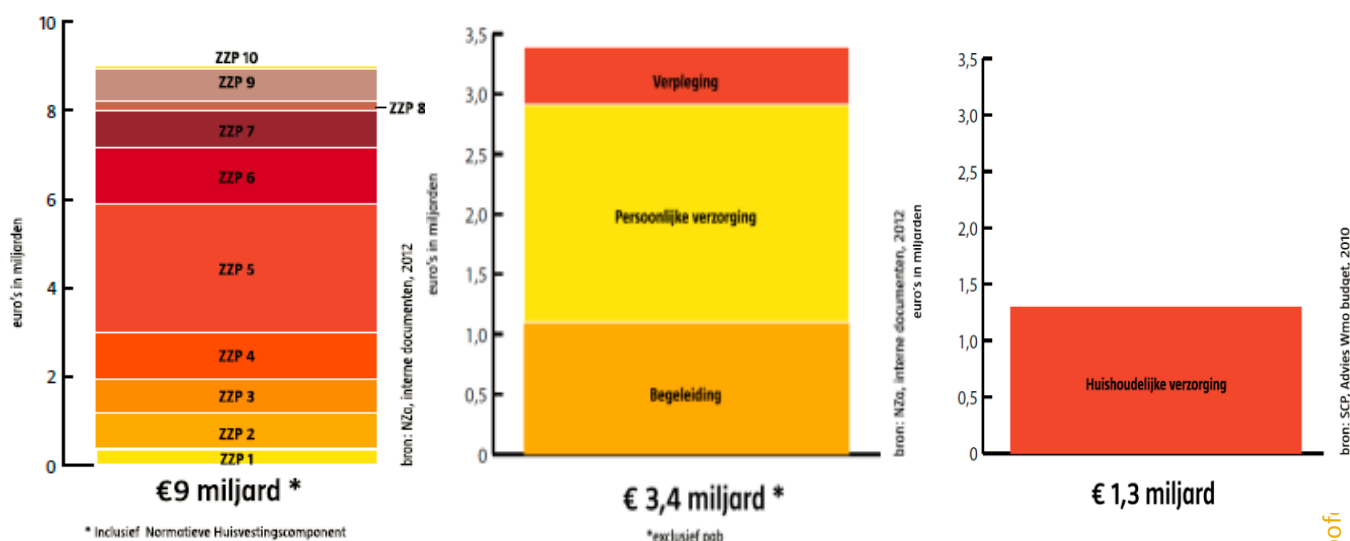
Het toekennen van de functie verblijf met de daarbij behorende zorgzwaartepakket betekent dan ook niet dat men ook daadwerkelijk in een intramurale voorziening moet gaan wonen om de benodigde zorg te ontvangen. Indien de cliënt besluit om niet in een intramurale instelling te gaan wonen, maar de zorg thuis (huur of koopwoning) te ontvangen, wordt de zorg uit de Wlz gefinancierd door het volledig pakket thuis (VPT), met een persoonsgebonden budget (PGB) of met een modulair pakket thuis (MPT). Bij het Volledig Pakket Thuis (VPT) levert de zorginstelling thuis de zorg uit het zorgzwaartepakket bij de cliënt thuis en kan alleen worden uitgevoerd door instellingen die een toelating hebben tot de functie ‘verblijf’ en daarvoor een contracteerafspraak hebben met het zorgkantoor. (Heumen, Straatsma, Huibers, Jans, & Krijger, 2009). Thuis betekent dat het geen intramurale instelling betreft, dus dat kan ook een kleinschalige woonvorm zijn of een privaat verpleeghuis. De zorg wordt dan betaald uit de Wlz/AWBZ, maar de huur of hypotheek moet de cliënt zelf betalen (College voor zorgverzekeringen, 2014). PGB voor zorg met verblijf (uit de Wlz) kan dus ook net zoals PGB uit de Wmo of Zvw worden gebruikt voor extramurale woonzorgverblijven.

De WTZi-erkende zorgorganisatie is niet verplicht om het VPT aan te bieden (Aedes-Actiz, 2012). De tarieven voor de vergoeding van deze zorg zijn iets lager dan als dezelfde zorg in een intramurale instelling zou worden aangeboden. De andere optie is om te kiezen voor het Persoonsgebonden Budget (PGB). Het PGB is vergelijkbaar met VPT, alleen heeft daarbij de cliënt meer zeggenschap over het budget omdat hij of zij zelf optreedt als werkgever. De cliënt kan zelf de zorg regelen en inkopen en kiest zelf de hulpverlener of begeleider (College voor zorgverzekeringen, 2014). Er is

geen regelgeving voor particulieren die op deze manier zorg leveren, al mogen alleen mensen met een BIG-registratie voorbehouden (verpleegkundige) handelingen uitvoeren. Alle andere handelingen hoeven niet per se uitgevoerd worden door iemand die hiervoor een opleiding heeft gevolgd, maar kan ook een huisgenoot of buurman zijn. De vergoeding van PGB kan wel zo'n 30 procent lager liggen dan zorg in natura (Herderscheê, 2011), waardoor het niet gebruikelijk is om uit de PGB een professional in te huren via een AWBZ-erkende instelling. De betaling van professionals uit het PGB valt wel buiten de inkoop van het zorgkantoor, waardoor op deze manier een instelling meer zorg zou kunnen leveren dan waarvoor ze via ZiN-AWBZ vergoed krijgen. Organisatorisch kan het complex worden, omdat de cliënt zelf zorgverleners moet zoeken en vervanging moet regelen als de zorgverlener ziek is. Zeker voor complexe zorgvragen kan dit nog wel eens problemen opleveren omdat er geen professionele hulp is bij het vinden van het personeel (Krijger, 2004). Voor zorginstellingen is PGB-variant niet erg gunstig, omdat ze naast een lagere vergoeding ook pas een vergoeding krijgen als de cliënt de zorg afneemt (Krijger, 2004). Het is ook mogelijk om een combinatie te maken van beide financieringssystemen. Deze variant wordt ook wel het modulair pakket thuis genoemd.

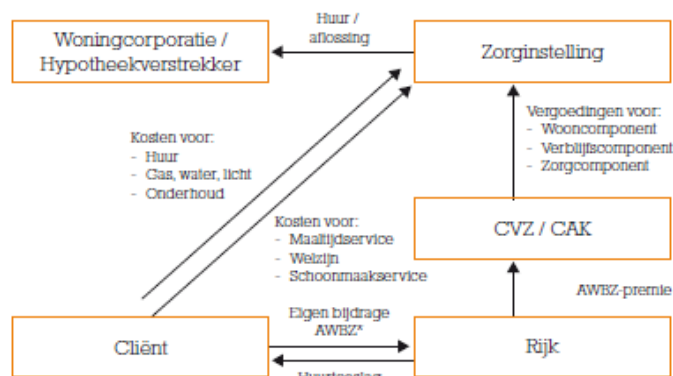
2.3.3 Veranderingen indicaties en vergoedingen intramurale zorg

De totale kosten voor intramurale zorg liggen veel hoger dan de totale kosten voor extramurale zorg (zie Figuur 53), terwijl veel meer mensen gebruik maken van de extramurale zorg. Om overheidskosten te besparen is besloten om per 1 januari 2013 geen verblijf meer te vergoeden voor mensen met Verpleging en Verzorging Zorgzwaartepakket 1 en 2. Sinds 1 januari 2014 is ook Verpleging en Verzorging Zorgzwaartepakket 3 vervallen. In 2016 zal ook Verpleging en Verzorging Zorgzwaartepakket 4 vervallen en in 2017 wordt verwacht dat de ZZP's die wel nog recht hebben op verblijf (vanaf ZZP 5) centraal worden geïndiceerd en ingekocht (CIZ, 2013). Dit betekent dat deze mensen geen recht meer hebben op een verblijf in een intramurale instelling, maar dat ze een indicatie krijgen op basis van de vier andere (extramurale) functies. Instellingen waar nieuwe mensen met deze gebreken wonen, hebben niet langer recht op vergoeding van de huisvestingskosten vanuit de AWBZ (TNO, 2013). De mensen die wel al een dergelijke indicatie hebben behouden het recht op verblijf in een instelling (Rijn, 2013). Voor deze groep is een overgangsregeling geformuleerd. De mensen die op dit moment een indicatie hebben met een lage ZZP (VV ZZP 1 t/m 3) behouden tot 1 januari 2016 het recht op verblijf via de Wlz. Indien ze niet voor deze datum in een intramurale instelling verblijven, vervalt dit recht. Indien de cliënt nog indicatie VV ZZP 1, 2 of 3 heeft en niet voor 1 januari 2016 intramuraal woont of helemaal nog geen ZZP-indicatie heeft, is het alleen mogelijk om intramuraal te gaan wonen met een hoge ZZP indicatie (ZZP 4 tot en met 10) onder de Wlz (Hervorming langdurige zorg, 2014). Zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging 9a (Geriatrische revalidatie) zal ook niet langer worden vergoed uit de AWBZ, maar door de zorgverzekeraar.



Figuur 53: Totale uitgaven intramurale zorg, extramurale zorg en huishoudelijke hulp (Actiz, 2010)

Het scheiden van wonen en zorg is een gevolg van de ouderen die in de toekomst de indicaties ZPP 1 tot en met 4 toegewezen zouden krijgen en dit vanaf 2013, 2014 of 2016 niet meer krijgen. Voor deze mensen worden niet langer de kosten voor het verblijf betaald, maar moeten deze mensen dit zelf betalen. De cliënt kan er voor kiezen om thuis te blijven wonen of een woning gaan huren bij een zorginstelling of woningcorporatie en de zorg te krijgen vanuit de Wlz, Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). De kosten voor huur, gas, water, licht en onderhoud worden dan niet langer betaald uit de Wlz, maar komen voor rekening van de cliënt. Men zou wel vanuit het Rijk huursubsidie kunnen krijgen als bijdrage in deze woonkosten (zie bijlage 3.3). Ook de services die worden aangeboden, zoals maaltijdservice, welzijn en schoonmaakservice dient de cliënt rechtstreeks te betalen bij de zorginstelling (zie Figuur 54). Zoals de plannen er nu uit zien komt er ook geen vergoeding voor zorginstellingen voor de gemeenschappelijke ruimten, zorginfrastructuur en overhead, de zogenaamde mini-NHC (TNO, 2013).



Figuur 54: Geldstromen als gevolg van het scheiden van wonen en zorg (ING Economisch Bureau, 2013)

Bestaande woonzorgvoorzieningen die niet meer betaald kunnen worden met ZPP's moeten het wonen en de zorg gaan scheiden, net zoals bij extramurale woonzorgvoorzieningen. Het ene contract is een zorgovereenkomst voor de zorg en ondersteuning die geleverd wordt; dit kan bij de zorgaanbieder. Het wooncomponent kan zowel geleverd worden door de eigenaar van het vastgoed (bijvoorbeeld een woningcorporatie) als de zorgorganisatie die de woningen doorverhuurt. Hiervoor dient in beginsel een los huurcontract te worden afgesloten met de woonzorgvrager (zie Figuur 55). De huur wordt bepaald aan de hand van het Woningwaarderingstelsel en de huurder kan daarvoor huurtoeslag aanvragen.



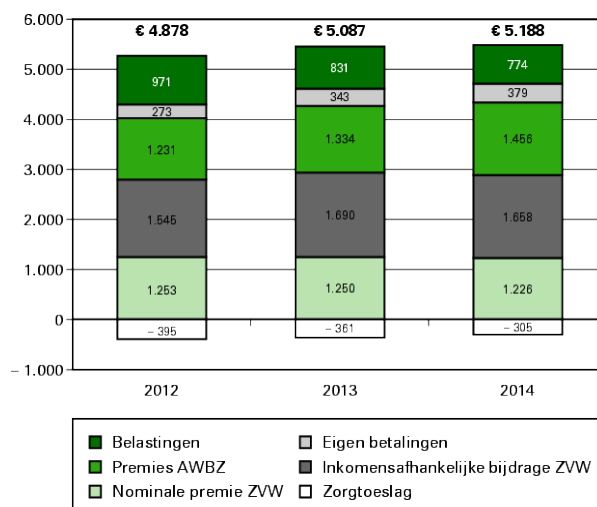
Figuur 55: Bij een scheiding van 'wonen en zorg' koopt een woonzorgvrager 'wonen' en 'zorg' afzonderlijk in (Beld & Zalk, 2010)

De gevolgen van deze veranderingen is dat de vraag naar verzorgingshuisplaatsen zal afnemen, omdat de hoogte van de vergoedingen die de zorgaanbieders kregen voor het huisvesten van mensen met een indicatie ZPP 1 tot en met ZPP 4 niet op te brengen is door de zorgvrager zelf. Ruim 70.000 mensen hebben op 1 januari 2014 een indicatie van ZPP 1, 2, 3 of 4 (CIZ, 2014). Verzorgingshuizen gingen er vanuit dat het aantal potentiële cliënten in de toekomst alleen maar verder zou groeien. Ouderen die vanaf dan een dergelijke indicatie zouden krijgen, moeten dan zelf de kosten dragen voor de huur, woonservicekosten en aanvullende diensten. Het gevolg is dat ouderen andere keuzes gaan maken omdat ze niet alle services kunnen of willen betalen. Niet alle gebouwen en locaties zijn geschikt om de capaciteit (rendabel) voort te zetten of de gebouwen te transformeren voor andere organisatievormen of functies. De verwachting is dat door deze maatregel zo'n 20.000 tot 40.000 appartementen of kamers leeg komen te staan (Elsen, 2012). Door de extramuralisering neemt de vraag naar zelfstandige woningen sterk toe. Dit kan voor een deel gerealiseerd worden in de oude verzorgingshuizen. Aangezien bewoners van zelfstandige woningen

met een laag inkomen huurtoeslag kunnen ontvangen, kan verwacht worden dat door het scheiden van wonen en zorg veel meer aanspraak wordt gedaan op deze regeling.

2.4 Wettelijke gronden

De drie belangrijkste wetten waarin de zorg voor ouderen zijn geregeld zijn de zorgverzekeringswet, de AWBZ/Wlz en de Wmo. Het grootste deel van het bruto-BKZ wordt uitgegeven aan de Zorgverzekeringswet (54 procent), maar ook de AWBZ heeft hier een groot aandeel in (38 procent). Gemiddeld betaalt de burger per jaar bijna 5.200 euro aan collectieve zorg in 2014 (zie Figuur 56). De grootste bijdrage komt uit de inkomensafhankelijke bijdrage, waarvan een klein deel wordt betaald door de burgers (gepensioneerden en zelfstandigen) en voor het grootste deel door werkgevers. Hoeveel de burger betaalt aan zorg verschilt per persoon. De huishoudens met een hoog inkomen betalen meer dan de mensen met een laag inkomen, omdat de meeste kosten inkomensafhankelijk zijn. Gemiddeld krijgen Nederlanders 305 euro per jaar aan zorgtoeslag als tegemoetkoming in de kosten voor de Zorgverzekeringswet. Of een burger zorgtoeslag krijgt is niet alleen afhankelijk van het eigen inkomen, maar ook het inkomen van de partner. In de vorige paragraaf is al uitgebreid ingegaan op de gronden waarop ouderen zorg kunnen krijgen en welke veranderingen hierin hebben plaatsgevonden. Deze ontwikkelingen zijn in Figuur 57 weergegeven. In deze paragraaf wordt dieper ingegaan op de inhoud van de Zorgverzekeringswet (paragraaf 2.4.1), de AWBZ/Wlz (paragraaf 2.4.2) en de Wmo (paragraaf 2.4.3).



Figuur 56 : Lasten per volwassene aan zorg in 2012, 2013 en 2014 in euro's per jaar (Rijksoverheid, 2014)

Jaartal Wet	Tot 2003	2003-2006 AWBZ	2007-2015 Wmo	AWBZ	2015 - > Wmo	ZVW	Wlz
Soorten zorg	Verpleeghuiszorg	Persoonlijke verzorging		Persoonlijke verzorging	→	Persoonlijke verzorging	
	Verzorgingshuiszorg	Huishoudelijke verzorging	→ Huishoudelijke verzorging		Huishoudelijke verzorging		
	Gehandicaptenzorg	Verpleging		Verpleging	→	Verpleging	
		Activerende begeleiding		Begeleiding	→	Begeleiding	
		Ondersteunende begeleiding					
		Behandeling		Behandeling	→	Behandeling	
		Verblijf		Verblijf (ingedeeld in ZZP 1 t/m 10)			Verblijf (ZZP 1 t/m 3/4 vervalt vanaf 2013/2014)
Indicatie instelling			Gemeente	CIZ	Gemeente	Verpleegkundige (zorgplan)	CIZ

Figuur 57: Schematische weergave van veranderingen in zorgfinanciering

2.4.1 Zorgverzekeringswet

In de zorgverzekeringswet is opgenomen dat iedereen die verzekerd is door de AWBZ verplicht is om een zorgverzekering af te sluiten voor een publiek vastgesteld basispakket. Het Zorgverzekeringsfonds vergoedt geheel of gedeeltelijk veelgebruikte geneeskundige zorg, zoals geneesmiddelen, huisartsenzorg en medische hulpmiddelen (zie artikel 10, Zorgverzekeringswet). De uitgaven lopen met name via de zorgverzekeraars die de zorgaanbieders betalen voor de zorg die de verzekerde heeft ontvangen. Daarnaast wordt een klein deel van de zorgkosten, de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage, betaald uit het Zorgverzekeringsfonds (Rijksoverheid, 2014). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) controleert of niet-verzekerde zorg ook niet wordt vergoed uit het Zorgverzekeringsfonds (NZa, 2014). De premie, die in het fonds wordt opgenomen, wordt betaald uit de (1) nominale premie, (2) de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en (3) de algemene rijksbijdrage (hoofdstuk 5, Zorgverzekeringswet). De nominale premie is de premie die de verzekerde aan de risicodragende private zorgverzekeraars. De verzekeraars stellen dan ook de prijs voor het basispakket vast, waardoor de prijzen tussen verzekeraars kunnen verschillen. De nominale premie van een verzekeraar is voor iedereen gelijk, ongeacht leeftijd, sekse, afkomst, inkomen of zorggebruik. De overheid betaalt zorgtoeslag om huishoudens met lage en middeninkomens te compenseren voor de nominale premie. Bij loon, pensioen of uitkering wordt de inkomensafhankelijke bijdrage geïnd door de werkgeversheffing (7,5 procent, prijspeil, 2014) en de eigen bijdrage die wordt ingehouden op het loon of uitkering (5,4 procent, prijspeil 2014). Indien er andere inkomsten zijn, zoals alimentatie of winst uit eigen bedrijf, dan wordt er 5,4 procent van het loon (prijspeil 2014) betaald via een aanslag Zorgverzekeringswet. Het maximumbedrag van de inkomsten waarover dit wordt geheven is 54.414 euro per jaar (prijspeil 2014) (Belastingdienst, 2014).

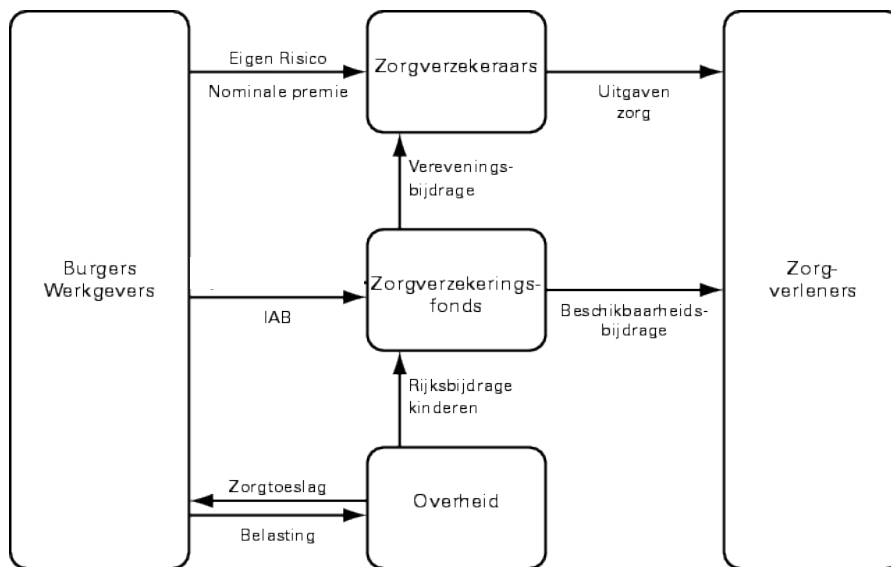
Door betaling van de verzekeringspremie heeft de zorgverzekeraar een zorgplicht voor de verzekerde die als volgt luidt:

De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

(Artikel 11, Zorgverzekeringswet)

De inhoud en omvang van prestaties van de zorgverzekeraar worden bij algemene maatregel van bestuur nader geregeld. Het kan dus ook zijn dat in sommige *“vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt”* (artikel 11, lid 3, Zorgverzekeringswet). Dit wordt ook wel de eigen bijdrage genoemd. Voor sommige zorguitgaven moet ook eerst het eigen risico worden verbruikt. Tot dit bedrag moet de verzekerde zelf betalen, terwijl alle kosten daarboven betaald wordt door de zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar mag geen *“verzekeringsplichtige die in zijn werkgebied woont alsmede met of ten behoeve van iedere verzekeringsplichtige die in het buitenland woont”* weigeren (artikel 3, lid 1, Zorgverzekeringswet). Als tegenprestatie van het niet kunnen weigeren van patiënten, kan er verevening plaatsvinden als er verzekeraars zijn die hogere kosten hebben door het aannemen van risicovolle verzekerden. Op basis van het risicoprofielen van de verzekerden en de inkomsten uit het eigen risico en de eigen bijdrage wordt de hoogte van dit bedrag bepaald (Rijksoverheid, 2014). In Figuur 58 is schematisch weergegeven hoe de financieringsstromen tussen burgers/werkgevers, zorgverzekeraars, zorgverzekeringsfondsen, overheid en zorgverleners loopt.



Figuur 58: Financieringsstromen Zorgverzekeringswet (Rijksoverheid, 2014)

Voorheen was het voornaamste belang van zorgverzekeraars dat ouderen niet in instellingen terecht komen waar zij zorg voor dragen, zoals ziekenhuizen en huisartsen. Door de nieuwe taak verdeling van de AWBZ worden zorgverzekeraars ook financieel verantwoordelijk voor de medische zorg, zoals de verpleging en persoonlijke verzorging aan huis. Hierdoor worden de belangen voor zorgverzekeraars indirect groter om in Nederland voldoende voor senioren geschikte woningen te hebben die bijdragen aan meer zelfbeschikking en minder professioneel zorggebruik. Welke zorg iemand nodig heeft wordt vastgesteld door de huisarts of wijkverpleegkundige. Deze verandering in verantwoordelijkheid betekent ook dat er meer kosten gedekt zullen worden uit de Zorgverzekeringswet en dat de premie bij gelijkblijvende overheidsbijdrage omhoog zal gaan.

Ouderen gebruiken, in verhouding tot andere leeftijdsgroepen, veel zorg uit de zorgverzekeringswet, zoals huisartsenbezoeken en medicijnen. De veranderingen in financiering van deze soorten zorg, zoals een hogere inkomensafhankelijke bijdrage of een verhoging van de eigen bijdrage, kunnen invloed hebben op het geld dat ouderen hebben om te besteden aan wonen en langdurige zorg. De eigen kosten van dit zorggebruik kunnen wel beperkt worden door een huisartsenpost in de buurt of gebruik van tele-zorg. Zorgverzekeraars hebben dus wel grote belangen om het zorggebruik te verminderen of in ieder geval de kosten voor de levering van de zorg te verlagen, terwijl het voor oudere zelf dus niet zoveel uitmaakt qua zorgkosten waar ze gaan wonen.

2.4.2 AWBZ en Wlz

De Wet langdurige zorg (Wlz) dient als vervanging van de delen van de AWBZ; de intensieve zorg en toezicht. De bekostiging loopt wel nog via de zorgzwaartepakketten en deze zorg wordt gecoördineerd en gefinancierd door het Rijk. Ook in de Wlz betekent een verblijfsindicatie niet dat de bewoner ook in een intramurale zorginstelling moet gaan wonen. De zorg kan dan geregeld worden met een Volledig Pakket thuis (VPT), persoonsgebonden budget (PGB) of een combinatie van beide (Modulair Pakket Thuis, MPT).

Iedereen die in Nederland “ingezetene” is of “geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen” (artikel 5a en 5b, AWBZ) is verzekerd in de AWBZ en draagt daar aan verplicht bij via een inkomensafhankelijke vaste premie. Dit geld wordt in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten verzameld en uitgekeerd aan de zorgaanbieders. Als instellingen zorg willen verlenen die op grond van artikel 1, onderdeel d van de Zorgverzekeringswet of artikel 6 van de AWBZ vergoed wordt, moeten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) een toelating hebben van de

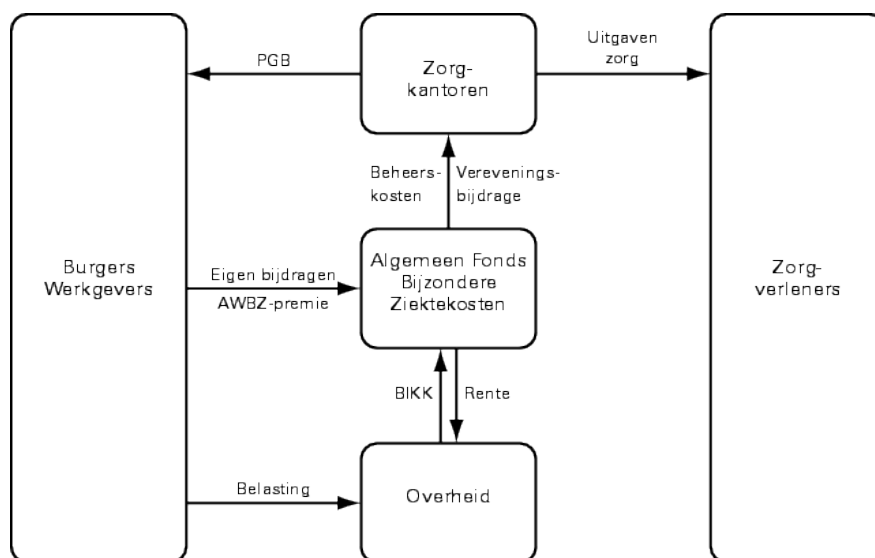
Minister of Staatssecretaris van VWS. Deze Wet regelt hoe de organisatie bestuurt moet worden en wanneer er winst uitgekeerd mag worden. Jaarlijks moet worden verantwoord op welke manier het geld uit de AWBZ en Zorgverzekeringswet is besteed (UZI-register, 2013). Deze eisen worden getoetst door het CIBG als zelfstandige uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS. Deze toelating geeft alleen de mogelijkheid om bepaalde zorg te mogen leveren, maar dit betekent niet dat het dan ook vergoed wordt. Dat is afhankelijk van de inkoop van het zorgkantoor.



Figuur 59: Zorgkantoorregio's 2013 (Zorgverzekeraars Nederland, 2013)

De taak om de AWBZ-gelden te verdelen zijn gemandateerd aan 32 regionale zorgkantoren (zie Figuur 59). Het zorgkantoor koopt voor voldoende en passende zorg in of keert persoonsgebonden budget uit indien de cliënt zelf de zorg wil regelen (Dekker & Ross-van Dorp, 2013). Per regio is één zorgverzekeraar aangewezen die functioneert als zorgkantoor. Dit kantoor werkt voor alle verzekerden in die regio, ook al zijn ze niet bij die verzekeraar aangesloten (CIZ, 2014). Het zorgkantoor ziet er op toe dat er voldoende aanbod is aan zorg in de regio en maakt daarvoor afspraken met de zorgaanbieders. Als er al voldoende AWBZ-zorg is, zou het kunnen dat een bepaalde zorginstelling geen afspraken worden gemaakt. Deze tarieven en volumes worden voor één jaar vastgelegd, waardoor dit veel onzekerheid met zich meebrengt voor de lange

termijn. Het gevolg daarvan is dat leegstand zou kunnen ontstaan (Rijpstra & Janssen, 2013). De zorgkantoren en zorgverzekeraars zijn alleen verantwoordelijk voor de zorg, niet voor huisvesting van de zorgbehoevenden. Het is wel in het belang van de zorgkantoren en zorgverzekeraars om voldoende geschikte woningen in de omgeving te hebben, maar daarvoor moeten ze samenwerking met gemeenten, corporaties en andere partijen (Dekker & Ross-van Dorp, 2013). In Figuur 60 zijn de financieringsstromen tussen burgers/werkgevers, zorgkantoren, AWBZ-fonds, overheid en zorgverlener weergegeven.



Figuur 60: Financieringsstromen AWBZ (Rijksoverheid, 2014)

2.4.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

Sinds 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijk ondersteuning (Wmo) ingevoerd als vervanging van de Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet collectieve preventie. Het doel van de wet is het bevorderen van de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie van mensen. Voorheen deden veel mensen (te) vaak een beroep op de overheid, terwijl de hulpvraag ook goed door de samenleving zelf opgelost kunnen worden. Pas zodra er geen mogelijkheden zijn voor informele hulp (mantelzorgers, vrijwilligers), dan wordt er formele hulp ingeschakeld in de vorm van hulp in de huishouding of een rolstoel. De gemeenten hebben met deze wet nieuwe verantwoordelijkheden gekregen en daarvoor ook instrumenten gekregen om deze naar eigen inzicht vorm te geven. De redenen dat deze taken worden gedelegeerd aan de gemeente zijn dat de gemeente daarvoor ook verantwoordelijk was voor een aantal die met de Wmo samenhangen (zoals werkgelegenheid, inkomen), dat de gemeente dichterbij de burger staat en ook deze beter kent en omdat de gemeenten dichterbij de uitvoerders van de ondersteuning (Timmermans, Gilsing, & Klerk, Het evaluatieonderzoek naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, 2010). In sommige situaties blijft de verantwoordelijkheid voor de vergoeding van huishoudelijke hulp wel bij de AWBZ, zoals voor zorgbehoevenden met een indicatie 'verblijf' die in een instelling wonen, PGB ontvangen of een Volledig Pakket Thuis hebben (CZ Zorgadvies, 2014).

De huishoudelijke verzorging valt sinds 2007 niet langer onder de AWBZ, maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Daarmee ligt de uitvoering niet langer bij de zorgverzekeraar of Rijksoverheid, maar bij de gemeente. Met de komst van de Wmo is er een markt ontstaan waardoor zorgaanbieders veel meer met elkaar moeten concurreren en ze ook een goede prijs- en kwaliteit moeten leveren. Huishoudelijke hulp is door de decentralisering ook niet langer een recht, maar een voorziening die niet juridisch afdwingbaar is. De Wmo, en daarmee de taken van de gemeenten, werden in 2009 uitgebreid met welzijnsactiviteiten. Voorheen waren dit de functies Ondersteunende begeleiding en Activerende begeleiding. Voor een deel van de activiteiten die hieronder vallen kwam de functie behandeling in de AWBZ in de plaats, andere delen worden zogenaamde welzijnsactiviteiten die naar de Wmo gaan en daardoor ook niet langer onder verantwoordelijkheid van Rijksoverheid, maar de gemeente vallen.

De komst van de Wmo 2015 zorgde voor nieuwe regels rondom de maatschappelijke ondersteuning van burgers. In de Wet zijn een aantal prestatievelden opgenomen, waarvan verwacht wordt dat gemeenten deze taak op zich nemen. De negen prestatievelden van maatschappelijke ondersteuning hebben betrekking op sociale samenhang, jeugdpreventie, cliëntondersteuning, vrijwilligers en mantelzorgers, voorzieningen, huiselijk geweld en opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbeleid (Artikel 1, lid g, Wet maatschappelijke ondersteuning). De Gemeenteraad stelt zelf plannen vast om richting te geven aan de manier waarop ze invulling geven aan deze prestatievelden, maar zijn wel verantwoordelijk dat personen met een beperking gecompenseerd worden door voorzieningen waardoor de burger in staat wordt gesteld om *“een huishouden te voeren, zich te verplaatsen in en om de woning, zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan”* (artikel 4, lid 1, deel a tot en met d). Voorbeelden van hulp en voorzieningen die uit de Wmo betaald worden zijn huishoudelijke hulp, aanpassingen in de woning, vervoer in de regio, rolstoel, maaltijdverzorging, maatschappelijke omvang, verhuiskostenvergoeding en hulp aan buurthuizen en verenigingen (Rijksoverheid, 2014). Gemeenten hoeven geen verantwoording af te leggen aan de landelijke overheid, maar moeten wel de burgers informeren over de uitvoering van de Wmo en de tevredenheid van burgers daarover (Timmermans, Gilsing, & Klerk, Het evaluatieonderzoek naar de Wet maatschappelijke ondersteuning, 2010). De voornaamste documenten die gemeenten hiervoor zijn gebruiken zijn klanttevredenheidsonderzoek en Wmo-beleidsevaluaties (Gilsing, 2010).

Het verlenen van maatschappelijke ondersteuning wordt zoveel mogelijk uitbesteedt aan andere partijen, behalve de uitvoering van de huishoudelijke verzorging (Artikel 10, Wet maatschappelijke

ondersteuning). Aangezien gemeenten verantwoordelijk zijn om Wmo diensten in te kopen en deze diensten boven de drempelwaarde zitten, moeten deze Wmo diensten aanbesteed worden volgens de Europese regels (Timmermans, Gilsing, & Klerk, 2010). Uit onderzoek naar het beleid van de gemeenten blijkt dat men een breed scala aan criteria meeneemt bij de gunning; zorgkwaliteit en prijs (beide 95 procent van de gemeenten), keuzevrijheid voor cliënten (93 procent), kennis van de lokale situatie (88 procent) en eerdere ervaringen met de zorgaanbieder (60 procent) (Tuynman & Marangos, 2010). Naast de levering van Zorg in Natura (Zin) kunnen burgers er ook voor kiezen om een persoonsgebonden budget (PGB) te ontvangen om zelf te kunnen bepalen wie zij de huishoudelijke hulp willen laten doen. Dit betekent wel dat de zorgbehoevende zelf iemand moet zoeken die de huishoudelijke hulp wil doen en zelf de salarisadministratie moet doen (Rijksoverheid, 2014). De hoogte van het PGB-budget kunnen gemeenten ook zelf bepalen en daarmee de populariteit van het PGB en Zin sturen. In de AWBZ is bepaald dat 75 procent van het tarief in natura wordt uitgekeerd aan PGB-houders, omdat zij met dit budget net zoveel zorg zouden moeten kunnen inkopen als cliënten met Zin. In ongeveer tweederde van de gemeenten is het PGB-tarief lager dan het Zin-tarief. 23 procent van de gemeenten heeft een even hoog PGB als Zin-tarief en in 3 procent van de gevallen kiest de gemeente voor een hoger PGB-tarief dan Zin-tarief (Tuynman & Marangos, 2010). Voor beide vormen van de huishoudelijke hulp moet een eigen bijdrage worden gedaan. De hoogte hiervan is afhankelijk van het aantal personen binnen het huishouden, de leeftijd van de zorgbehoevende, het verzamelinkomen van de zorgbehoevende en de partner, de zorg, hulp en voorzieningen die men krijgt (Rijksoverheid, 2014). De exacte bijdrage voor de diensten uit de Wmo verschilt per gemeente, aangezien zij de berekening in die regio vaststellen.

Gemeenten gaan met de komst van de nieuwe Wmo zorgen voor de begeleiding en dagbesteding van mensen en de hulp bij het huishouden, het dagelijks leven en een deel van de persoonlijke verzorging, zoals geborgd in de Wmo. De uitzondering hierop is de begeleiding en persoonlijke verzorging in intramurale instellingen. Het Rijk stopt het zorgbudget in het Gemeentefonds, een al langer bestaand fonds dat wordt gevuld met belastingen van het Rijk en waar gemeenten hun uitgaven mee betalen. De budgetten voor de huishoudelijke hulp zijn met de komst van de Wmo 2015 gekort met 32 procent en op de functie begeleiding wordt 11 procent gekort te op zichtte van de budgetten die het Rijk daarvoor gereserveerd had (Koster, 2014). Gemeenten mogen zelf bepalen waar ze het geld aan besteden. Hoeveel geld ze uit het gemeentefonds krijgen is afhankelijk van het aantal inwoners, het aantal jongeren, het aantal uitkeringsgerechtigden, de oppervlakte van het land en de grootte van de watergebieden (Rijksoverheid, 2014). Gemeenten voeren het welzijnsbeleid uit en zijn verantwoordelijk voor vervoersvoorzieningen en verstrekking van hulpmiddelen. Naast de woningbouw en openbare ruimte hebben gemeenten ook verantwoordelijkheden op het gebied van aanvullende mogelijkheden om langer zelfstandig thuis te wonen met zorg en diensten aan huis. Door de vele taken die de Gemeente heeft zijn ze vaak een regievoerder voor wonen, zorg en welzijn op lokaal niveau. Ze brengen de verschillende partijen bij elkaar en geven sturing aan het gevolgde beleid (Dekker & Ross-van Dorp, 2013).

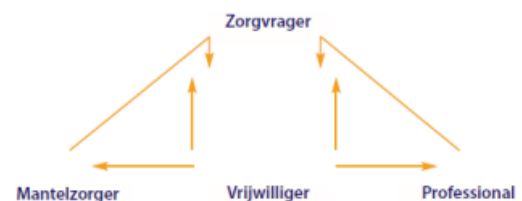
2.5 Informele zorg

De aanwezigheid van beperkingen zorgt er niet altijd voor dat ook echt formele zorg wordt gebruikt. Een groot aandeel van de ouderen doet geen beroep op professionele hulp, omdat zij hulp ontvangen uit hun directe omgeving of zelf (betaalde) hulpkrachten inschakelen (Boer & Klerk, 2006). Mensen met een hoger opleidingsniveau hebben vaker huishoudelijke hulp die ze zelf betalen, terwijl laagopgeleiden ouderen vaker informele hulp krijgen van kennissen, burens en familieleden (Geerlings, Broese van Groenou, & Deeg, 2004). Dit heeft niet alleen te maken met de hogere koopkracht van hogeropgeleiden, maar ook met het gegeven dat hoogopgeleide ouders gemiddeld op grotere afstand van hun kinderen wonen dan laagopgeleide ouders (Mulder & Kalmijn, 2004). Zorgbehoevende laagopgeleide ouderen krijgen dan ook relatief vaak hulp van hun kinderen (Broese van Groenou M., 2004).

Mantelzorgers en vrijwilligers worden gezien als een belangrijke en onmisbare bijdrage aan de langdurige zorg (Struijs, 2006). Mantelzorgers zullen door het overheidsbeleid, waarin men streeft naar een participatiesamenleving, een steeds groter wordende rol moeten spelen. Mantelzorgers zijn *‘een partner, familielid, buur of vriend waarmee een hulpbehoevend persoon al een emotionele band heeft’* (Doekhie, Veer, Rademakers, Schellevis, & Francke, 2014). Ze geven langdurige zorg aan een hulpbehoevende die niet wordt verleend *“in het kader van een hulpverlenend beroep”* (Broese van Groenou M. , 2012). Een verschil tussen vrijwilligers en mantelzorgers is dat de zorgverlening door mantelzorgers niet als vrije keus wordt gezien, maar vloeit voort uit de sociale relatie (Kwekkeboom, 1990). Een vrijwilliger is dan ook *‘een persoon waarmee de hulpbehoevende bij de start nog geen emotionele band heeft’* is. Als er nog geen emotionele band met de hulpbehoevende heeft wordt dit ook gezien als een vrijwilliger (Boer & Klerk, 2013; Struijs, 2006). Vrijwilligers kunnen verschillende taken op zich nemen. Ze worden vaker ingezet om (tijdelijk) mantelzorgers te vervangen of om de zorglast voor de mantelzorger te verlichten. Ze kunnen ook professionele zorgverleners ondersteunen door avondverzorging op zich te nemen (Struijs, 2006). Ze worden vaak gepositioneerd tussen de mantelzorger en professional in (zie Figuur 43).

Type zorg	Percentage
Huishoudelijke hulp	73
Persoonlijke verzorging	28
Verpleging	29
Steun en toezicht	71
Begeleiding bij administratie	57
Begeleiding bij bezoeken buitenshuis	75

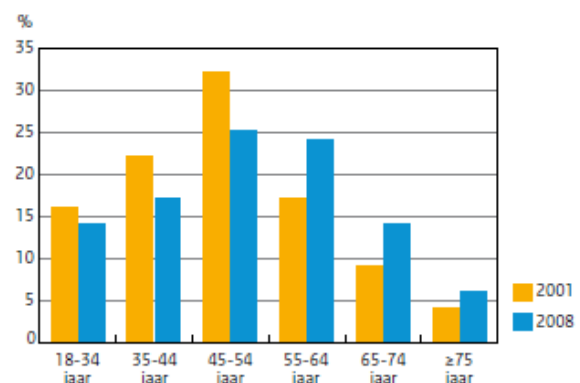
Figuur 43: Type zorg dat mantelzorgers geven (Pommer, 2014)



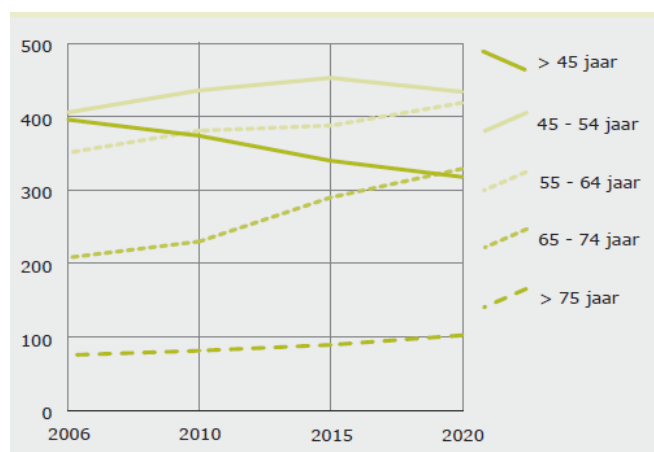
Figuur 61: Positie van de vrijwilliger en mantelzorger in de zorgdriehoek (Gorp & Steenberg, 2004)

In 44 procent van de gevallen is de belangrijkste mantelzorger de partner. Daarnaast zijn in elk 10 procent van de gevallen de ouders, kinderen en andere familie de belangrijkste mantelzorgers. In 25 procent van de gevallen betreft het geen familie. De meeste mantelzorgers geven huishoudelijk hulp, steun en toezicht en begeleiding bij bezoeken buitenshuis. Persoonlijke verzorging en verpleging wordt maar in een beperkt aantal gevallen door de mantelzorger uitgevoerd (Pommer, 2014). Een vrij beperkt deel van de kinderen besluit om de ouder in huis te nemen. 8 procent van de ouderen woont samen met de kinderen en krijgt op die manier informele hulp. Dit is relatief laag als bijvoorbeeld wordt vergeleken met het Verenigd Koninkrijk, waar 16 procent van de 60plussers bij de kinderen inwoont (Tinker, Ginn, & Ribe, 2013).

In de periode van 1991 tot 2007 is het aantal mensen dat zorg bieden gestegen van 12 naar 15 procent. Totaal zou dit neerkomen op ruim 1,5 miljoen actieve mantelzorgers die intensief of langdurige hulp geven (Houwen, 2010). Misschien is dit aantal nog veel hoger, aangezien veel mensen die hulp geven zich niet als mantelzorger herkennen (Boer & Mootz, 2010). Het aandeel mannen dat mantelzorg geeft is lager dan vrouwen



Figuur 62: Leeftijdsverdeling van mantelzorgers in 2001 en 2008
Bron: (Oudijk, Boer, Woittiez, Timmermans, & Klerk, 2010)



Figuur 63: Aantal verleners van informele zorg, naar leeftijdsklasse, 2006-202 (x1.000) (Timmermans & Sadiraj, Ramingen informele zorg, 2007)

(Oudijk, Boer, Woittiez, Timmermans, & Klerk, 2010). Bovendien geven zij, vergelijken met vrouwen, vaak minder directe en meer een ondersteunde hulp aan anderen, zoals het verwijderen van drempels in huis of zorgen voor vervoer (Kruijswijk, 2010). In Figuur 44 is te zien dat ongeveer de helft van de mantelzorgers in Nederland is tussen de 45 en 65 jaar en het aandeel groeiende is (Oudijk, Boer, Woittiez, Timmermans, & Klerk, 2010). Van de 50-plussers verleent 31 procent mantelzorg en besteedt daaraan ruim veertien uur per week. Het overgrote deel, 69 procent, doet dit dus niet (Kasper, Nelissen, & Webers, 2012). Er zijn nog 300.000 mensen van 65 jaar of ouder die mantelzorg verlenen (Pommer, 2014). Als er verder in de toekomst kijken blijkt dat het aanbod van personen die mantelzorg verlenen jonger dan 55 jaar af gaat nemen, terwijl het aanbod van personen boven die leeftijd toeneemt (zie Figuur 45). De groep tussen 65 en 74 jaar neemt in omvang toe en wordt met meer dan 300.000 helpers een grote categorie die mantelzorg aan gaat bieden (Penninx, 2008).

De vrijwilligers zijn vaker mensen met een hoger opleidingsniveau, een hoger inkomen, een hogere beroepsstatus, een betere gezondheid en ouderen die regelmatig naar de kerk gaan. De mensen die op vroege leeftijd al vrijwilligerswerk doen, zijn eerder geneigd om dit werk te blijven doen na de pensionering dan de mensen die dat niet eerder deden (Broese van Groenou & Deeg, 2006). Ouderen met een gezondheidsprobleem, laag inkomen en met een klein netwerk zijn veel minder geneigd om vrijwilligerswerk te doen (Breedveld, Klerk, & Hart, 2004). Mensen die wonen in flats en portiekwoningen die zijn gelegen in etnische samengestelde buurten in (groot-)stedelijke gebieden zijn het minst geneigd om maatschappelijke inzet te tonen. Dit komt omdat deze mensen vaak minder buurtcontacten hebben en een grotere mate van eenzaamheid hebben dan andere senioren (Thomese, 2007). Uit onderzoek van Lammerts e.a. (2006) blijkt dat op het platteland betere condities zijn voor maatschappelijke inzet en participeren ouderen veel vaker in de dorpsamenleving. Kanttekening hierbij is dat dit vooral geldt voor de grotere kernen. De kleinere kernen hebben te maken met een afname van voorzieningen, dat er voor zorgt dat de eenzaamheid toeneemt en uiteindelijk de maatschappelijke inzet verslechterd (Lammerts, Tan, & Wonderen, 2006).

In verschillende definities wordt aangegeven dat de zorg die verleend wordt door mantelzorgers en vrijwilligers onbetaald is, terwijl dit niet altijd zo wordt ervaren en er vaak ook nog betaald wordt uit PGB (Struijs, 2006). Sommigen zien informele zorg dan ook als geïndiceerde zorg en vinden deze zorg zo belangrijk dat ze PGB hebben aangevraagd om de zorggever te betalen. 20 procent van de mantelzorgers stopt met de zorg als zij daarvoor niet meer betaald zouden worden. 62 procent geeft aan dat ze zeker doorgaan ook als ze geen PGB meer ontvangen (Ramakers & Wijngaart, 2005). Het ontvangen van een vergoeding voor de zorg die men levert wordt niet overal positief ontvangen. Van de ene kant geeft men aan dat ze zich daardoor gewaardeerd voelen als verzorger, terwijl ze aan de andere kant een grotere druk ervaren om professionele kwaliteit te leveren en ze niet altijd bedankt werden voor hun zorg (Grootegeod, Knijn, & Roit, 2010).

De rol die mantelzorgers en vrijwilligers spelen in de zorg voor de ouderen verschillen sterk; de ene familie voelt zich veel meer betrokken bij de ouder dan de ander. De overheid gaat er van uit dat familie en burens de zorg sterker op zich nemen. Sommige woonvoorzieningen zijn sterk afhankelijk van de informele zorgers, terwijl in andere woonvormen de zorg volledig wordt overgenomen door professionals.

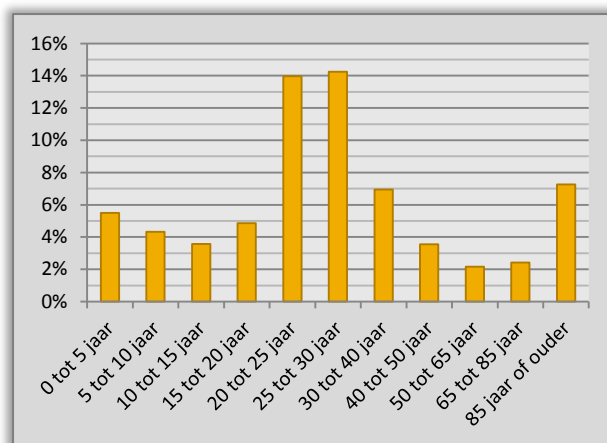
3 Woningmarkt

3.1 Inleiding

De woningmarkt onderscheidt zich van andere markten door de hoge mate van overheidsregulering op verschillende overheidsniveaus (Klaauw & Kock, 1994). Met het overheidsbeleid probeert de overheid de betaalbaarheid, de kwaliteit van de woon- en leefomgeving en de beschikbaarheid af te stemmen op de vraag. Daarnaast probeert de overheid de woningmarkt op die manier te beïnvloeden dat er geen segregatie optreedt en de woonconsumptie en de beschikbare woningen over huishoudens wordt verdeeld (Piljic, 2013). De afstemming tussen de vraag en het aanbod is dan ook sterk gebonden aan deze institutionele beperkingen. De woningmarkt opereert door een interactie van voorkeuren, mogelijkheden en beperkingen (Hooimeijer & Linde, 1988).

3.2 Woonruimteverdeling

In de klassieke economische theorie wordt er van uitgegaan dat altijd wordt gestreefd naar nutsoptimalisatie. Hiervan uitgaande zou de woningkeuze een resultaat zijn van het streven naar het maximaliseren van het nut beperkt door het gegeven inkomen. De combinatie van woondiensten en andere uitgaven zal zo moeten worden gekozen dat er maximaal nut wordt behaald (Boumeester, 2004). Het nut, de waardering voor de woning en de woonomgeving, kan worden bepaald door interne bronnen (verandering van behoeftes en ambities) of externe bronnen (omgeving) (Popp, 1976). Het wonen wordt door Priemus (1969) dan ook gedefinieerd als *“voortdurend trachten de woonsituatie in overeenstemming te brengen met het aspiratiebeeld, dat bepaald wordt door afweging van de aanwezige praktische mogelijkheden, en voortdurend trachten het aspiratiebeeld in overeenstemming te brengen met het subjectieve ideaalbeeld, dat het resultaat is van de afweging van de aanwezige theoretische mogelijkheden”* (Priemus H. , 1969, p. 14). Deze kosten-baten vergelijking tussen de huidige situatie en de mogelijke toekomstige situatie kan er toe leiden dat mensen gaan verhuizen als de waardering voor de huidige woonsituatie lager is dan een bepaalde drempelwaarde (Wolpert, 1965). Nederlanders zijn in het algemeen tamelijk honkvast; de verhuigeneidheid van mensen in Nederland is veel minder sterk dan in andere delen van de wereld (Hoogvliet, 1992). Zeker de oudere leeftijdsgroepen zijn veel minder geneigd om te verhuizen en verhuizen ook veel minder vaak (zie ook Figuur 50). De mensen die op een gegeven moment verhuisplannen hebben komen vaak veel later dan verwacht of gehoopt toe aan het verhuizen (Priemus H. , 1984).



Figuur 64: Percentage mensen in leeftijdsgroep dat in 2013 verhuisd is. Eigen bewerking van Ongeldige bron opgegeven.

Het feit dat mensen veel later verhuizen kan er mee te maken hebben dat de woning waarvoor ze zouden willen gaan verhuizen niet beschikbaar is of (nog) niet toegankelijk. Op het moment dat een huishouden wil en kan verhuizen, is het noodzakelijk dat de woning die men wenst en kan veroorloven, daadwerkelijk beschikbaar is (Mulder & Hooimeijer, Residential Relocations in the life course, 1999). Ook moet het huishouden op de hoogte kunnen zijn dat de voor hen acceptabele woning beschikbaar komt (Boumeester, 2004). De beschikbaarheid van een woning zorgt er niet per definitie voor dat de woning ook toegankelijk is, want niet alle huishoudens hebben toegang tot de woningen die op de woningmarkt beschikbaar komen. De toegankelijkheid is ook niet voor ieder huishouden even groot (Hooimeijer & Linde, 1988). Hierbij spelen ‘conditioning careers’, ook wel hulpbronnen genoemd, een rol. Deze hulpbronnen bepalen wat voor woning het huishouden wil, maar ook wat voor woning ze kunnen krijgen (Mulder C. , 1993). De toegankelijkheid, de mate waarin de hulpbronnen

mogelijkheden of beperkingen veroorzaken, wordt beïnvloed door personen én instanties die barrières opwerpen bij de zoektocht naar een geschikte woning (Clapham & Kintrea, 1984; Short, 1978)

De barrières die opgeworpen worden door personen wordt veroorzaakt door de concurrentie tussen de huishoudens. Deze concurrentie wordt door Priemus (1984) omschreven als *“het verschijnsel dat sterkere partijen zich in het algemeen meester weten te maken van woningen die hoog in de woning hiërarchie staan, en zwakkere partijen met woningen genoeg moeten nemen die laag in de hiërarchie staan”* (Priemus H. , 1984, p. 278). De sterkere groepen zijn huishoudens met een *“hoog inkomen, gunstige inkomensperspectieven, goed opgeleiden en/of een jeugdige leeftijd (resp. gezinsfase)”* (Priemus H. , 1984, p. 279). Er wordt dan ook vanuit gegaan dat mensen met de hoogste inkomens ook in de beste woningen wonen en dus tegelijkertijd de laagste inkomens ook de slechtste woningen hebben. Dieleman (1986) concludeerde dan ook dat het inkomen een van de belangrijkste factoren is bij de keuzes die men op de woningmarkt heeft (Dieleman, 1986).

De toegankelijkheid van woningen hebben ook te maken met barrières die opgeworpen worden door instanties, zoals het toewijzingsbeleid, het bouwbeleid en de financieringsmogelijkheden (Bouwmeester, et al., 2008). De woonruimteverdelingsregels die opgesteld worden door de overheid kunnen hier een grote rol in spelen. Dit geldt met name voor de sociale-huursector en de sociale-koopsector, omdat de gemeente regels kan vaststellen waar welke soort woningen worden gebouwd (Bouwmeester, 2004). Ook zijn er inkomensrestricties om een sociale huur- of koopwoning te mogen bewonen (Aedes, 2013), waardoor een hoog inkomen juist zorgt voor een beperking. Daarnaast bestaat er vaak een wachtlijst of wordt er geloot om in aanmerking te komen voor een sociale huurwoning. Vaak wordt er ook een leeftijdsrestrictie gesteld of moet men een bepaalde zorgindicatie hebben om in aanmerking te komen voor een woning. Deze regels moeten er voor zorgen dat de barrières die optreden door concurrentie tussen huishoudens (gedeeltelijk) wordt gecorrigeerd. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op manier waarop woningen in Nederland worden gefinancierd en welke effecten dat heeft op de toegankelijkheid van woningen.

Om de woningmarkt in te kunnen delen zijn twee factoren relevant. Het eerste criterium is de scheiding tussen de profit en non-profit sector. Daarnaast is het belangrijk om te kijken naar het eigendom (beschikkingsrecht) en het gebruik (genotsrecht). Eigenaar en gebruiker kunnen dezelfde persoon zijn, maar het zou ook kunnen dat de gebruiker een andere persoon is dan de eigenaar (Schaar, 1987). Uit deze differentiering ontstaan vier typen (zie Figuur 51).

		Profit	Non-profit
Eigendom en gebruik gescheiden?	Ja	Profit huursector	Non-profit huursector
	Nee	Profit koopsector	Non-profit koopsector

Figuur 52: Indeling woningmarkt (Schaar, 1987)

De grenzen vervagen tussen de profit en non-profitsector door privatisering en deregulering en door het ontstaan er hybride eigendomsvormen is het ook niet langer zo scherp te stellen in welke mate eigendom en gebruiker dezelfde persoon zijn (Smeets, 2006). Toch wordt deze indeling in niet-commerciële/sociale huur- en koopsector en de commerciële/particuliere huur- en koopsector nog veelvuldig gebruikt (Lamain, 1995) (Bouwmeester, 2004). Vergeleken met andere Europese landen heeft Nederland de grootste relatieve huurwoningmarkt die voor 75 procent bestaat uit sociale huurwoningen (zie Figuur 52). Elke markt heeft andere regels die van toepassing zijn. In de volgende paragrafen wordt ingegaan op de kenmerken en de

Land	% huur-woningen	waarvan sociale huur
Denemarken	19%	51%
Duitsland	5%	8%
Finland	16%	53%
Frankrijk	17%	44%
Nederland	31%	75%
Oostenrijk	23%	56%
Tsjechië	17%	Nb
UK	17%	50%
Zweden	18%	48%

Figuur 53: Verdeling woningmarkt (VTW, 2014)

betrokken actoren van de non-profit en profit woningmarkt. Daarna wordt ingegaan op de ontwikkelingen die gaande zijn die deze markten beïnvloeden.

3.3 Non-profit woningmarkt

Non-profit wordt gebruikt voor organisaties met een ideële doelstelling. Winst en continuïteit worden uitsluitend gezien als middel om deze ideële doelstellingen te bereiken (Smeets, 2006). De woningen in de non-profit sector, ook wel de sociale woningmarkt genoemd, worden met name gerealiseerd door woningcorporaties. Woningcorporaties zijn een soort projectontwikkelaars, maar hebben daarbij geen winstbelang en worden sterk gereguleerd door de overheid. De Rijksoverheid stelt de regels op hoe woningcorporaties hun woningen mogen verhuren of verkopen. In de Woningwet wordt dit als volgt gedefinieerd: *“toegelaten instellingen huisvesten bij voorrang personen die door hun inkomen of door andere omstandigheden moeilijkheden ondervinden bij het vinden van hun passende huisvesting. Bij het in gebruik geven van door hen beheerde woningen met een verhoudingsgewijs lage huurprijs geven zij zo veel mogelijk voorrang aan woningzoekenden die, gelet op hun inkomen, in het bijzonder op die woningen zijn aangewezen”*(artikel 70 c, lid 1 Woningwet). Op het gebied van wonen en zorg dragen ze bij *“aan het volgens redelijke wensen tot stand brengen van huisvesting voor ouderen, gehandicapten en personen die zorg of begeleiding behoeven”*(artikel 12b, Besluit beheer sociale huursector).

3.3.1 Woningtoewijzing

Woningcorporaties kunnen gebruik maken van de borging van het Waarborgfonds Sociale Woningbouw (WSW), waardoor ze goedkoper geld kunnen lenen bij banken (WSW, 2014). Door EU-regelgeving zijn de doeleinden waarvoor woningcorporaties steun mogen ontvangen veel strenger geworden. Overheidssteun, in de vorm van geborgde leningen of subsidies, mogen alleen gebruikt worden voor diensten van algemeen economisch belang (DAEB) zoals bedoeld in artikel 106, tweede lid van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. Dit zijn diensten die anders niet door naar maatschappelijke aanvaardbare voorwaarden worden uitgevoerd of helemaal niet worden opgepakt door de markt. De bouw en de verhuur van sociale woningbouw en maatschappelijk vastgoed zijn middels een besluit in 2009 goedgekeurd als een DAEB. De woningen die worden gebouwd door woningcorporaties met elke vorm van staatssteun dienen dan ook een huur te hebben tot 699,48 euro (prijspeil 2014) en voor 90 procent worden toegewezen aan huishoudens met een maximaal inkomen van 34.678 euro (prijspeil 2014) (artikel 4, lid 1, Tijdelijke regeling diensten van algemeen economisch belang toegelaten instellingen volkshuisvesting). Onder het inkomen wordt het huishoud-verzamelincome verstaan, dat bestaat uit inkomen uit werk en woning, dividend en aandelen en sparen en beleggen (Rijksoverheid, 2014). Alle andere activiteiten, behalve 10 procent van de woningen die wordt verhuurd aan mensen met een hoger inkomen, werden gezien als private investeringen (niet-DAEB) en mogen niet gefinancierd worden met staatssteun. Gemeenten maken vaak prestatieafspraken met de corporaties over de woningbouwopgave (Dekker & Ross-van Dorp, 2013), maar dit heeft geen juridische houdbaarheid in de zin dat het niet afdwingbaar is.

Woningcorporaties kunnen ook gebouwen realiseren voor zorginstellingen. Hierbij kan de zorginstelling de woonruimtes in totaliteit huren en daarna weer doorverhuren aan cliënten, maar kan er ook voor kiezen om de woningcorporatie individueel een huurcontract af te laten sluiten met de cliënt (met of zonder verplichting tot afname van zorg). Sinds 2012 werden ook de woningen die worden toegewezen op grond van de AWBZ of waar sprake is van integrale levering van wonen en zorg, niet meer meegerekend bij de inkomensnorm. Personen die van het CIZ een indicatie hebben voor de levering van (thuis)zorg, maar nog geen behoefte hebben aan verblijf in een intramurale instelling, en een inkomen hebben van meer dan 34.678 euro konden sindsdien dus ook een woning toegewezen krijgen van een woningcorporatie. De voorwaarde in 2014 om deze uitzondering te zijn is dat ten minste één bewoner een indicatie heeft van het CIZ voor persoonlijke verzorging, verpleging of individuele begeleiding *“welk indicatiebesluit een geldigheidsduur heeft van ten minste*

een jaar en in welk indicatiebesluit ten minste 10 uur zorg per week wordt toegekend” (artikel 3, lid a, a. Tijdelijke regeling diensten van algemeen economisch belang toegelaten instellingen volkshuisvesting, geldend op 23-09-2014). Per 1 januari 2015 worden de indicaties voor persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding niet meer uitgevoerd door het ClZ, maar door de verpleegkundige (zorgplan) en gemeente. Deze indicaties hebben een geldigheidsduur van 6 tot 8 maanden, waardoor deze regeling niet langer van toepassing zou kunnen zijn. In de nieuwe regelgeving is vastgelegd dat de 10-uurs norm blijft bestaan, behalve voor behandeling (artikel 4, lid 1, c Tijdelijke regeling diensten van algemeen economisch belang toegelaten instellingen volkshuisvesting, geldend op 29-01-2015). Bovendien hoeft de indicatie voor verpleging en verzorging niet langer een geldigheidsduur te hebben van een jaar. Om te controleren of een persoon ook daadwerkelijk zorg ontvangt, zal de woningcorporatie het zorgplan van de woningzoekende die in aanmerking wil komen voor een woonzorgwoning opvragen (Minister van Wonen en Rijksdienst, 2014).

Het meeste vastgoed waarbij afname van zorg verplicht is, is op dit moment in handen van de zorginstelling zelf of corporaties. Een kleine groep beleggers heeft investeringen gedaan dat zorgvastgoed. De reden hiervoor zou te vinden zijn in het feit dat de scheiding tussen exploitatie en eigendom van vastgoed nog niet volledig is doorgevoerd in Nederland en dat veel beleggers niet op de hoogte zijn van de sectorspecifieke kenmerken van zorgvastgoed. De risico's van investeren in dit segment wordt dan ook als veel hoger gezien dan het investeren in andere vastgoedsectoren (DTZ Zadelhoff, 2014).

3.3.2 Huurprijs en huurtoeslag

De (maximale) huurprijs van sociale huurwoningen wordt vastgesteld met behulp van het Woningwaarderingssysteem (WWS). Het aantal punten dat in dit systeem behaald wordt geeft de kwaliteit weer van de woning. De punten die behaald worden in elk onderdeel, zoals soort woning, oppervlakte, isolatie en voorzieningen, vormen bij elkaar opgeteld de maximale huurprijs van een woning. In 2012 was de gemiddelde huur van een corporatiewoning 447 euro per maand (Aedes, 2014). De meeste woningen hebben een huur tussen de 366,37 en 561,98 euro (zie Figuur 53).

Door het WWS worden de extra investeringen die nodig zijn voor de door zorg benodigde aanpassingen, zoals bredere gangen en extra veiligheidsmaatregelen, niet altijd terugverdiend. Immers wordt in het puntenstelsel beperkt of geen punten toegekend voor dergelijke aanpassingen (Elp, Zaal, & Zuidema, 2012). In het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit huurprijzen woonruimte zoals ingediend op 17 oktober 2014 door de heer Blok (Minister voor Wonen en Rijksdienst) wordt voorgesteld om de WOZ-waarde mee te nemen in de berekening van de maximale huurprijs. Deze verandering heeft met name invloed op de maximale huurprijs voor serviceflats en zorgwoningen. De hoge WOZ-waarde van dergelijke woningen zorgt er voor dat de maximale huurprijs meer dan 2,5 procent zal gaan stijgen ten op zichte van de huidige situatie. Aangezien de stijging naar verwachting niet meer dan 5 procent zal bedragen (Gopal, 2014) is niet de verwachting dat dit een enorme invloed zal hebben op de betaalbaarheid van dergelijke woningen.

Belangrijk voor senioren met een laag inkomen en laag vermogen is dat zij het recht hebben en houden over huurtoeslag om daarmee de woonkosten te reduceren. 37 procent van de huurders in

Huurprijsklasse	Aantal woningen	Verdeling (% *)
Goedkoop (maandhuur tot € 366,37)	420.884	19,3
Betaalbaar (maandhuur van € 366,37 tot € 561,98)	1.459.910	67,1
Duur tot huurtoeslaggrens (maandhuur van € 561,98 tot € 664,66)	225.656	10,4
Duur boven huurtoeslaggrens (maandhuur vanaf € 664,66)	68.707	3,2

* percentage van de totale woningvoorraad van woningcorporaties

Figuur 54: Woningbezit naar huurklasse (CFV, 2012)

Nederland ontvangt huurtoeslag (CBS, 2012), waarvan 410.984 huishoudens met een hoofdbewoner van 65 jaar en ouder (ABF Research, 2013). Of de huurder huurtoeslag ontvangt en de hoogte van de huurtoeslag is afhankelijk van de gezinssamenstelling, leeftijd, hoogte van de huur, soort huurwoning, inkomen en vermogen. In Figuur 54 worden de in 2014 geldende categorieën met bijpassende inkomensgrenzen weergegeven.

Huishouden	Huishoudenomschrijving	Norminkomen (euro per jaar in 2014)
Eenpersoons	eenpersoonshuishouden < 65 jaar	€ 21.600
Meerpersoons	meerpersoonshuishouden < 65 jaar	€ 29.325
Eenpersoonsouderen	eenpersoonsouderenhuishouden ≥ 65 jaar	€ 20.632
Meerpersoonsouderen	meerpersoonsouderenhuishouden ≥ 65 jaar	€ 27.311

Figuur 55: Norminkomen huishoudens. Artikel 2 en 14, Wet op de huurtoeslag

Bij een vermogen van meer dan 21.139 euro (alleenstaand, onder AOW-leeftijd) tot 49.123 euro (alleenstaand, inkomen lager dan 14.302 euro), wordt er ook geen huurtoeslag uitgekeerd (Belastingdienst, 2014). Gemiddeld ontvangen mensen onder de 65 jaar 1.817 euro per jaar. Huishoudens met een hoofdbewoner van 65 jaar en ouder ontvangen gemiddeld 2.063 euro per jaar (ABF Research, 2013). Om huurtoeslag te mogen ontvangen mag de huur maximaal 699,48 euro per maand zijn (prijspeil 2014) en er moet sprake zijn van *“een zelfstandige woonruimte of een onvrije etage”* (artikel 11, lid 1, a, Wet op de huurtoeslag). Om als zelfstandige woning aangemerkt te worden moet sprake zijn van een eigen toegangsdeur en in de woning moet in elk geval *“een eigen woon(slaap)kamer, een eigen keuken met aanrecht, aan- en afvoer voor water en een aansluitpunt voor een kooktoestel, een eigen toilet met waterspoeling”* aanwezig zijn (Belastingdienst, 2014). In beginsel kunnen alleen mensen die in een zelfstandige woning wonen huurtoeslag aanvragen. Een uitzondering daarop is een woning die *“een onzelfstandige woonruimte is, welke deel uitmaakt van een woongebouw of woning, geheel of gedeeltelijk verhuurd ten behoeve van begeleid wonen, groepswonen door ouderen of een daarmee vergelijkbare woonvorm, en in eigendom van en aan de huurder verhuurd door een rechtspersoon zonder winstoogmerk, die mede op het gebied van de volkshuisvesting werkzaam is”* (artikel 11, lid 1 onder b, Wet op de huurtoeslag). Het moet gaan om een contract die *“(…) niet van korte duur is, de rekenhuur niet anders dan door middel van een huurtoeslag wordt gesubsidieerd, en de desbetreffende woonruimten zodanig zijn verdeeld dat elke huurder over minimaal één privé-vertrek beschikt”* (artikel 3, lid 1 onder b, c en d, Besluit op de huurtoeslag). Daarnaast zijn er aanvullende eisen die voor groepswonen voor ouderen vermeld in hetzelfde Besluit, namelijk het gebouw kan alleen kan worden aangewezen door de Belastingdienst indien:

- a. alle huurders van de desbetreffende woonruimten zijn genoemd in één overeenkomst van huur en verhuur;
 - b. in de desbetreffende woonruimten ten minste drie huishoudens zijn gehuisvest, en
 - c. ten minste 80 procent van de huurders van de desbetreffende woonruimten 65 jaar of ouder is.
- (artikel 3, lid 3, Besluit op de huurtoeslag)*

Om als een dergelijke woonvorm als uitzondering te worden aangemerkt, moet de woningcorporatie, zorginstelling of een vereniging/stichting van ouders een verzoek indienen bij de Belastingdienst. Deze regelgeving die is opgesteld kan wel voor beperkingen zorgen bij het exploiteren van woonvormen. Aangezien de verhuurder geen winstoogmerk mag hebben, blijft het opzetten van een onzelfstandige woonvorm voor ouderen die recht hebben op huurtoeslag beperkt tot woningcorporaties en zorginstellingen. Partijen met een winstoogmerk, zoals een belegger, kan dus ondanks het aanbieden van woningen onder de huurtoeslaggrens, er niet voor zorgen dat (een deel van) de bewoners huurtoeslag aan kan vragen als ze onzelfstandig wonen. Bovendien kunnen de extra faciliteiten in complexen met onzelfstandige woonruimtes, zoals een gemeenschappelijke woonkamer, maar beperkt worden meegerekend in de maximale huurprijs zoals vastgelegd in het woningwaarderingstelsel.

3.3.3 Sociale koopwoningen

Woningcorporaties kunnen ook de door hen ontwikkelde woningen verkopen. Sinds oktober 2013 is de regelgeving rondom de verkoop van geliberaliseerde en mogelijk te liberaliseren woningen versoepeld. Er is geen toestemming van de minister meer nodig als een koper van de woning niet meer dan 10 procent korting krijgt op de waarde van de woning. Kortingen tot 25 procent zijn alleen mogelijk indien het huishouden dat de woning koopt niet meer inkomen heeft dan 38.000 euro per jaar. In andere gevallen kan wel een hogere korting worden gegeven, maar dan moet er wel waardedeling plaatsvinden tussen woningcorporatie en koper als de woning binnen 10 jaar wordt doorverkocht (Blok, 2013). Jaarlijks worden zo'n 14.000 tot 15.000 woningen verkocht door woningcorporaties. De verwachting is dat de versoepeling van de regels er voor zorgt dat meer woningcorporaties woningen gaan aanbieden op de kopersmarkt (Vereniging Eigen Huis, 2014). De hoeveelheid verkochte (sociale) koopwoningen is maar beperkt als men kijkt naar het totale bezit van de woningcorporaties dat bestaat uit 2,4 miljoen woningen (Aedes, 2014). In de huidige praktijk wordt daarom veelal de non-profit koopmarkt niet genoemd als voornaamste eigendomsvorm.

3.4 Profit woningmarkt

De commerciële sector bestaat uit huurwoningen die duurder zijn dan de liberalisatiegrens van 699,48 euro (prijspeil 2014), de zogenaamde geliberaliseerde huurwoningen of vrijesectorwoningen, en (bijna alle) koopwoningen. De profit-woningmarkt kan ingedeeld worden in een commerciële woningmarkt en de particuliere koopwoningmarkt.

3.4.1 Commerciële woningmarkt

Nieuwe huur- en koopwoningen in de profitsector worden voornamelijk gerealiseerd en beheerd door projectontwikkelaars en investeerders. Een projectontwikkelaar ontwikkelt voor eigen rekening en risico vastgoed. De winst wordt gegenereerd uit de verkoop van het vastgoed en er wordt dan ook gestreefd naar een zo hoog mogelijk rendement bij een zo laag mogelijk risico (Fokkema, 2008). Bestaande huurwoningen worden verhuurd door particuliere personen, institutionele beleggers en overige beleggers. Het investeren in woningen wordt gezien als een interessante belegging, omdat er sprake is van een rendement op lange termijn, de investering bescherming biedt tegen inflatie en risico's reduceert. Het rendement van een dergelijke investering moet komen uit direct (huurinkomsten) en indirect rendement (inkomsten uit verkoop). Om de huurinkomsten te behouden moeten de risico's (aansluitende verhuur, huurconcessies, frictieleegstand) zoveel mogelijk gereduceerd worden (Driel, 1998). Afhankelijk van het doel van de projectontwikkelaar en de financieringsmogelijkheden die zij heeft, kan men de woningen verkopen of langere tijd verhuren. Veelal investeren ze niet in woningen met een huur onder de 700 euro, omdat deze markt niet interessant is door de verhuurdersheffing (zie ook paragraaf 2.4), aldus Frank van Blokland, directeur van de Vereniging van Institutionele Beleggers in Vastgoed Nederland (IVBN). Het aantal woningen dat in handen is van commerciële verhuurders in Nederland is relatief klein; het aandeel in de totale woningmarkt is slechts 10 procent. Hierdoor is het aantal middeldure huurwoningen vrij beperkt (Nagtzaam, 2014).

3.4.2 Particuliere woningmarkt

Het aanbod op de particuliere woningmarkt ontstaat voornamelijk door huishoudensopheffing (overlijden, samenwonen van alleenstaanden) of migratie (Filius, 1993). Deze woningen worden gekocht en verkocht door particulieren. De markt waarin een particulier of groep particulieren nieuwe woningen realiseren, bijvoorbeeld in (collectief) particulier opdrachtgeverschap, is zeer klein. De bedoeling was dat minstens 30 procent van alle nieuwbouwwoningen gerealiseerd zouden moeten worden in particulier opdrachtgeverschap, maar dat is nog niet gelukt (Remkes, 2014).

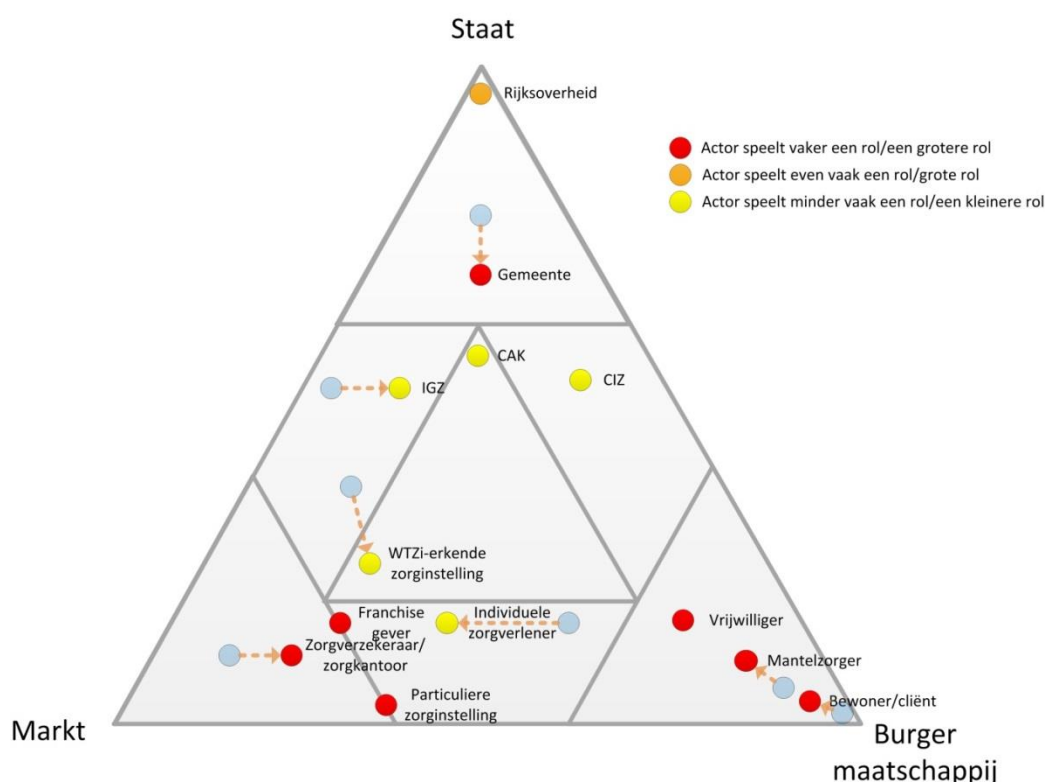
Banken spelen een grote rol spelen voor particulieren. De mogelijkheden om een hypotheek te verkrijgen bepalen in grote mate de toegankelijkheid van de koopsector. Het in aanmerking komen van een hypotheek en de maximale hypotheeksom hangt samen met de geldende hypotheekvoorwaarden, hoogte van het inkomen en de inkomensperspectieven. Ook de soorten hypotheek die worden aangeboden bepalen de betaalbaarheid van een woning (Boumeester, 2004). De bank wordt door sommige partijen ook gezien als een van de partijen die een oplossing moet vinden voor ouderen die hun vermogen in hun huis hebben zitten en de zorg zo niet kunnen betalen. Een oplossing hiervoor zou zijn dat iemand 20 procent van de waarde van zijn huis mag opnemen met het huis als onderpand, zodat geld vrijkomt om de zorg te kunnen betalen (Skipr Redactie, 2014).

Woningeigenaren kunnen de rente voor een hypotheek of lening aftrekken bij de belasting. Dit kan alleen als het gaat om een eigen woning; dit betekent dat de persoon waar het omgaat of de fiscale partner (of beiden) eigenaar is van de woning en de woning het hoofdverblijf is. Een eigen woning kan ook een woonboot, woonwagen of een woning zijn op basis van een lidmaatschap van een coöperatieve flatvereniging (Belastingdienst, 2014). Er zijn een aantal uitzonderingen mogelijk indien de woning niet (meer) het hoofdverblijf is. Als de persoon of de fiscaal partner naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuist, is de woning niet langer het hoofdverblijf van deze woning, maar is het verzorgings- of verpleeghuis dit. Als een van beide partners in de woning blijft wonen, wordt het volgens de belastingdienst wel nog als eigen woning aangemerkt en kunnen de kosten wel afgetrokken worden. Als er geen fiscaal partner is of dat de fiscale partner ook verhuist naar een verzorgings- of verpleeghuis, dan kunnen de hypotheekrente en kosten voor de eigen woning tot 2 jaar na opname worden afgetrokken (Belastingdienst, 2014). Ook indien men verhuist is naar een andere woning, maar de vorige woning die aangemerkt stond als hoofdverblijf te koop wordt aangeboden en leeg staat sinds de verhuizing, kunnen de hypotheekkosten van deze woning afgetrokken blijven worden (Belastingdienst, 2014). Indien de eigenaar-bewoner dus moet gaan verhuizen, zonder daarbij de woning gelijk te (kunnen) verkopen, blijft de hypotheekrenteaftrek gelden. De regeling is alleen niet toegespitst op ouderen waarvan de partner in de woning blijft wonen, maar zij zelf naar een woonverblijf gaat met zorg die niet staat geregistreerd als verzorgings- of verpleeghuis. Immers zijn zorgvilla's of kleinschalige woonvormen niet door de overheid erkende zorginstellingen. In deze situatie verlaat de persoon belastingtechnisch de woning en heeft diegene nog 2 jaar recht op hypotheekrenteaftrek voor de woning waar hij niet langer woont (Belastingdienst, 2014). Dit zou kunnen betekenen dat de partner van de verhuizer, die de intentie had om in de woning te blijven wonen, uiteindelijk moet besluiten om de woning te verlaten omdat men niet langer hypotheekrenteaftrek heeft voor beide personen. Het zou dus gunstiger kunnen zijn om de persoon die zorg nodig heeft te laten verblijven in een verzorgings- of verpleeghuis in plaats van alternatieve huisvestingsvormen waarbij wonen en zorg gescheiden zijn.

4 Belangen actoren

4.1 Zorgmarkt

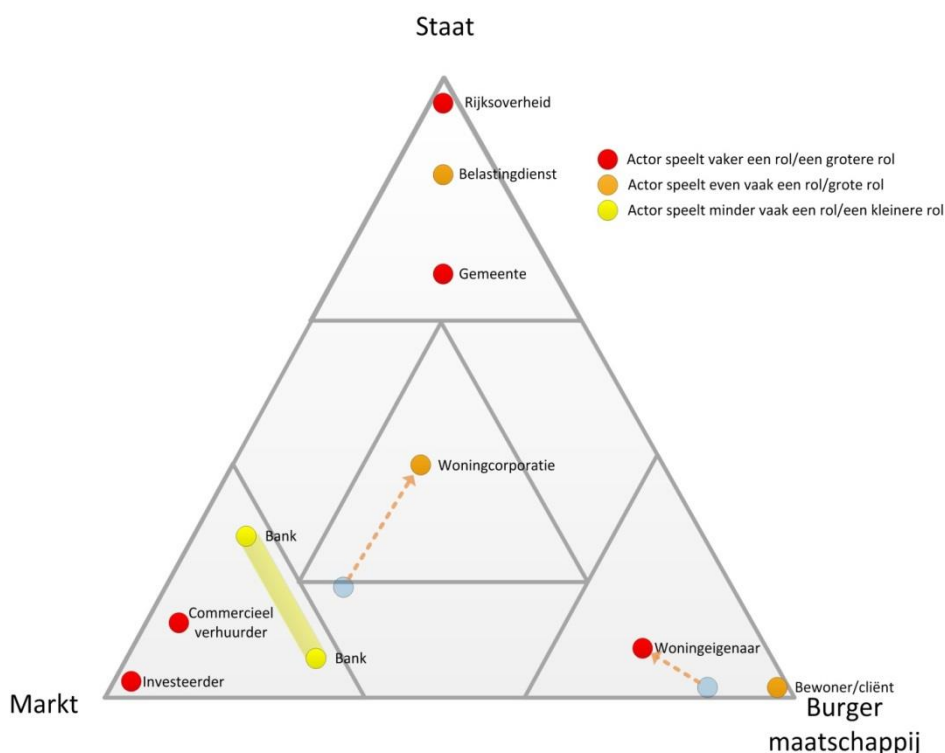
Actor	Taak/belang	Relatie
Rijksoverheid (NZa)	Structuren van de zorgmarkt door middel van wet- en regelgeving	Alle actoren
Gemeente	Verantwoordelijk voor uitvoering en toezicht Wmo; huishoudelijke hulp (sinds 2007) en begeleiding (sinds 2015)	Wtzi-erkende zorginstelling
IGZ	Handhaven van wetten, normen en richtlijnen ten behoeve van het leveren van zorg (per 2015 alleen nog voor verpleging en verzorging). Vanaf 2016 meer aandacht voor mantelzorgers en vrijwilligers.	Zorginstelling
CAK	Wlz-vergoedingen uitbetalen aan zorgaanbieders en innen eigen bijdrage ZMV, ZZV en Wmo	Bewoner en zorginstelling
CIZ	Indiceren van bewoners voor verblijf uit Wlz (tot 2015 ook persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling) waardoor intramurale zorg geleverd kan worden	Bewoner (indirect: zorginstelling)
Zorgverzekeraar/ Zorgkantoor	Betaling zorggebruik en inkoop van geneeskundige zorg en (per 2015) persoonlijke verzorging, verpleging en behandeling	Bewoner, zorginstelling
Wtzi-erkende zorginstelling	Leveren van zorg uit (voornamelijk) publiek gefinancierde middelen	Zorgverzekeraar, IGZ, CIZ, cliënt
Particuliere zorginstelling	Levering van zorg uit privaat gefinancierde middelen en eventueel publiek gefinancierde middelen via PGB	Client (evt. zorgkantoor)
Individuele zorgverlener	Levering van zorg uit privaat gefinancierde middelen en eventueel publiek gefinancierde middelen via PGB	Client (evt. zorgkantoor)
Franchisegever	Levering van businessmodel voor de levering van wonen en zorg gebaseerd op kleinschaligheid en ondernemerschap	Client, individuele zorgverlener
Mantelzorger	Uit familieband ondersteuning bieden aan cliënt als aanvulling op/vervanging van professionele hulp	Client, zorginstelling
Vrijwilliger	Uit vrijwilligersband ondersteuning bieden aan cliënt als aanvulling op professionele hulp en aanvulling op/vervanging van mantelzorg	Client, zorginstelling
Client	Ontvangen van benodigde zorg (en in geval van PGB: ook coördinator)	Zorginstelling



Figuur 65: Governance Triangle zorgmarkt

4.2 Woningmarkt

Actor	Taak/Functie	Relatie
Rijksoverheid	Structureren van de woningmarkt door middel van wet- en regelgeving	Alle actoren
Belastingdienst	Uitkeren van huurtoeslag en hypotheekrenteaftrek op basis van de door het Rijk vastgestelde voorwaarden	Bewoner
Gemeente	Maakt bestemmingsplannen en houdt toezicht op de woningbouw	Woningcorporaties, projectontwikkelaars, zelfbouwers
Woningcorporatie	Bouwen en verhuren van woningen als maatschappelijke doelstelling (zonder winstoogmerk) met strikte door het Rijk opgelegde voorwaarden (strikt sinds 2009) en passend bij de gemeentelijke doelstellingen	Rijksoverheid, huurder (particulier of maatschappelijke instelling), Gemeente
Commercieel verhuurder	Verhuren van woningen met winstoogmerk (meestal zonder maatschappelijke doelstelling)	Huurder (particulier of bedrijfsmatig), investeerder
Investeerder	Investeren in vastgoed met als doel financieel rendement (op lange termijn)	Huurder (particulier of bedrijfsmatig), commercieel verhuurder
Bank	Uitgeven van hypotheek en leningen aan organisaties rekening houdend met de strengere solvabiliteitsseisen	Particuliere of institutionele koper, rijksoverheid
Woningeigenaar	Investeren in een woning ten behoeve van eigen woninggenot	Evt. bank
Bewoner	Optimaliseren van het woongenot	Verhuurder (of evt. bank)



Figuur 66: Governance Triangle woningmarkt

5 Woonzorglocaties in gemeenten

5.1 Heerlen

Naam locatie	Zorginstel	Straat	Dementie		Beschermd		Verzorgd	
			Non-	Profit	Non-	Profit	Non-	Profit
Parc Imstenrade	De Vitalis	Parc Imstenrade		13			32	318 ¹
Elfershof	Sevagram	Ltm Weg 125-	26				15	
Verpleeghuis Piushof en	Sevagram	Joost van	28				41	
Molenpark en de Rousch	Sevagram	Henri	99					21
De Hollehof en Hofstaete	Sevagram	Voskuilenweg,			42		66	
De Regenboog,	Sevagram	Meezenbroeker			60		81	
Douvenrade/Corridorflat/	Sevagram	Douvenrade 1			10		71	100
Zorgcentrum St. Anna	Sevagram	De Doom 9			40			
Zorgcentrum Tobias en De	Sevagram	Piet			130		79	
Huize de Berg	Bergweid	Gasthuisstraat				40		
Verpleeghuis Bergweide	Bergweid	Voskuilenweg		125				
Oranjehof	Sevagram	Vullingsweg 54	32		69		58	16
Ter Eyck	Sevagram	Keekstraat 3	30		81		28	
Zorgcentrum Pius	Cicero	Mettenstraat 2	46		45			
Sint Jansstraat 2 K1-2K24	Pergamijn	Sint Jansstraat	24					
Totaal			285	138	477	40	471	455

5.2 Helmond

Naam locatie	Zorginstel	Straat	Dementie		Beschermd		Verzorgd	
			Non-	Profit	Non-	Profit	Non-	Profit
Eeuwseis	Savant	Nachtegaallaan	24		41		49	
Alphonsus	Savant	Hoofdstraat 176	37		57		60	
De Ameide/Nazareth	Savant	Ameidepark 8					319	
Rivierenhof	Savant	Hof Bruheze 16	14				100	
Palladium Brandevoort	Zorgboog	De Plaetse 108	6				8	
Pannehoeve/Hilbeemden	Zorgboog	Jan van	30		88			
Keyserinnedaal	Zorgboog	Kanaaldijk N.O.	103		30			
Moerasedijk	Zorgboog	Tamboerijnstra			30		10	
Wolfstraat	Zorgboog	Wolfstraat 116	28					
KBWO -	KBWO	Bruhezerweg 34	21					
Kortenaer	Savant/Zo	Kortenaestraat					39	
Rozenhof	Savant/Zo	Rozenhof 43					76	
Brouwhorst	Zorgboog	Deltaweg 83					91	
Boscotondo	Savant	Frans Joseph						129
Totaal			263	0	246	0	752	129

¹ Waarvan 57 koopwoningen.

5.3 Hilversum

Naam locatie	Zorginstelling	Straat	Dementie		Beschermd		Verzorgd	
			Non-	Profit	Non-	Profit	Non-	Profit
Gooizicht	Amaris	Paulus van	60		184			
Zuiderheide en woningen	Amaris	Diependaalselaan			193		183	
De Stolpe, Vestiging	Hilverzorg	Zonnelaan 17	66					
Heydeborg	Hilverzorg	Soestdijkerstraat	38		38			
Zonnehoeve	Hilverzorg	Loosdrechtse Bos	125					
Stichting De Egelantier	Hilverzorg	Egelantierstraat	38		43		100	
Verzorgingshuis Flat	Hilverzorg	Franciscusweg	22		104		75	
Verzorgingshuis St. Carolus	Hilverzorg	Bosdrift 96			129			
Zorgcentrum De	Hilverzorg	Vaartweg 42	25		92		60	
Zorgcentrum St. Joseph	Hilverzorg	Minckelersstraat	22					
Gooiers	Zorgteam	van Riebeeckweg			85		120	
Zorgresidentie Koetsuys	Zelf inkopen	Albertus		19				
Ridderspoor (Huizen van de	King Arthur	Koninginneweg		22				
Care residence	Thuiszorg	Loosdrechtse bos				30		42
Zorgresidentie Benvenuta	Zelf inkopen	Bussumergrintwe				10		
Residence Oranjestaete Villa	Zelf inkopen	Oranjelaan 1				23		
Woondienstencentrum	Hilverzorg	Lopes Diaslaan		39			110	
VG huizen Sherpa	Zelf inkopen	Utrechtseweg 22-	10					
Bergstaete bij zorgcentrum	Hilverzorg	Gijsbrecht van						35
Totaal			406	80	868	63	648	77

5.4 Súdwest-Fryslân

Naam locatie	Zorginstelling	Straat	Dementie		Beschermd		Verzorgd	
			Non-	Profit	Non-	Profit	Non-	Profit
Teatskehûs	Tellens	Vitusdijk 2			27			18
It Heechhout	Tellens	P.A. Bruinsmastraat					80	
verpleeghuis	Plantein	Floridus			145			25
Huylickenstein/Trochreed/	Tellens	Eekwerdlaan 1					98	
Looiersbuurt	Talant	Looiersbuurt 53-93			10			
Talmastate	Tellens	Tollewei 33			26		42	
Nij Ylostins	Tellens	Ylostinslaan 1					59	
De Finke/Ravelijn	Plantein	Tjalke van der			72		24	
Avondrust / Jonkersflat	Tellens	Kerkeburen 66			56		15	
De Ielânen	Plantein	Harste 11			220			
Bonifatiushuis	Tellens	Jachthavenstraat 28			70		28	
Frittemahof/Frittemastate	Tellens	Frittemaleane 5			68		79	
Dr. Wumkeshûs	Tellens	Maria Louisestraat					95	
Zorgwoningen Plantein,	Plantein	Anna	16					
Zorgwoningen Plantein,	Plantein	Pier Heemstrastraat	24					
Stadsfenne	nemen zelf	Dekamalaan 17						132 ²
Zorgcomplexen Thabor	Tellens	Oude Dijk 19			30			
It Skûlplak -	Tellens	Troelstrakade / Dr.					94	23
Seniorencomplex Nij	Tellens	Sytsingawiersterlea					55	
Noorderhoek	Tellens	Napjusstraat 114					30	
Tinga State	Tinga State	Molenkrite 115		19				
Aylva State /	Tellens	Van Aylvaweg 29			27		38	
Nij Mariënacker- De	Tellens	Mariënacker 1			52		65	
Totaal			40	19	803	0	802	198

² Dit is een serviceflat met koopwoningen.

6 Resultaten externe organisatie

Antwoorden op betrokkenheid actoren																			Aantal keren dat antwoord voorkomt																
Gemeente	Financiering	Vastgoedtype	Omvang Locatie (aantal woonplekken)	IGZ	CAR	CIZ	Belastingdienst	Woningcorporatie	Wtz-erkende zorginstelling	Commerciele/particuliere/niet- wtz-erkende zorginstelling	Commerceel verhuurder	Bank	(Geminstitutionaliseerde) investeerder	Franchisegever	Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	Individuele zorgverlener	Bewoner/client zelf	Particulier woningeigenaar	Mantelzorgers	Vrijwilligers	Niet betrokken	Bepikt betrokken	Sterk betrokken	Onmisbaar bij opzet/exploitatie											
14 woonzorglocaties																																			
7 Heerlen	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	2	2	2	2	3	3	3	1	1	2	1	1	3	1	3	1	3	3	9	5	3	1										
13 Heerlen	Profit	Regulier	Meer dan 50	2	2	3	2	3	4	1	4	1	3	1	1	4	1	2	2	2	3	6	7	3	2										
23 Heerlen	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Tot 50	1	1	2	4	1	1	4	1	3	1	1	1	4	1	3	1	2	10	3	2	3											
24 Heerlen	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	3	3	1	4	1	2	4	1	2	2	1	1	4	4	4	1	4	3	6	3	6											
27 Heerlen	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	4	4	2	4	3	2	4	4	3	4	4	1	4	2	2	1	3	2	2	5	3	8										
Populatie																								Aantal	33	23	14	20							
																								Aandeel	37%	26%	16%	22%							
14 woonzorglocaties																																			
28 Helmond	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	2	4	4	1	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	4	1	3	3	8	3	3	4										
35 Helmond	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	3	3	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	3	1	3	3	8	2	8	0										
Populatie																								Aantal	16	5	11	4							
																								Aandeel	44%	14%	31%	11%							
19 woonzorglocaties																																			
15 Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	2	4	4	3	1	4	4	1	1	1	1	1	4	1	4	1	3	3	8	1	3	6										
25 Hilversum	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	1	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	3	2	9	2	7	0										
26 Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	3	3	2	3	1	3	2	1	1	3	1	1	3	1	4	1	4	4	7	2	6	3										
32 Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Tot 50	2	3	3	4	1	1	3	1	1	1	1	1	4	1	2	1	2	2	9	4	3	2										
33 Hilversum	Profit	Regulier	Meer dan 50	Geen betrouwbare data beschikbaar																				Geen valide data											
Populatie																								Aantal	33	9	19	11							
																								Aandeel	46%	13%	26%	15%							
23 woonzorglocaties																																			
6 Súdwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	2	1	2	2	1	3	4	1	1	1	1	1	2	1	3	1	2	3	9	5	3	1										
9 Súdwest-Fryslân	Koopmarkt	Regulier	Meer dan 50	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	4	4	3	1	12	3	1	2										
11 Súdwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	2	4	4	4	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	1	3	4	8	1	2	7										
29 Súdwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	2	3	2	4	1	2	3	1	2	3	1	1	3	1	4	1	3	4	6	4	5	3										
34 Súdwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	3	3	3	3	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	2	9	3	4	2										
37 Súdwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	2	1	1	1	1	4	4	2	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	11	4	0	3										
Populatie																								Aantal	55	20	15	18							
																								Aandeel	51%	19%	14%	17%							
4 = Onmisbaar bij opzet/exploitatie																																			
Modus																																			
3 = Sterk betrokken																																			
2 = Bepikt betrokken																																			
1 = Niet betrokken																																			
Legenda																																			
Totaal (frequencies)				Niet betrokken	2	4	3	2	10	5	5	15	13	7	16	17	2	14	1	15	1	2													
				Bepikt betrokken	10	2	8	2	5	4	1	1	3	4	0	0	2	2	2	3	1	5	5												
				Sterk betrokken	4	7	3	6	1	5	4	0	1	5	0	5	0	5	0	5	0	9	7												
				Onmisbaar bij opzet/exploitatie	1	4	3	7	1	3	7	1	0	1	0	1	1	0	8	1	8	1	2	3											
Totale populatie																								Onmisbaar bij opzet/exploitatie											
70 woonzorglocaties																																			
Totaal (percentage)				Niet betrokken	12%	24%	18%	12%	59%	29%	29%	88%	76%	41%	94%	100%	12%	82%	6%	88%	6%	12%													
				Bepikt betrokken	59%	12%	47%	12%	29%	24%	6%	18%	24%	0%	0%	0%	0%	12%	18%	6%	29%	29%													
				Sterk betrokken	24%	41%	18%	35%	6%	29%	24%	0%	6%	29%	0%	29%	0%	2%	0%	29%	0%	53%	41%												
				Onmisbaar bij opzet/exploitatie	6%	24%	18%	41%	6%	18%	41%	6%	0%	6%	0%	6%	0%	47%	6%	47%	6%	12%	18%												
																								Onmisbaar bij opzet/exploitatie											
45% 19% 17%																																			

7 Resultaten interne organisatie

	Contextgedreven	Systeemgedreven
A	Medewerkers regelen zelf hun werk zo als planning en inhoud	Medewerkers voeren hun werk uit op basis van vastgestelde afspraken en protocollen
B	Bestuur maakt beleid op grond van wat er in de omgeving van de organisatie speelt en daar nodig is. Medewerkers en cliënten hebben hier invloed op	Er zijn beleidsmakers die een plan maken op basis van financiële kaders en regelgeving
C	Manager faciliteert medewerkers; hij of zij is meewerkend voorman/vrouw	Manager coördineert de activiteiten van medewerkers. Hij/zij geeft leiding en beloont
D	De organisatie gaat uit van wat verwacht wordt ten aanzien van (ontwikkelingen bij) cliënten en de wijze waarop ze door de organisatie bediend willen worden	Geplande resultaten gebaseerd op regelgeving en financiële kaders zijn vertrekpunt van de organisatie
E	Er wordt regelmatig geëvalueerd om te kijken wat nodig is	Er wordt gecontroleerd of de uitvoering wordt gehaald
F	Cliënten bepalen of wordt voldaan aan doelstelling	Omzet en financieel resultaat geven aan of doel bereikt is.
G	Medewerkers hebben de mogelijkheid om de dienstverlening/producten te wijzigen	Medewerkers voeren uit welk product de cliënt uit het productassortiment van de organisatie heeft gekozen
H	Medewerkers zijn meelevend en schakelen andere deskundige in als dat nodig is	Medewerkers maken een afweging van voor- en nadelen en voeren uit wat zij denken dat goed is
I	(Onbewuste) kennis over klanten en hun omgeving is de verbinding tussen medewerkers en klanten	Medewerkers weten uit de klantendatabase met wat voor klant ze te maken hebben
J	Organisatie-eenheden zijn klein: men kent elkaar en is betrokken	Organisatie is heel groot: de organisatie is zo efficiënt mogelijk ingericht
K	Medewerkers wonen in hun werkgebied	Medewerkers wonen waar ze zelf willen
L	ICT ondersteunt medewerkers in hun dienstverlening	Centrale ICT-systemen zijn de leidraad
M	Bij problemen heeft de klant één contactpersoon die hij of zij direct kan bereiken	De klant kan bij problemen het centrale nummer bellen van de organisatie
N	Communicatie tussen medewerkers verloopt vooral mondeling	Communicatie verloopt via geschreven tekst (email zorgdossier e.d.)
O	Systemen binnen de organisatie ondersteunen de medewerkers	De medewerkers voegen zich naar het systeem wat door de organisatie is bedacht
P	Medewerkers wisselen regelmatig best practices uit binnen en buiten hun organisatie	Medewerkers worden gestuurd op cijfers, statistieken en procedures
Q	De omstandigheden en wensen van de klant zijn leidend in de beslissingen die worden genomen	Beleid en protocollen zijn leidend in de beslissingen die worden genomen
R	Boven het team, teamhoofd of coördinator zit niet meer dan één sturende laag	Boven het teamhoofd zitten meerdere sturende lagen

Antwoorden op stellingen																											Aantal keren dat antwoord voorkomt							
Omvang																																		
Gemeente		Financiering	Vastgoedtype	Locatie (aantal woonplekken)	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	Contextgedreven			Vooral contextgedreven			Vooral systeemgedreven			Systeemgedreven		
7	Heerlen	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	4	1	1	3	1	1	1	1	1	8	8	8	1	1	1	1	1	1		
13	Heerlen	Profit	Regulier	Meer dan 50	2	2	3	2	1	2	2	2	1	1	4	3	4	2	3	2	1	1	5	8	3	3	2	1	1	1	1	1		
23	Heerlen	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Tot 50	2	3	2	2	1	3	2	2	1	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	2	10	6	0	6	0	3	2	0	2	
24	Heerlen	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	4	1	3	4	3	1	4	3	4	4	4	1	4	2	1	3	1	2	5	2	2	4	7	4	7	4	7	4	7	
27	Heerlen	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	1	1	4	4	1	4	3	1	1	1	4	1	1	3	1	1	1	2	11	1	1	2	4	4	4	4	4	4	4	
14 woonzorglocaties																																		
Populatie					Aantal																						Aandeel							
					34%																						32%		18%			16%		
28	Helmond	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	3	1	4	2	2	1	3	2	4	3	4	2	1	3	1	3	1	3	5	4	6	3	3	3	3	3	3	3		
35	Helmond	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	3	3	0	9	9	0	3	3	3	3	3	3	3	
14 woonzorglocaties																																		
Populatie					Aantal																						Aandeel							
					14%																						36%		42%			8%		
15	Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50	2	1	3	1	2	2	2	1	1	1	4	3	2	3	2	2	2	1	1	7	7	3	3	1	1	1	1	1		
25	Hilversum	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	3	1	4	2	1	1	1	4	3	3	4	1	2	3	1	3	1	1	8	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	
26	Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Meer dan 50																		Geen data												
32	Hilversum	Non-profit	Kleinschalig groepswonen	Tot 50	3	4	1	3	4	2	3	4	1	1	4	3	1	1	3	3	4	4	5	1	6	6	2	4	4	4	4	4	4	
33	Hilversum	Profit	Regulier	Meer dan 50	4	1	1	1	2	1	4	2	2	1	2	1	1	3	2	2	1	1	9	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	
19 woonzorglocaties																																		
Populatie					Aantal																						Aandeel							
					40%																						22%		21%			17%		
6	Südwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	4	1	4	4	4	1	4	3	4	4	4	3	2	1	3	1	3	5	1	5	7	7	7	7	7	7	7	7		
9	Südwest-Fryslân	Koopmarkt	Regulier	Meer dan 50	2	1	1	1	4	2	1	3	2	1	4	2	2	3	2	2	1	1	7	7	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
11	Südwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	1	1	3	1	2	4	2	1	1	1	4	4	1	2	1	4	2	1	9	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	
29	Südwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	3	2	3	2	3	1	1	1	2	2	4	1	1	4	1	2	1	2	1	8	5	3	2	2	2	2	2	2	2	
34	Südwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Meer dan 50	4	4	4	3	2	4	4	3	2	1	4	3	2	2	2	3	2	4	1	6	4	7	4	7	4	7	4	7	4	
37	Südwest-Fryslân	Non-profit	Regulier	Tot 50	2	1	4	2	1	1	4	2	4	1	4	3	1	2	1	1	1	1	9	4	1	4	1	4	1	4	1	4	1	
23 woonzorglocaties																																		
Populatie					Aantal																						Aandeel							
					36%																						25%		15%			24%		
Legenda																																		
1 = contextgedreven organiseren2 = vooral contextgedreven organiseren																																		
3 = vooral systeemgedreven organiseren																																		
4 = systeemgedreven organiseren																																		
Modus																																		

8 Centrale tendenties

8.1 Externe organisatie

8.1.1 Uitgesplitst naar Gemeenten

Ordinaal meetniveau - Mediaan	Heerlen	Helmond	Hilversum	Súdwest-Fryslân	Totaal
Gemeente	2,00	2,50	2,00	2,00	2,00
IGZ	2,00	3,50	3,00	2,00	3,00
CAK	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00
CIZ	4,00	3,50	3,00	2,50	3,00
Belastingdienst	2,00	1,00	1,00	1,50	1,00
Woningcorporatie	2,00	1,50	3,00	3,00	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	4,00	2,00	2,50	2,00	3,00
Commerciële/particuliere/niet-wtzi erkende zorginstelling	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Commercieel verhuurder	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Bank	3,00	2,00	1,00	1,50	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Franchisegever	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	4,00	2,50	3,50	2,50	3,00
Individuele zorgverlener	1,00	1,50	1,00	1,00	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3,00	3,50	3,50	4,00	3,00
Particulier woningeigenaar	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mantelzorgers	3,00	3,00	3,00	2,50	3,00
Vrijwilligers	3,00	3,00	2,50	2,50	3,00

8.1.2 Uitgesplitst naar markt

Ordinaal meetniveau - Mediaan	Non-profit	Profit	Koopmarkt	Totaal
Gemeente	2,00	2,00	2,00	2,00
IGZ	3,00	2,00	1,00	3,00
CAK	2,00	2,00	1,00	2,00
CIZ	3,00	3,00	1,00	3,00
Belastingdienst	1,00	2,00	2,00	1,00
Woningcorporatie	3,00	1,00	1,00	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	3,00	4,00	1,00	3,00
Commerciële/particuliere/niet-wtzi erkende zorginstelling	1,00	1,00	1,00	1,00
Commercieel verhuurder	1,00	1,00	1,00	1,00
Bank	2,00	3,00	2,00	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1,00	1,00	1,00	1,00
Franchisegever	1,00	1,00	1,00	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	3,00	4,00	1,00	3,00
Individuele zorgverlener	1,00	1,00	1,00	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3,00	2,00	4,00	3,00
Particulier woningeigenaar	1,00	2,00	4,00	1,00
Mantelzorgers	3,00	2,00	3,00	3,00
Vrijwilligers	3,00	3,00	1,00	3,00

8.1.3 Uitgesplitst naar Type

Ordinaal meetniveau - Mediaan	Regulier	Kleinschalig groepswonen	Totaal
Gemeente	2,00	2,00	2,00
IGZ	3,00	3,50	3,00
CAK	2,00	2,50	2,00
CIZ	3,00	4,00	3,00
Belastingdienst	2,00	1,00	1,00
Woningcorporatie	3,00	2,00	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	3,00	3,50	3,00
Commerciële/particuliere/niet- wtzi erkende zorginstelling	1,00	1,00	1,00
Commercieel verhuurder	1,00	1,00	1,00
Bank	2,00	3,00	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1,00	1,00	1,00
Franchisegever	1,00	1,00	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	3,00	4,00	3,00
Individuele zorgverlener	1,00	1,00	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3,00	3,50	3,00
Particulier woningeigenaar	1,00	1,00	1,00
Mantelzorgers	3,00	3,00	3,00
Vrijwilligers	3,00	2,50	3,00

8.1.4 Uitgesplitst naar omvang

Ordinaal meetniveau - Mediaan	Tot woonplekken	50 Meer dan 50 woonplekken	Totaal
Gemeente	2,00	2,00	2,00
IGZ	1,00	3,00	3,00
CAK	2,00	2,00	2,00
CIZ	4,00	3,00	3,00
Belastingdienst	1,00	1,50	1,00
Woningcorporatie	3,00	2,00	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	4,00	3,00	3,00
Commerciële/particuliere/niet- wtzi erkende zorginstelling	1,00	1,00	1,00
Commercieel verhuurder	1,00	1,00	1,00
Bank	1,00	2,00	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1,00	1,00	1,00
Franchisegever	1,00	1,00	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	4,00	3,00	3,00
Individuele zorgverlener	1,00	1,00	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3,00	4,00	3,00
Particulier woningeigenaar	1,00	1,00	1,00
Mantelzorgers	2,00	3,00	3,00
Vrijwilligers	2,00	3,00	3,00

8.2 Interne organisatie

8.2.1 Uitgesplitst naar Gemeenten

Nominaal meetniveau - Modus	Heerlen	Helmond	Hilversum	Súdwest-Fryslân	Totaal
A	2	2 ^a	3	2 ^a	2
B	1 ^a	1 ^a	1	1	1
C	2 ^a	3 ^a	1	4	3 ^a
D	2	2	1	1 ^a	2
E	1	2	2	2 ^a	1 ^a
F	2	1 ^a	1 ^a	1	1
G	2	2 ^a	1 ^a	4	2 ^a
H	2	2	4	3	2
I	1	2 ^a	1	2	1 ^a
J	1	3	1	1	1
K	4	2 ^a	4	4	4
L	1	2 ^a	1 ^a	2 ^a	1 ^a
M	1 ^a	1 ^a	1 ^a	1	1
N	3	2 ^a	3	2	3
O	1	1 ^a	1	1	1
P	1 ^a	3	2 ^a	2 ^a	3
Q	1	1 ^a	1	1	1
R	1 ^a	3	1	1	1

a: Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.2.2 Uitgesplitst naar markt

Nominaal meetniveau - Modus	Non-profit	Profit	Koopmarkt	Totaal
A	2	2 ^a	2	2
B	1	1 ^a	1	1
C	4	1 ^a	1	3 ^a
D	2	1 ^a	1	2
E	1 ^a	1 ^a	4	1 ^a
F	1	1 ^a	2	1
G	2 ^a	2 ^a	1	2 ^a
H	2	2	3	2
I	1	1 ^a	2	1 ^a
J	1	1	1	1
K	4	2 ^a	4	4
L	1 ^a	1 ^a	2	1 ^a
M	1	1 ^a	2	1
N	3	2 ^a	3	3
O	1	1 ^a	2	1
P	3	2	2	3
Q	1	1	1	1
R	1	1	1	1

a: Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.2.3 Uitgesplitst naar Vastgoedtype

Nominaal meetniveau - Modus	Regulier	Kleinschalig groepswonen	Totaal
A	2	2 ^a	2
B	1	1	1
C	3	4	3 ^a
D	2	2	2
E	1 ^a	1 ^a	1 ^a
F	1	2	1
G	4	3	2 ^a
H	2	1 ^a	2
I	2	1	1 ^a
J	1	1	1
K	4	4	4
L	1	2 ^a	1 ^a
M	1	1	1
N	2	3	3
O	1	1 ^a	1
P	3	2 ^a	3
Q	1	1	1
R	1	3	1

a: Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.2.4 Uitgesplitst naar Omvang

Nominaal meetniveau - Modus	Tot woonplekken	50 Meer dan 50 woonplekken	Totaal
A	2	2	2
B	1	1	1
C	4	3	3 ^a
D	2	2	2
E	1 ^a	2	1 ^a
F	1	1	1
G	2 ^a	1	2 ^a
H	2	2	2
I	1	2	1 ^a
J	1	1	1
K	4	4	4
L	2 ^a	1	1 ^a
M	1	1 ^a	1
N	2 ^a	3	3
O	1	1	1
P	3	2 ^a	3
Q	1 ^a	1	1
R	1 ^a	1	1

a: Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.3 Interne en externe organisatie

8.3.1 Modus

Nominaal meetniveau - Modus	8 of meer kenmerken expliciet contextgedreven	7 of minder kenmerken expliciet contextgedreven	Totaal
Gemeente	2	2	2,00
IGZ	3 ^a	3	3,00
CAK	2	2	2,00
CIZ	4	3 ^a	3,00
Belastingdienst	1 ^a	1	1,00
Woningcorporatie	3	1	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	1 ^a	4	3,00
Commerciële/particuliere/niet-wtzi erkende zorginstelling	1	1	1,00
Commercieel verhuurder	1	1	1,00
Bank	1 ^a	1	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1	1	1,00
Franchisegever	1	1	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	3 ^a	4	3,00
Individuele zorgverlener	1	2	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3	4	3,00
Particulier woningeigenaar	1	1	1,00
Mantelzorgers	3	3	3,00
Vrijwilligers	3	3	3,00

a: Multiple modes exist. The smallest value is shown

8.3.2 Mediaan

Ordinaal meetniveau - Mediaan	8 of meer kenmerken expliciet contextgedreven	7 of minder kenmerken expliciet contextgedreven	Totaal
Gemeente	2,00	2,00	2,00
IGZ	3,00	3,00	3,00
CAK	2,00	2,00	2,00
CIZ	3,50	3,00	3,00
Belastingdienst	2,00	1,00	1,00
Woningcorporatie	3,00	1,50	2,00
Wtzi-erkende zorginstelling	3,00	3,50	3,00
Commerciële/particuliere/niet-wtzi erkende zorginstelling	1,00	1,00	1,00
Commercieel verhuurder	1,50	1,00	1,00
Bank	2,00	1,50	2,00
(Geïnstitutionaliseerde) investeerder	1,00	1,00	1,00
Franchisegever	1,00	1,00	1,00
Zorgverzekeraar/Zorgkantoor	3,50	3,50	3,00
Individuele zorgverlener	1,00	1,50	1,00
Bewoner/cliënt zelf	3,00	3,50	3,00
Particulier woningeigenaar	1,00	1,00	1,00
Mantelzorgers	3,00	3,00	3,00
Vrijwilligers	3,00	3,00	3,00

9 Lijst van geïnterviewden

9.1 Gemeenten

Heerlen

Peter van Zutphen is voor de vierde periode op rij wethouder in Heerlen. Sinds 2010 is hij namens de SP wethouder op het gebied van zorg, welzijn, armoedebelief en herstructurering. Zijn doelstelling is om de 'Sociaalste Gemeente van Nederland' te blijven, in goede en slechte tijden.

Helmond

Wyske Teeuwen-Besseling is sinds 2009 Regisseur wonen, welzijn en zorg in de Gemeente Helmond. Daarnaast is ze sinds maart 2013 beleidsadviseur Wmo, waarin ze betrokken is bij de aanbestedingstrajecten voor onder andere huishoudelijke verzorging. Hiervoor is ze werkzaam geweest bij het Gemeenschappelijk Administratiekantoor in Dordrecht (tot 1994) en is ze beleidsmedewerker Welzijn en Commissiegriffier voor de raadscommissies Maatschappelijke Diensten en Stedelijk Beheer geweest bij de gemeente Venray (tot 2006).

Tjakko Middel is sinds 1980 werkzaam in verschillende gemeenten als medewerker op het gebied van volkshuisvesting. Sinds 2010 werkt de heer Middel voor de gemeente Helmond en sinds 2013 als beleidscoördinator wonen.

Hilversum

Eric Van der Want is sinds 2010 wethouder namens D66 in de gemeente Hilversum. In zijn portefeuille: Zorg, Welzijn, Jeugd & Onderwijs Onderwijs (BO/VO) en Jeugdzorg (inclusief decentralisatie Jeugdwet) Zorg en Welzijn (inclusief decentralisatie Wet maatschappelijke ondersteuning) & Gezondheidszorg Maatschappelijke opvang. Hiervoor is hij vier jaar wethouder geweest voor Cultuur- en Monumentenzorg & Zorg en welzijn. De heer van der Want is in de periode van 1996 tot 2010 werkzaam geweest als adviseur op het publieke domein en het bedrijfsleven bij F-fectis en Richting&Resultaat.

Nicolien Van Vroonhoven is wethouder namens CDA in de gemeente Hilversum. In haar portefeuille zitten de thema's Wonen en grondzaken, beheer en openbare ruimte, Natuur, milieu en Duurzaamheid en Monumentenzorg. Hiervoor zat ze tussen 2002 en 2010 in de Tweede Kamer en hield ze zich bezig met cultuurbeleid en startende ondernemers. Daarna is ze gemeenteraadslid in Den Haag geworden.

Betty Boerman is beleidsadviseur wonen binnen het sociale domein in de Gemeente Hilversum en de Regio Gooi en Vechtstreek.

Súdwest-Fryslân

Sjoerd Tolsma is sinds 2011 wethouder voor de PvdA in de gemeente Súdwest-Fryslân. Zijn portefeuille bestaat uit arbeidsparticipatie, sociale zaken, welzijn, vrijwilligerswerk, gezondheidszorg en Wmo. Van 1991 tot 2011 was Sjoerd gemeenteraadslid en fractievoorzitter voor de PvdA in de gemeente Sneek en Súdwest-Fryslân. Daarnaast werkte hij eerder voor de gemeenten Sneek en Leeuwarden. Sjoerd Tolsma wordt geprezen om zijn dossierkennis, managementvaardigheden en zijn vermogen om ingewikkelde thema's te doorgronden en om te zetten in sociaal beleid.

9.2 Zorgaanbieder

Actiz

Guus van Montfort is per 1 juni 2011 voorzitter van het bestuur van ActiZ en sinds 2010 professor aan de universiteit van Twente. Hij zet zich binnen Actiz in om de branche van verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg (VVT), jeugdgezondheid- en kraamzorg op een positieve manier over het voetlicht te brengen. Ze behartigen de belangen van 415 leden, zodat zij ruimte hebben om te ondernemen, te innoveren en te investeren in kwaliteit. Die ruimte hebben zij nodig om goede zorg te leveren aan de cliënten en om te voldoen aan de eisen van de zorginkopers – cliënten, gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars – en het ministerie van VWS.

Proteion

Raoul Bakkes is sinds 2009 werkzaam bij Proteion als directeur verpleging en verzorging extramuraal en sinds 2014 als directeur zorgcentra. In de zorgcentra verzorgen ze dagelijks 1.400 cliënten met 1.300 medewerkers. De opgave voor de komende jaren is het toekomstbestendig maken van hun centra. Proteion Welzijn/De zorgondersteuner biedt informele zorg en ondersteuning bij het versterken van de sociale netwerken en gemeenschappen.

Vitalis Woonzorggroep

Léon Savelkoul is sinds 2009 directeur van Parc Imstenrade (Heerlen) en verschillende woonzorglocaties in Eindhoven. De Vitalis WoonZorg Groep is een woon-, zorg-, en behandelorganisatie die woon-, welzijns-, behandel- en zorgdiensten voor senioren levert. Vitalis Woonzorggroep bestaat uit vijf stichtingen, waaronder een stichting met 3 traditionele verpleeg- en verzorgingshuizen, een woningcorporatie, een stichting waar alle behandelzorg onder valt, conferentiecentrum (commercieel vastgoed) en residentieel vastgoed (o.a. Parc Imstenrade). Vitalis biedt zowel publiek gefinancierde ouderenzorg als privaat gefinancierde diensten.

9.3 Zorgverzekeraar

Joël Gijzen is sinds 2002 bestuurder van de afdeling gezondheidszorg bij zorgverzekeraar CZ. Daarvoor heeft hij verschillende functies bekleed binnen OZ Zorgverzekering, GGD Eindhoven, Menzis en Achmea. Tussen 1992 en 1994 is hij werkzaam geweest bij het College Bouw.

9.4 Woningcorporatie

Woonbedrijf

Marc Eggermont is sinds 2003 betrokken bij Woonbedrijf; in het begin als directeur van Woningstichting Hertog Hendrik van Lotharingen en per 2006 als algemeen directeur bij de vervlechting van Hhvl en SWS tot Woonbedrijf. Hij heeft een bedrijfseconomische achtergrond, eerder lange tijd in de accountancy gewerkt. Een kwart van de bewoners in Eindhoven woont in een woning van Woonbedrijf. Woonbedrijf ziet de meeste van hun klanten als gewone ‘reguliere’ huurders en voelen zich dan ook een reguliere partij op de woningmarkt. Maar wel met bijzondere aandacht voor de beschikbaarheid van betaalbare huurwoningen

De Alliantie

Sjouk de Boer is sinds 2007 beleidsadviseur strategie en beleid met de focus op de regio Gooi en Vechstreek. Voor die tijd heeft ze gewerkt als controller bij de Alliantie en Atrium Woonpartners in Midden-Nederland.

Willem-Jan Harleman is adviseur en sinds kort betrokken bij het thema wonen voor senioren binnen de Alliantie. Hiervoor heeft hij zich binnen de Alliantie onder andere bezig gehouden met klantonderzoek.

9.5 Woningbelegger en -ontwikkelaar

Léon Heddes is sinds 2009 directeur projectontwikkeling bij Amvest. Daarvoor was hij directeur bij Heijmans Vastgoed en AM. Amvest is fondsmanager van woningbeleggingsfondsen en ontwikkelaar van woningen, zorgvastgoed en woongebieden in Nederland. Op dit moment beheert Amvest drie grote fondsen en eind 2013 is daar een zorgfonds bij gekomen: het Amvest Living & Care Fund. Daarnaast beheert Amvest een aantal kleine woningbeleggingsfondsen. De totale omvang van de fondsen onder management bedraagt medio 2014 bijna 16.500 woningen met een marktwaarde van circa 2,5 miljard euro. Op het gebied van woningontwikkeling houdt Amvest zich bezig met zowel project- als gebiedsontwikkeling in bepaalde, op basis van marktonderzoek gekozen, focusregio's in Nederland. Deze focusregio's kenmerken zich door economische groei en kwantitatieve druk op de woningmarkt, nu en de komende jaren.

